

INDICE N. 215

PANORAMA STATALE

DIFESA DELLO STATO

AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

DELIBERA 14 settembre 2016 - Linee guida n. 1 in merito agli indirizzi generali sull'affidamento dei servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria. (GU n. 228 del 29.9.16)

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

Applicazione della sanzione alla provincia di Vibo Valentia per il mancato rispetto del patto di stabilità interno, relativo all'anno 2010. (GU n. 219 del 19.9.16)

Nomina della commissione straordinaria di liquidazione cui affidare la gestione del dissesto finanziario del comune di Botricello. (BUR n. 227 del 28.9.16)

DECRETO 22 settembre 2016 - Certificazione di bilancio di previsione per l'anno 2016 delle amministrazioni provinciali, delle città metropolitane, dei comuni, delle comunità montane e unioni di comuni. (GU n. 229 del 30.9.16)

MINORI

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 1° luglio 2016 - Riparto del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza per l'anno 2016, in favore dei Comuni c.d. «riservatari». (GU n. 217 del 16.9.16)

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Comunicato concernente l'approvazione della delibera n. 95/16/DI adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti in data 21 marzo 2016. (GU n. 217 del 16.9.16)

Comunicato concernente l'approvazione della delibera adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei ragionieri e periti commerciali in data 25 maggio 2016. (GU n. 217 del 16.9.16)

Comunicato concernente l'approvazione della delibera adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente di previdenza ed assistenza pluricategoriale in data 1° giugno 2016. (GU n. 217 del 16.9.16)

Approvazione della delibera n. 21767/15 adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza per gli ingegneri ed architetti liberi professionisti in data 24 novembre 2015. (GU n. 226 del 27.9.16)

Approvazione della delibera n. 2 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza e di assistenza farmacisti in data 28 aprile 2016. (GU n. 226 del 27.9.16)

Approvazione della delibera n. 119/2015 adottata dal Consiglio di amministrazione della Fondazione Enasarco in data 17 dicembre 2015. (GU n. 226 del 27.9.16)

Approvazione della delibera n. 21902/16 adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza per gli ingegneri ed architetti liberi professionisti in data 29 gennaio 2016. (GU n. 226 del 27.9.16)

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 16 agosto 2016 - Scioglimento de «La Barraca cooperativa sociale», in Roma e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 225 del 26.9.16)

REGIONI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 22 luglio 2016 .

Sospensione del sig. Paolo Galante dalla carica di consigliere e vicepresidente del Consiglio regionale della Regione Basilicata. (GU n. 218 del 17.9.16)

PANORAMA REGIONALE

ASSISTENZA PENITENZIARIA

PIEMONTE

DD 1.6.16, n. 311 - Attivazione della R.E.M.S. (Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza) provvisoria regionale "Anton Martin" presso il Presidio Sanitario Beata Vergine della Consolata di San Maurizio Canavese - Approvazione del progetto per la realizzazione. (BUR n. 37 del 15.9.16)

DD 20.6.16, n. 363 - Nomina del Coordinatore regionale della Rete dei servizi sanitari in ambito penitenziario. (BUR n. 37 del 15.9.16)

SICILIA

DECRETO 6 settembre 2016 - PO FSE 2014-2020, Azione 9.2.2: Approvazione dell'Avviso n. 10/2016 per la presentazione di operazioni per l'inserimento socio-lavorativo dei soggetti in esecuzione penale. (GURS n. 40 del 16.9.16)

BILANCIO

VENETO

DGR 29.8.16, n. 1353 - Direttive per la formulazione delle proposte di budget per gli anni 2017 - 2018 - 2019. (BUR n. 90 del 20.9.16)

COMPARTICIPAZIONE ALLE SPESA – ISEE

ABRUZZO

RISOLUZIONE 04.08.2016, n. 19 "Piano Sociale Regionale".

DECRETO 12.08.2016, n. 93 - Quote di compartecipazione relative all'assistenza territoriale residenziale per anziani non autosufficienti, disabili e pazienti Alzheimer e Demenze in fase di lungodegenza e mantenimento - Modifiche ed integrazioni ai Decreti del Commissario ad Acta n. 105/2014 del 18/09/2014 e n. 13/2015 del 23 febbraio 2015, nonché integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 34/2016 del 4 aprile 2016.

EDILIZIA

MARCHE

DGR 5.9.16, n. 1019 - L.R. 36/2005, art. 12 - Modalità funzionamento del fondo per il sostegno all'accesso agli alloggi in locazione anno 2016. (BUR n. 108 del 22.9.16)

ENTI LOCALI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 1.8.16, n. 1321 - Concessione alle Unioni di Comuni dei contributi per le gestioni associate ex PRT 2015-2017, annualità 2016 (DGR 276/2016). (BUR n. 281 del 21.9.16)

GIOVANI

CAMPANIA

DGR 2.8.16, n. 465 - POR CAMPANIA FSE 2014-2020. Progetto "JAVA per la Campania" (BUR n. 62 del 20.9.16)

MINORI

LOMBARDIA

DD 15.9.16 - n. 8961 - Adesione dei comuni alla misura «Nidi Gratis» ai sensi della d.g.r 29 aprile 2016 - N. X/5096 (quarto provvedimento) (BUR n. 38 del 19.9.16)

PIEMONTE

D.D. 12.5.16, n. 253 - Costituzione del Gruppo di coordinamento dei referenti delle equipe multiprofessionali per la presa in carico del minore e giovane adulto con problematiche sanitarie sottoposto a procedimento penale. (BUR n. 37 del 15.9.16)

TOSCANA

DGR 6.9.16, n. 879 - Progetti per la sperimentazione di appartamenti per l'autonomia rivolti all'accoglienza di minori e neomaggiorenni, ai sensi della deliberazione di Giunta regionale n. 84 del 16 febbraio 2016. Presa d'atto valutazione Commissione regionale per progettivpresentati dalla Società della Salute Fiorentina Nord. (BUR n. 38 del 21.9.16)

NON AUTOSUFFICIENTI

PUGLIA

DGR 13.9.16, n. 1430 - Assegno di Cura per pazienti affetti da SLA/SMA e per pazienti non autosufficienti gravissimi". Ottemperanza pronunciamenti giudiziali in materia di Assegno di Cura. (BUR n. 106 del 20.9.16)

PARI OPPORTUNITÀ

LOMBARDIA

DD 20 settembre 2016 - n. 9085 - Aggiornamento dell'albo regionale delle associazioni e dei movimenti per le pari opportunità per l'anno 2016. (BUR n. 38 del 22.9.16)

PERSONE CON DISABILITÀ

ABRUZZO

DECRETO 24.06.2016, N. 64 Individuazione temporanea tariffa per le prestazioni erogate dai Centri Diurni per lo Spettro Autistico. (BUR n. 118 del 16.9.16)

LAZIO

Determinazione 9 settembre 2016, n. G10129 - Determinazione G08943 del 04/08/2016 - Integrazione e rettifica elenco delle Istituzioni Scolastiche destinatarie dei finanziamenti relativi alle attività di assistenza specialistica per allievi disabili (escluse le disabilità sensoriali). (BUR n. 75 del 20.9.16)

LOMBARDIA

DGR 12.9.16 - n. X/5562 - Approvazione del progetto «Lombardiafacile» per favorire l'accessibilità ai servizi turistici presentato da LEDHA nell'ambito del programma generale di tutela dei consumatori in attuazione dei decreti del ministero dello sviluppo economico del 21 marzo e del 2 luglio 2013. (BUR n. 37 del 15.9.16)

TOSCANA

DGR 6.9.16, n. 865 - Approvazione Linee guida per l'organizzazione del Progetto ADA (Adattamento Domestico Autonomia Personale) finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita delle persone con disabilità nella propria abitazione. Estensione a tutto il territorio. (BUR n. 38 del 21.9.16)

VENETO

DGR 9.9.16, n. 1410 - Azioni regionali per la promozione della pratica sportiva. approvazione del bando per la concessione di contributi a favore della pratica sportiva degli atleti con disabilità. l.r. 11 maggio 2015, n. 8, art. 16. (BUR n. 89 del 16.9.16)

DGR 9.9.16, n. 1404 - Definizione dei criteri per la formazione delle graduatorie per le assunzioni di disabili presso datori di lavoro pubblici e privati. (BUR n. 92 del 23.9.16)

DGR 9.9.16, n. 1406 - Disposizioni in materia di tirocini di inclusione sociale, ai sensi dell'accordo conferenza stato regioni e province autonome del 22 gennaio 2015 "linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione" e contestuale revoca della dgr n. 3787/2002. deliberazione/cr n. 53 del 22 giugno 2016. (BUR n. 92 del 23.9.16)

POLITICHE SOCIALI

ABRUZZO

DCR 9.8.16, n. 70/3. - Definizione degli Ambiti Distrettuali Sociali. (BUR n. 114 del 9.9.16)

CAMPANIA

Decreto Presidente Giunta n. 195 del 23/09/2016 - Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza "Asilo infantile Pastore Salsano", in Cava de' Tirreni. nomina commissario reggente. (BUR n. 63 del 26.9.16)

CAMPANIA

LAZIO

DGR 13.9.16, n. 530 - Commissariamento dell'IPAB S. Maria Lauretana o Pia Unione Lauretana Dame Romane. (BUR n. 77 del 27.8.16)

SICILIA

DASS 2 settembre 2016 - Istituzione del Tavolo tecnico per problematiche inerenti la gestione delle II.PP.A.B. siciliane.

PRIVATO SOCIALE

ABRUZZO

DGR 21.07.2016, n. 473 - D.lgs. 05.04.2002 n° 77- DM 30 maggio 2014 “Prontuario 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 l'approvazione degli stessi”- Ulteriori disposizioni di competenza regionale. (BUR n. 36 del 14.9.16)

COMMISSIONE CONSILIARE - RISOLUZIONE 04.08.2016, N. 18 - “Situazione degli Enti d'Ambito e delle Cooperative Sociali”. (BUR n. 118 del 16.9.16)

BASILICATA

DGR 2.9.16, n. 995 - Legge regionale 12 gennaio 2000 n. 1 e s.m.i. art. 13 “Fondo per l'attuazione della legge quadro sul volontariato e della relativa normativa regionale” – Approvazione bando “progetti innovativi”. Anno 2016. (BUR n. 35 del 16.9.16)

LOMBARDIA

DD 13.9.16 - n. 8821 - Determinazioni in ordine all'albo del servizio civile regionale, sezione speciale. (BUR n. 37 del 15.9.16)

DD 21.9.16 - n. 9134 - Accredimento all'albo regionale degli enti di servizio civile nazionale. (BUR n. 38 del 23.9.16)

MARCHE

Decreto n. 100 del 06/09/2016 - L.R. 34/2001 - art. 8. Nomina dei componenti del Comitato Tecnico Consultivo per la cooperazione sociale. (BUR n. 107 del 15.9.16)

PROGRAMMAZIONE SOCIALE

ABRUZZO

DCR 9.8.16, n. 70/4. Piano Sociale Regionale 2016-2018. (BUR n. 114 del 9.9.16)

SANITÀ

ABRUZZO

QUINTA COMMISSIONE CONSILIARE - RISOLUZIONE 30.06.2016, N. 12 - “Nuovo atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione della medicina Generale”. (BUR n. 36 del 14.9.16)

DGR 25.8.16, n. 551 - Progetti di ricerca sanitaria ex art. 12 e 12 bis del D lgs 502/1992 e s.m.i. - Bando ministeriale di Ricerca finalizzata e Giovani ricercatori 2013. Conclusione delle procedure per l’attivazione di n. 2 Progetti di ricerca presentati dalla Regione Abruzzo e finanziati dal Ministero della Salute: presa d’atto delle Convenzioni istituzionali n. 3/RF - 2013 - 02357552 e n. 199/RF - 2013 – 02358785 sottoscritte con il Ministero della Salute; approvazione delle convenzioni regionali attuative. (BUR n. 118 del 16.9.16)

DECRETO 23.05.2016, N. 47 - Screening oncologici della mammella, colon retto e cervice uterina. Costituzione Comitato unico regionale di coordinamento ed attivazione tavoli tecnici. (BUR n. 118 del 16.9.16)

DECRETO 05.07.2016, N. 73 - Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l’anno 2016. (BUR n. 118 del 16.9.16)

DECRETO 05.07.2016, N. 76 - Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per l’erogazione di prestazioni sanitarie in regime residenziale, riabilitativo e psicoriabilitativo. integrazioni e rettifiche ai DD.CC.AA. 48/2016 e 49/2016. (BUR n. 118 del 16.9.16)

BASILICATA

DGR 2.9.16, n. 996 - D.G.R. 2060 del 22.12.2008 e D.G.R. 217 del 09.02.2010 - aggiornamento registro regionale delle autorizzazioni sanitarie - strutture sanitarie private - ed integrazione al sensi dell’art. 41, D.Lgs. 33/2013, alla data del 30 giugno 2016. (BUR n. 35 del 16.9.16)

CAMPANIA

DGR 22.9.16, n. 504 - D.G.R.C. N. 424 DEL 27 LUGLIO 2016 - Determinazioni. (BUR n. 63 del 26.9.16)

DECRETO n. 98 del 20.09.2016 - Istituzione della Rete Oncologica Campana. (BUR n. 63 del 26.9.16)

DECRETO n. 99 del 22.09.2016 - Piano regionale di Programmazione della Rete per l’Assistenza Territoriale 2016 – 2018. (BUR n. 63 del 26.9.16)

LOMBARDIA

DCR 6 settembre 2016 - n. X/1212 - Mozione concernente le liste di attesa per l’accesso alle strutture sanitarie. (BUR n. 38 del 21.9.16)

TOSCANA

DGR 30.8.16, n. 833 - Modifiche ed Integrazioni al Manuale dei flussi DOC. (BUR n. 37 del 14.9.16)

DGR 30.8.16, n. 846 - Progetto “Azioni di formazione sulla procreazione medicalmente assistita”. Approvazione e conferimento incarico al Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (Formas) - AOU Careggi. BUR n. 37 del 14.9.16)

UMBRIA

DGR 1.8.16, n. 892 - “Protocollo d’intesa tra Regione Umbria, INAIL Umbria e Ufficio Scolastico regionale per la formazione in tema di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, destinata agli studenti delle scuole secondarie di secondo grado da inserire nei percorsi di alternanza scuola-lavoro”: Approvazione del modello operativo. (BUR n. 45 del 21.9.16)

DGR 13.6.16, n. 656 - Integrazione “Protocollo regionale delle vaccinazioni raccomandate” di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 607 del 28 maggio 2012. (BUR n. 45 del 21.9.16)

DGR 18.7.16, n. 814 - Approvazione “Protocollo d’Intesa tra Regione Umbria e Ufficio Scolastico regionale per la realizzazione di iniziative condivise volte alla promozione della salute nella popolazione scolastica”. (BUR n. 45 del 21.9.16)

DGR 27.6.16, n. 705 - Aggiornamento accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell’art. 8, comma 2, del D.Lgs 502/92 e s.m.i. (BUR n. 45 del 21.9.16)

VENETO

DGR 9.9.16, n. 1374 - Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) regionale per la gestione della terapia anticoagulante orale (TAO) in pazienti adulti con fibrillazione atriale non-valvolare (FANV). approvazione. (BUR n. 91 del 20.9.16)

TUTELA DEI DIRITTI

VENETO

DGR 9.9.16, n. 1390 - Presa d'atto del progetto "network antitrattra veneto" (n.a.ve) e del relativo preventivo economico di cui al decreto direttoriale del 4 agosto 2016 del dipartimento pari opportunità della presidenza del consiglio dei ministri. autorizzazione alla sottoscrizione di un accordo di partenariato con il comune di Venezia in qualità di ente capofila. (BUR n. 92 del 23.9.16)

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 30 SETTEMBRE 2016 arretrati compresi

DIFESA DELLO STATO

AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

DELIBERA 14 settembre 2016 - Linee guida n. 1 in merito agli indirizzi generali sull'affidamento dei servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria. (GU n. 228 del 29.9.16)

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

Applicazione della sanzione alla provincia di Vibo Valentia per il mancato rispetto del patto di stabilità interno, relativo all'anno 2010. (GU n. 219 del 19.9.16)

Si comunica che in data 7 settembre 2016 è stato emanato il decreto del Direttore centrale della finanza locale concernente l'applicazione della sanzione alla provincia di Vibo Valentia per il mancato rispetto del patto di stabilità interno relativo all'anno 2010, a seguito di accertamento successivo.

Il testo del decreto è pubblicato integralmente sul sito del Ministero dell'interno - Dipartimento affari interni e territoriali - Direzione centrale della finanza locale, <http://fi.nanzalocale.interno.it/circ/dec17-16.html>

Nomina della commissione straordinaria di liquidazione cui affidare la gestione del dissesto finanziario del comune di Botricello. (BUR n. 227 del 28.9.16)

Il Comune di Botricello (CZ) con deliberazione n. 23 del 30 maggio 2016 ha fatto ricorso alle procedure di risanamento finanziario previste dall'art. 246 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Ai sensi dell'art. 252 del citato decreto legislativo 267/2000, è stata nominata, con decreto del Presidente della Repubblica del 19 agosto 2016, la commissione straordinaria di liquidazione, nelle persone del dott. Pasquale Pupo, del dott. Antonio Calenda e del rag. Alfonsina Fiorenza Campagna, per l'amministrazione della gestione e dell'indebitamento pregresso e per l'adozione di tutti i provvedimenti per l'estinzione dei debiti del predetto comune.

DECRETO 22 settembre 2016 - Certificazione di bilancio di previsione per l'anno 2016 delle amministrazioni provinciali, delle città metropolitane, dei comuni, delle comunità montane e unioni di comuni. (GU n. 229 del 30.9.16)

IL DIRETTORE CENTRALE DELLA FINANZA LOCALE

Visto l'art. 161, comma 1, del testo unico della legge sull'ordinamento degli enti locali, approvato con il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, in base al quale gli enti locali redigono apposita certificazione sui principali dati del bilancio di previsione e del rendiconto della gestione;

Visto il comma 2 del medesimo articolo, in base al quale le modalità della certificazione sono stabilite con decreto del Ministero dell'interno, previo parere dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (A.N.C.I.) e dell'Unione delle province d'Italia (U.P.I.);

Visto il decreto del Ministro dell'interno in data 1° marzo 2016, con cui il termine per la deliberazione del bilancio di previsione per l'anno 2016, da parte degli enti locali, è stato

ulteriormente differito dal 30 marzo al 30 aprile 2016, con eccezione delle città metropolitane e delle province, per le quali il termine è stato differito al 31 luglio 2016;

Vista la legge 7 aprile 2014, n. 56, recante disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni;

Visti i decreti legislativi 14 marzo 2011, n. 23 e 8 maggio 2011, n. 68, concernenti, rispettivamente, disposizioni in tema di federalismo fi scale di comuni e di regioni, province e città metropolitane;

Visto il decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modifi cazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214;

Visto il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante «Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni e degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42», come integrato e modifi cato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126;

Considerato che, ai sensi dell'art. 11, comma 14, del citato decreto legislativo n. 118, a decorrere dal 2016 gli enti territoriali adottano i nuovi schemi di bilancio (c.d. «armonizzati») previsti dal comma 1 del medesimo articolo, che assumono valore a tutti gli effetti giuridici, anche con riguardo alla funzione autorizzatoria;

Visti i nuovi schemi di bilancio (c.d. «armonizzati») previsti dal citato art. 11, allegati al predetto decreto legislativo n. 118, come modifi cati ed integrati dai decreti del Ministero dell'economia e delle finanze adottati ai sensi del comma 11 del medesimo art. 11, ed in particolare l'allegaton. 9 concernente lo schema del bilancio di previsione finanziario;

Ravvisata la necessità di fi ssare modalità e termini di compilazione e presentazione del certificato relativo al bilancio di previsione dell'anno 2016;

Valutata l'esigenza di acquisizione delle certificazioni contabili anche da parte degli enti locali della regione Friuli-Venezia Giulia, della regione Valle d'Aosta e delle province autonome di Trento e Bolzano;

Vista la proposta con la quale la regione Valle d'Aosta - nella quale vige una diversa disciplina contabile - ha indicato le sezioni (quadri) del certificato che gli enti della stessa regione possono essere chiamati a compilare, compatibilmente al sistema di registrazioni contabili adottato;

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

Ritenuto, altresì, che l'atto da adottare nella forma del presente decreto consiste nella approvazione di modelli di certificato i cui contenuti hanno natura prettamente gestionale;

Sentite l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani e l'Unione delle Province d'Italia, che hanno espresso parere favorevole sull'articolazione ed il contenuto dei modelli di certificato;

Ravvisata l'esigenza di acquisire i dati mediante posta elettronica certifi cata e con firma digitale dei sottoscrittori del documento, per garantire la necessaria celerità e che tale tipo di trasmissione, estesa a tutti gli enti locali, consente, pertanto, di dare completa applicazione alle disposizioni di cui all'art. 27 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133;

Decreta:

Art. 1.

Approvazione modelli di certificazione, soggetti tenuti agli adempimenti e termini per la trasmissione

1. Sono approvati i modelli di certifi cato del bilancio di previsione per l'anno 2016, allegati al presente decreto, che gli enti locali sono tenuti a predisporre e trasmettere entro il 15 novembre 2016.

2. Gli enti locali, sono tenuti a compilare e trasmettere la certificazione relativa al nuovo schema del bilancio di previsione (c.d. «armonizzato») previsto dall'art. 11 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, come integrato e modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, riportata in allegato al presente decreto.

3. Gli enti appartenenti alle Regioni a statuto speciale, che quest'anno adottano i nuovi principi contabili, nonché alle Province autonome di Trento e Bolzano, sono tenuti a compilare e trasmettere oltre alla certificazione relativa al nuovo schema del bilancio di previsione (c.d. «armonizzato») previsto dall'art. 11 del citato decreto legislativo n. 118, anche la certificazione relativa allo schema del bilancio di previsione previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 31 gennaio 1996, n. 194 (c.d. «tradizionale»), parimenti riportata in allegato al presente decreto.

4. Gli enti della regione Valle d'Aosta, per la certificazione relativa allo schema di bilancio di previsione previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 31 gennaio 1996, n. 194 (c.d. «tradizionale»), sono tenuti a compilare e trasmettere esclusivamente le sezioni (quadri) dei certificati di cui all'allegato tecnico.

Art. 2.

Trasmissione dei certificati tramite posta elettronica certificata

1. La trasmissione dei certificati dovrà avvenire, per tutti gli enti locali, esclusivamente tramite posta elettronica certificata, completa di firma digitale dei sottoscrittori.

Art. 3.

Istruzioni per la trasmissione

1. Gli enti locali utilizzeranno le credenziali informatiche (userid e password) già richieste e ricevute in occasione della trasmissione delle precedenti certificazioni di bilancio ai fini dell'autenticazione all'apposito sistema tramite il sito della Finanza Locale

www.finanzalocale.interno.it/ser/tbel_intro.html

2. Gli enti locali trasmetteranno tramite posta elettronica certificata, entro il 15 novembre 2016, alla Direzione centrale della Finanza Locale all'indirizzo di posta elettronica

finanzalocale.prot@pec.interno.it:

il file contenente i dati del certificato formato digitalmente in formato xml;

il file, sempre in formato xml, concernente le informazioni riguardanti il tipo di certificato (certificato preventivo o certificato al rendiconto), l'anno di riferimento dello stesso, il tipo di modello identificato con «X» per il certificato c.d. «armonizzato» ed «U» per il certificato c.d. «tradizionale» (quest'ultimo solo per gli enti tenuti al doppio invio), nonché i dati identificativi dei soggetti referenti per la trasmissione del certificato, individuati nel Segretario dell'ente e/o nel Responsabile del servizio finanziario.

3. Gli enti locali che trasmetteranno le due certificazioni dovranno procedere con invii separati, ognuno dei quali dovrà contenere il file formato digitalmente ed il file info distinto per tipo modello certificato.

4. Dopo l'avvenuta trasmissione, gli enti riceveranno comunicazione circa il buon esito della stessa o l'eventuale messaggio di errore sulla stessa casella di posta elettronica certificata, per cui la sola ricevuta dell'avvenuto invio della certificazione tramite posta elettronica certificata, non è sufficiente ad assolvere l'adempimento, in mancanza del riscontro positivo.

Art. 4.

Specifiche tecniche e prescrizioni a carattere generale

1. I dati finanziari delle certificazioni devono essere espressi in euro con due cifre decimali, e quindi senza arrotondamenti.

Art. 5.

Sottoscrizione della certificazione

1. Il Segretario, il responsabile del servizio finanziario, nonché l'organo di revisione economico-finanziaria provvederanno a sottoscrivere la certificazione con firma digitale.

Art. 6.

Divulgazione dei dati

1. I dati delle certificazioni del bilancio di previsione per l'anno 2016 una volta consolidati, verranno divulgati sulle pagine del sito internet della Direzione centrale della Finanza Locale www.finanzalocale.interno.it

Il presente decreto viene pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana, nonché sulla seguente pagina del sito internet della Direzione centrale della Finanza Locale finanzalocale.interno.it/circ/dbp2016.html, sulla predetta pagina del sito internet vengono altresì pubblicati i modelli di certificazione approvati con il presente decreto.

Roma, 22 settembre 2016

Il direttore centrale: VERDE

NB

Per gli allegati si rinvia alla lettura integrale del testo

MINORI

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 1° luglio 2016 - Riparto del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza per l'anno 2016, in favore dei Comuni c.d. «riservatari». (GU n. 217 del 16.9.16)

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Vista la legge 31 dicembre 2009, n. 196, e successive modificazioni, recante «Legge di contabilità e finanza pubblica»;

Vista la legge 28 agosto 1997, n. 285, recante «Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza» e, in particolare, l'art. 1, che istituisce il Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza finalizzato alla realizzazione di interventi a livello nazionale, regionale e locale e ne stabilisce i criteri di riparto;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» e, in particolare, l'art. 20, che regola il Fondo nazionale per le politiche sociali;

Visto l'art. 80, comma 17, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)», il quale stabilisce la composizione del Fondo nazionale per le politiche sociali a decorrere dall'anno 2001;

Visto l'art. 1, comma 1258, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), come modificato dall'art. 2, comma 470, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), che prevede che la dotazione del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, di cui all'art. 1 della legge 28 agosto 1997, n. 285, sia determinata, limitatamente alle risorse destinate ai comuni, cosiddetti «riservatari», di cui al comma 2, secondo periodo, dello stesso art. 1, annualmente dalla legge finanziaria, con le modalità di cui all'art. 11, comma 3, della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni;

Considerato pertanto che la predetta disposizione ha indicato, a decorrere dall'anno 2008, una diversa modalità di allocazione delle risorse del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, limitatamente alle sole somme destinate ai predetti comuni «riservatari», prevedendo uno stanziamento autonomo, determinato annualmente nella Tabella C della legge finanziaria, laddove le rimanenti risorse del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza continuano a confluire, sia pure indistintamente, nel Fondo nazionale per le politiche sociali;

Visto il decreto 29 aprile 2008 del Ministro della solidarietà sociale di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, registrato dalla Corte dei conti il 2 luglio 2008, registro n. 4, foglio n. 310, di riparto fra i comuni riservatari delle somme loro destinate del Fondo per l'infanzia e l'adolescenza per l'anno 2008, in applicazione del citato art. 1, comma 1258, della legge 27 dicembre 2006, n. 296;

Vista la legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)», e in particolare la Tabella C, che stabilisce l'ammontare del Fondo per l'infanzia e l'adolescenza destinato ai comuni riservatari;

Visto l'art. 1, comma 386, della medesima legge, relativo alla definizione del Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, adottato con cadenza triennale e condiviso con le regioni e gli enti locali;

Visto altresì l'art.1, comma 387, della medesima legge, che individua nelle famiglie con minori i nuclei destinatari in via prioritaria del Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale nel 2016;

Visto il IV Piano nazionale di azione di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva di cui alla Dichiarazione mondiale sulla sopravvivenza, la protezione e lo sviluppo dell'infanzia, adottata a New York il 30 settembre 1990 e predisposto ai sensi dell'art. 1 del decreto del Presidente della Repubblica del 14 maggio 2007, n. 103;

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

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 28 dicembre 2015, concernente la «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» ed, in particolare, la Tabella 4 che assegna al capitolo 3527, Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, euro 28.794.000,00;

Considerato che occorre provvedere al riparto del Fondo infanzia e adolescenza per l'anno 2016 per la parte destinata alle città riservatarie per l'importo di euro 28.794.000,00;

Accertata la disponibilità di competenza e di cassa sul pertinente capitolo 3527 del bilancio 2016, per un importo totale di euro 28.794.000,00;

Acquisita in data 5 maggio 2016 l'intesa della Conferenza unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Decreta:

Art. 1.

1. Per l'attuazione delle misure «Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza» di cui alla legge 28 agosto 1997, n. 285,

è autorizzato il finanziamento, a favore dei 15 comuni riservatari individuati dall'art. 1, comma 2, secondo periodo, della medesima legge, della somma complessiva di euro 28.794.000,00 di cui allo stanziamento disposto per il 2016, secondo la seguente ripartizione:

TABELLA 1

Legge 28 agosto 1997, n. 285

Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza - Anno 2016

Parte destinata ai comuni riservatari di cui all'art. 1, comma 2, II periodo

	quota % sul totale	Somme assegnate
Venezia	1,90	547.086,00
Milano	9,89	2.847.726,60
Torino	7,02	2.021.338,80
Genova	4,79	1.379.232,60
Bologna	2,33	670.900,20
Firenze	2,99	860.940,60
Roma Capitale	21,70	6.248.298,00
Napoli	16,28	4.687.663,20
Bari	4,34	1.249.659,60
Brindisi	2,16	621.950,40
Taranto	3,38	973.237,20
Reggio Calabria	3,92	1.128.724,80
Catania	5,37	1.546.237,80
Palermo	11,28	3.247.963,20
Cagliari	2,65	763.041,00
Totale	100,00	28.794.000,00

Art. 2.

1. Ulteriori risorse derivanti da provvedimenti di incremento dello stanziamento sul capitolo di spesa 3527 «Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza», saranno ripartite fra i comuni riservatari con le stesse modalità e criteri di cui al presente decreto come da Tabella 1.

Art. 3.

1. I comuni destinatari comunicano al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nelle forme e nei modi previamente concordati, tutti i dati necessari al monitoraggio dei flussi finanziari e, nello specifico, i trasferimenti effettuati e gli interventi finanziati con le risorse del Fondo stesso.

2. L'erogazione delle risorse spettanti a ciascun comune deve essere comunque preceduta dalla rendicontazione sull'effettiva attribuzione ai beneficiari delle risorse trasferite nel secondo anno precedente il presente decreto.

Art. 4.

1. I comuni destinatari si impegnano ad adottare una programmazione sull'utilizzo delle risorse coerente con gli obiettivi, le azioni e gli interventi definiti nei seguenti piani:

a) il IV Piano nazionale di azione di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, di cui all'art. 1 del decreto del Presidente della Repubblica 14 maggio 2007, n. 103, e le successive, eventuali, declinazioni regionali.

b) il Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, previsto dall'art. 1, comma 386, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e le successive, eventuali, declinazioni regionali.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per il visto e la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana nonché sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali www.lavoro.gov.it alla sezione pubblicità legale.

Roma, 1° luglio 2016

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali

POLETTI

Il Ministro dell'economia e delle finanze

PADOAN

Registrato alla Corte dei conti il 9 agosto 2016

Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, del MIBAC, del Min. salute e del Min. lavoro, reg.ne n. 3307

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Comunicato concernente l'approvazione della delibera n. 95/16/DI adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti in data 21 marzo 2016. (GU n. 217 del 16.9.16)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0011028/COM-L-145 del 5 agosto 2016 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1995, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 95/16/DI adottata dal consiglio di amministrazione della Cassa dei dottori commercialisti nella seduta del 21 marzo 2016, concernente l'adeguamento, con riferimento all'esercizio 2015, del contributo per la copertura delle prestazioni per indennità di maternità per l'anno 2016, in misura pari ad € 82,00 pro-capite.

Comunicato concernente l'approvazione della delibera adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei ragionieri e periti commerciali in data 25 maggio 2016. (GU n. 217 del 16.9.16)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0011025/RAG-L-95 del 5 agosto 2016 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1995, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera adottata dal consiglio di

amministrazione della Cassa ragionieri in data 25 maggio 2016, concernente la determinazione del contributo di maternità per l'anno 2016, in misura pari a zero.

Comunicato concernente l'approvazione della delibera adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente di previdenza ed assistenza pluricategoriale in data 1° giugno 2016. (GU n. 217 del 16.9.16)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0011030/PLUR-L-28 del 5 agosto 2016 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1995, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera adottata dal consiglio di amministrazione dell'EPAP in data 1° giugno 2016, concernente la determinazione del contributo di maternità per l'anno 2016, in misura pari a € 39,00 pro-capite.

Approvazione della delibera n. 21767/15 adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza per gli ingegneri ed architetti liberi professionisti in data 24 novembre 2015. (GU n. 226 del 27.9.16)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0011553/ING-L-144 del 6 settembre 2016 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1995, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 21767/15 adottata dal Consiglio di amministrazione della INARCASSA in data 24 novembre 2015, concernente la determinazione del tasso di capitalizzazione 2015 dei montanti contributivi individuali, ai sensi dell'art. 26.6 del Regolamento generale di previdenza 2012 (RGP2012), e ai sensi dell'art. 4, comma 3, lettera *b*), del decreto legislativo 2 febbraio 2006, n. 42.

Approvazione della delibera n. 2 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza e di assistenza farmacisti in data 28 aprile 2016. (GU n. 226 del 27.9.16)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0011562/FAR-L-93 del 6 settembre 2016 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1995, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 2 adottata dal Consiglio nazionale dell'ENPAF in data 28 aprile 2016, concernente il Regolamento per la liquidazione dell'indennità di

Approvazione della delibera n. 119/2015 adottata dal Consiglio di amministrazione della Fondazione Enasarco in data 17 dicembre 2015. (GU n. 226 del 27.9.16)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0011548/RAP-L-55 del 6 settembre 2016 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1995, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 119/2015 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Enasarco in data 17 dicembre 2015, con la quale, al punto 1, viene disposto l'aggiornamento della tabella dei coefficienti di trasformazione dei montanti contributivi individuali in rendita per le età 40-80 anni, con decorrenza dal 1° gennaio 2016.

Approvazione della delibera n. 21902/16 adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza per gli ingegneri ed architetti liberi professionisti in data 29 gennaio 2016. (GU n. 226 del 27.9.16)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0011830/ING-L-147 del 13 settembre 2016 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1995, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 21902/16

adottata dal Consiglio di amministrazione della INARCASSA in data 29 gennaio 2016, concernente l'aggiornamento, per l'anno 2017, delle percentuali di riduzione della pensione di vecchiaia unificata (Tabella M ex articoli 20.3 e 34.3 RGP2012).

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 16 agosto 2016 - Scioglimento de «La Barraca cooperativa sociale», in Roma e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 225 del 26.9.16)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Visto il parere espresso dal Comitato centrale per le cooperative in data 4 luglio 2016 favorevole all'adozione del provvedimento di scioglimento per atto d'autorità con nomina di commissario liquidatore;

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

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «La barraca cooperativa sociale» con sede in Roma (codice fiscale n. 11039951006), è sciolta per atto d'autorità ai sensi dell' art. 2545 -*septiesdecies* del codice civile;

Art. 2.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae* , è nominato commissario liquidatore l'avv. Sandro Mento, nato a Velletri (RM) il 27 luglio 1978 (codice fiscale: MNTSDR78L27L719D) e domiciliato in Nettuno (RM), via dell'Olmo, n. 56/A/1.

Art. 3.

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

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

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

Roma, 16 agosto 2016

REGIONI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 22 luglio 2016 .

Sospensione del sig. Paolo Galante dalla carica di consigliere e vicepresidente del Consiglio regionale della Regione Basilicata. (GU n. 218 del 17.9.16)

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visti gli articoli 7 e 8 del decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235;

Vista la nota dell'Ufficio territoriale di Governo di Potenza, prot. n. 26378 del 7 giugno 2016, con la quale è stato inviato il dispositivo della sentenza di condanna non definitiva n. 1372/2016, emessa il 6 giugno 2016 dal Tribunale di Potenza - sezione penale collegiale -, che condanna il sig. Paolo Galante, consigliere regionale e Vicepresidente del consiglio della Regione Basilicata, alla pena di anni tre e mesi sei di reclusione e all'interdizione in perpetuo dei pubblici uffici, dichiarato colpevole dei reati di cui all'art. 314 (peculato) del codice penale, ai sensi dell'art. 8, comma 4, del decreto legislativo n. 235 del 31 dicembre 2012;

Vista la nota dell' Ufficio territoriale del Governo di Potenza, Prot. n. 27087 del 9 giugno 2016 con la quale sono stati inviati gli atti trasmessi dal Tribunale di Potenza — ufficio del giudice per le indagini preliminari — relativi ai fascicoli n. 620/08 R.G.N. R. e n. 2533/2008 R.G.G.I.P. a carico del sig. Paolo Galante, consigliere regionale e vicepresidente del Consiglio della Regione Basilicata;

Considerata l'intervenuta entrata in vigore, dal 5 gennaio 2013, del decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235 che, all'art. 8, comma 1, prevede la sospensione di diritto dalle cariche di «presidente della giunta regionale, assessore e consigliere regionale» per coloro che abbiano riportato una condanna non definitiva per uno dei delitti indicati all'art. 7, comma 1 lettere a, b) e e) , tra i quali è contemplato anche il reato di peculato (art. 314 c.p.);

Rilevato, pertanto, che dalla data di emanazione del dispositivo della sentenza emessa il 6 giugno 2016, con la quale il sig. Paolo Galante è stato condannato alla pena di anni 3 e mesi sei di reclusione, colpevole del reato di peculato di cui all'art. 314 c.p., decorre la sospensione prevista dall'art. 8, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 dicembre 2012 n. 235;

Sentiti il Ministro per gli affari regionali e le autonomie e il Ministro dell'interno;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica del 10 aprile 2015 con il quale il prof. Claudio De Vincenti è stato nominato Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 aprile 2015 con il quale il Presidente del Consiglio dei ministri ha conferito al Sottosegretario di Stato, prof. Claudio De Vincenti, tra l'altro, la delega per la firma dei decreti, degli atti e dei provvedimenti di competenza del Presidente del Consiglio dei ministri;

Decreta

con effetto a decorrere dal 6 giugno 2016, è accertata la sospensione del signor Paolo Galante dalla carica di Consigliere regionale e vicepresidente del Consiglio della Regione Basilicata, ai sensi degli articoli 7 e 8 del decreto legislativo 31 dicembre 2012 n. 235.

La sospensione cessa di diritto di produrre effetti, così come previsto dall'art. 8, commi 3 e 5, del decreto legislativo 31 dicembre 2012 n. 235.

Roma, 22 luglio 2016

p. il Presidente del Consiglio dei ministri

Il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri

DE VINCENTI

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 27 SETTEMBRE 2016, arretrati compresi

ASSISTENZA PENITENZIARIA

PIEMONTE

DD 1.6.16, n. 311 - Attivazione della R.E.M.S. (Residenza Esecuzione Misure di Sicurezza) provvisoria regionale "Anton Martin" presso il Presidio Sanitario Beata Vergine della Consolata di San Maurizio Canavese - Approvazione del progetto per la realizzazione. (BUR n. 37 del 15.9.16)

Note

Viene disposta l'attivazione della struttura sanitaria per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentiva (R.E.M.S.) provvisoria regionale "Anton Martin", localizzata presso il presidio Sanitario Beata Vergine della Consolata di San Maurizio Canavese, nel territorio di competenza dell'ASL TO4.

Viene approvato il progetto di realizzazione della REMS provvisoria regionale "Anton Martin", dove vengono evidenziati i requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali di cui al D.M. 1 ottobre 2012, che comprende: lo Studio di fattibilità adeguamento della struttura per realizzazione REMS, la Relazione tecnico-sanitaria, il Regolamento per l'organizzazione, che vengono allegati al presente provvedimento per farne parte integrante (a cui si rinvia).

DD 20.6.16, n. 363 - Nomina del Coordinatore regionale della Rete dei servizi sanitari in ambito penitenziario. (BUR n. 37 del 15.9.16)

SICILIA

DECRETO 6 settembre 2016 - PO FSE 2014-2020, Azione 9.2.2: Approvazione dell'Avviso n. 10/2016 per la presentazione di operazioni per l'inserimento socio-lavorativo dei soggetti in esecuzione penale. (GURS n. 40 del 16.9.16)

Art. 1

In attuazione del POR FSE 2014-2020, Asse II, Obiettivo tematico 9, Priorità di investimento 9.i, Obiettivo specifico 9.2, Azione 9.2.2, è approvato l'Avviso pubblico n. 10/2016 con cui si promuove la presentazione di proposte progettuali finalizzate all'inserimento socio lavorativo di soggetti in esecuzione penale, unitamente alla relativa modulistica di seguito elencata:

Allegato 1 - Istanza di finanziamento;

Allegato 2- Dichiarazione dei legali rappresentanti dei singoli soggetti componenti l'ATI/ATS (escluso il capofila) o dei legali rappresentanti dei membri del Consorzio;

Allegato 3 - Formulario della proposta progettuale;

Allegato 4 - Dichiarazione attività precedenti;

Allegato 5 - Dichiarazione di adesione al progetto da parte di istituti penitenziari o uffici di esecuzione penale esterna;

Allegato 6 - Patto d'integrità.

L'Avviso n. 10/2016, in uno con la modulistica citata, sono allegati al presente decreto e ne costituiscono parte integrante.

Art. 2

Per la realizzazione dell'Avviso n. 10/2016 sono destinate risorse pari a euro 10.892.466,00 I.V.A. ed ogni altro onere compresi.

All'impegno delle somme occorrenti si provvederà a seguito dell'approvazione della graduatoria definitiva, sull'istituendo apposito capitolo di bilancio, tenuto conto dei cronoprogrammi di spesa.

Art. 3

L'Avviso e la relativa modulistica saranno pubblicati per esteso nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana ed inoltre saranno inseriti nei siti ufficiali del Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali www.regione.sicilia.it/famiglia e del PO FSE www.siciliafse.it. La modulistica sarà resa disponibile nei siti appena menzionati, anche in formato aperto.

Palermo, 6 settembre 2016.

BILANCIO

VENETO

DGR 29.8.16, n. 1353 - Direttive per la formulazione delle proposte di budget per gli anni 2017 - 2018 - 2019. (BUR n. 90 del 20.9.16)

Note

Nel processo di formulazione del bilancio di previsione, la giunta regionale adotta, su proposta della struttura regionale preposta al bilancio, il documento di direttive per la formulazione delle proposte di budget finanziario (art. 29, l.r. 39/2001).

COMPARTECIPAZIONE ALLE SPESA – ISEE

ABRUZZO

RISOLUZIONE 04.08.2016, N. 19 “Piano Sociale Regionale”.

Note

PREMESSA

il Piano Sociale Regionale 2016/2018 prevede che la Giunta regionale ridetermini le soglie ISEE per la compartecipazione alla spesa socio sanitaria di cui al DPCM 14/02/2001 da parte dell'utente;

RITENUTO che:

tale atto debba preventivamente essere esaminata in V Commissione Consiliare per acquisire parere vincolante;

IMPEGNA

L'Assessore preposto alle Politiche Sociali Marinella Sclocco ad inviare preventivamente la proposta di DGR di approvazione delle soglie ISEE per l'anno 2016 in V Commissione per l'acquisizione del parere.

DECRETO 12.08.2016, n. 93 - Quote di compartecipazione relative all'assistenza territoriale residenziale per anziani non autosufficienti, disabili e pazienti Alzheimer e Demenze in fase di lungodegenza e mantenimento - Modifiche ed integrazioni ai Decreti del Commissario ad Acta n. 105/2014 del 18/09/2014 e n. 13/2015 del 23 febbraio 2015, nonché integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 34/2016 del 4 aprile 2016.

Note

PREMESSA

I provvedimenti regionali in materia di tariffe per assistenza territoriale residenziale erogata nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a favore di anziani non autosufficienti, disabili e pazienti affetti da morbo di Alzheimer sono i seguenti:

- Deliberazione di Giunta Regionale n. 661 del 01 agosto 2002 recante “Modificazioni alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 2502 del 24/11/99, avente ad oggetto: “Fissazione delle diarie da corrispondere per soggiorni in RSA”;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 105/2014 del 18 settembre 2014, di rettifica della sopracitata DGR 661/2002;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 13/2015 del 26 febbraio 2015, recante “Modifiche ed integrazioni del Decreto del Commissario ad Acta n. 105/2014 del 18 settembre 2014”;

Con i citati provvedimenti di cui al DC 105/2014 e DC 13/2015, in attuazione della vigente normativa in materia di Livelli Essenziali di Assistenza DPCM 29/11/2001 - e fermo restando l'importo delle tariffe già stabilite con la DGR 661/2002 e relativa articolazione dei setting

assistenziali per fasce tariffarie connesse alla gravità -, sono state introdotte le quote di compartecipazione relative alle prestazioni di assistenza territoriale residenziale a favore di anziani non autosufficienti, disabili e pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze;

Ai sensi dei citati provvedimenti:

- sono poste parzialmente a carico del SSR le prestazioni erogate nella prima e seconda fascia delle RSA anziani non autosufficienti, disabili e Alzheimer/demenze;
- sono poste interamente a carico del Servizio Sanitario Regionale le prestazioni residenziali erogate a pazienti classificati nella terza fascia delle RSA anziani non autosufficienti o disabili, in quanto pazienti sottoposti a trattamenti intensivi essenziali per il supporto alle funzioni vitali.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza” (DPCM LEA) definisce le prestazioni che costituiscono livelli essenziali dell’assistenza garantita dal Servizio Sanitario Nazionale ed i relativi criteri di finanziamento.

L’Allegato 1.C “Area integrazione socio-sanitaria” del citato DPCM al Macrolivello 9. “Assistenza territoriale residenziale” prevede tra l’altro:

- per il Microlivello assistenziale “Attività sanitaria e sociosanitaria nell’ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali” le seguenti prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale sub lettera c):
 - disabili gravi, con una compartecipazione a carico dell’Utente/Comune pari al 30 % del costo della prestazione;
 - disabili privi di sostegno familiare, con una compartecipazione a carico dell’Utente/Comune pari al 60% del costo della prestazione;
- per il Microlivello assistenziale “Attività sanitaria e sociosanitaria nell’ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani” le seguenti prestazioni, rispettivamente sub lettere a) e b):
 - prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva, per le quali non è prevista nessuna partecipazione al costo a carico dell’Utente/Comune;
 - prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale ivi compresi interventi di sollievo, per le quali è prevista una compartecipazione al costo pari al 50% a carico dell’Utente/Comune.

Viene ritenuto che:

- siano ricomprese nella 3^a fascia delle RSA standard anziani non autosufficienti le prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva a totale carico del SSN;
- siano ricomprese nella 1^a e nella 2^a fascia delle RSA standard anziani non autosufficienti le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale ivi compresi interventi di sollievo, per le quali è prevista una compartecipazione al costo a carico dell’Utente/Comune del 50%;
- siano ricomprese nella tipologia di Residenza Protetta per Anziani (ex RA Anziani) le prestazioni, a minore intensità assistenziale, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime residenziale ivi compresi interventi di sollievo, per le quali è prevista una compartecipazione al costo a carico dell’Utente/Comune del 50%.

Viene ribadita la competenza delle UVM nella determinazione del setting assistenziale, ai sensi della vigente normativa e del Decreto del Commissario ad Acta 107/2013 del 20/12/2013.

LA DISPOSIZIONE

Vengono integrati e modificati, fermo restando l’importo delle tariffe fissate con la DGR 661/2002, i decreti del Commissario ad Acta n. 105/2014 del 18/09/2014 e n. 13/2015 del 26/02/2015, definendo per le prestazioni di lungodegenza e mantenimento le quote di compartecipazione relative alla 1^a e alla 2^a fascia delle RSA standard per anziani non autosufficienti e per disabili secondo le seguenti tabelle:

Tariffe giornaliere per RSA standard 60 pl per Anziani non autosufficienti

	Spesa a carico SSN (50%)	Spesa a carico Ospite/Comune (50%)	Tariffa totale
1^ fascia	€ 38,65	€ 38,65	€ 77,30
2^ fascia	€ 43,93	€ 43,93	€ 87,86

Tariffe giornaliere per RSA standard 60 pl per Disabili gravi

	Spesa a carico SSN (70%)	Spesa a carico Ospite/Comune (30%)	Totale
1^ fascia	€ 54,11	€ 23,19	€ 77,30
2^ fascia	€ 61,50	€ 26,35	€ 87,86

Tariffe giornaliere per RSA standard 60 pl per Disabili privi sostegno familiare

	Spesa a carico SSN (40%)	Spesa a carico Ospite/Comune (60%)	Totale
1^ fascia	€ 30,92	€ 46,38	€ 77,30
2^ fascia	€ 35,18	€ 52,70	€ 87,86

Alle prestazioni di lungodegenza e mantenimento funzionale delle abilità per pazienti affetti dal morbo di Alzheimer relative alla 1^ e 2^ fascia erogate presso la RSA standard Alzheimer, fermo restando l'importo delle tariffe fissate con la citata DGR 661/2002, si applica a carico dell'Utente/Comune la quota di compartecipazione alla spesa pari al 50%, secondo la seguente tabella:

Tariffe giornaliere per RSA standard da 60 p.l. per pazienti affetti dal Morbo di Alzheimer

	Spesa a carico SSN (50%)	Spesa a carico Ospite/Comune (50%)	Tariffa totale
1^ fascia	€ 38,65	€ 38,65	€ 77,30
2^ fascia	€ 43,93	€ 43,93	€ 87,86

La tariffa stabilita per le RSA Demenze di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 34/2016 del 04/04/2016, precisando che la stessa è posta a totale carico del SSN in quanto relativa a trattamenti estensivi erogati nella fase centrale della malattia di Alzheimer, come da valutazione UVM;

Alle prestazioni di lungodegenza e mantenimento erogate a pazienti affetti da demenza e/o già in cura presso RSA Demenze si applicano le tariffe e le relative quote di compartecipazione a carico dell'utente/Comune previste per il setting appropriato, come da valutazione UVM.

EDILIZIA

MARCHE

DGR 5.9.16, n. 1019 - L.R. 36/2005, art. 12 - Modalità funzionamento del fondo per il sostegno all'accesso agli alloggi in locazione anno 2016. (BUR n. 108 del 22.9.16)

Note

Vengono approvare le “Modalità funzionamento del fondo per il sostegno all’accesso agli alloggi in locazione relativamente all’anno 2016”, come riportato nell’allegato “A” alla presente deliberazione (a cui si rinvia).

ENTI LOCALI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 1.8.16, n. 1321 - Concessione alle Unioni di Comuni dei contributi per le gestioni associate ex PRT 2015-2017, annualità 2016 (DGR 276/2016). (BUR n. 281 del 21.9.16)

Note

Viene dato atto degli esiti dell’istruttoria relativa all’erogazione dei contributi disciplinati dal PRT (D.G.R. n. 276/2016), annualità 2016, effettuata dal Servizio Riordino, Sviluppo istituzionale e territoriale e di accogliere le domande presentate dalle Unioni ad eccezione di quella dell’Unione dei Comuni della Via Emilia Piacentina e dell’Unione Bassa est parmense per le motivazioni indicate nel preavviso di rigetto alle stesse inviato e riportate sinteticamente nelle premesse del presente atto.

Vengono concessi alle Unioni ammesse a finanziamento i contributi regionali, annualità 2016, indicati con gli opportuni arrotondamenti nella tabella 1 (a cui si rinvia), specificando che sono stati quantificati in base ai criteri ed ai parametri del vigente PRT, come precisato nelle premesse e negli allegati 1, 2 e 3 parti integranti e sostanziali della presente deliberazione.

Vengono concessi alle Unioni ammesse a finanziamento i contributi statali regionalizzati indicati con gli opportuni arrotondamenti nella tabella 2) (a cui si rinvia) come quantificati in premessa, ossia in proporzione ai contributi regionali (esclusa la quota riservata alle sole Unioni montane):

La somma complessiva è di euro 8.000.000,00

GIOVANI

CAMPANIA

DGR 2.8.16, n. 465 - POR CAMPANIA FSE 2014-2020. Progetto "JAVA per la Campania" (BUR n. 62 del 20.9.16)

PRESENTAZIONE

La Regione Campania, proseguendo nel programma volto a garantire ai giovani adeguate opportunità di sviluppo delle potenzialità proprie del mondo giovanile, coniugate alla migliore definizione di una politica delle opportunità connesse alla utilizzazione massima delle risorse comunitarie, individuate secondo una appropriata analisi dei regolamenti europei, con il presente provvedimento traccia un percorso assolutamente innovativo ed efficace volto a promuovere le prospettive e le speranze di un reale processo di inclusione sociale e di continuità operativa.

Si illustra di seguito il provvedimento.

Note

PREMESSA

a) con il Regolamento (UE) n. 1303 del 17 dicembre 2013, il Parlamento e il Consiglio europeo hanno approvato le 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 le 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, abrogando il regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;

b) con il Regolamento (UE) n. 1304 del 17 dicembre 2013 il Parlamento e il Consiglio europeo hanno stabilito i compiti del Fondo sociale europeo (FSE) e l’abrogazione del Regolamento (CE) n.1081/2006 del Consiglio;

c) con il citato Regolamento (UE) n. 1303 del 17 dicembre 2013 il Parlamento e il Consiglio europeo hanno stabilito, all’art. 26, che i fondi SIE sono attuati mediante programmi, in conformità

all'accordo di partenariato di cui all'art. 14 del medesimo Regolamento, da presentare alla Commissione europea entro 3 mesi dall'invio dell'accordo di partenariato;

d) con il Regolamento (UE-EURATOM) n. 1311 del 2 dicembre 2013 il Consiglio ha stabilito il quadro finanziario pluriennale per il periodo 2014/2020;

e) con il Regolamento n. 240/2014 del 7 gennaio 2014 la Commissione Europea ha sancito un codice europeo di condotta sul partenariato nell'ambito dei fondi strutturali e d'investimento europeo;

f) con il Regolamento di esecuzione (UE) n. 288 del 25 febbraio 2014 la Commissione Europea ha sancito le modalità di applicazione del Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio e stabilisce, tra l'altro, 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 per quanto riguarda il modello per i programmi operativi nell'ambito dell'obiettivo Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione;

g) con il Regolamento delegato n. 480/2014 del 3 marzo 2014 che integra il Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, la Commissione Europea ha stabilito 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;

h) con il Regolamento (UE) n. 821 del 28 luglio 2014 la Commissione Europea ha sancito le modalità di applicazione del Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le modalità dettagliate per il trasferimento e la gestione dei contributi dei programmi, le relazioni sugli strumenti finanziari, le caratteristiche tecniche delle misure di informazione e di comunicazione per le operazioni e il sistema di registrazione e memorizzazione dei dati;

i) con il Regolamento n. 1011/2014 di esecuzione del 22 settembre 2014, la Commissione Europea ha disposto le 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 il "Position Paper" Rif. Ares (2012) 1326063 del novembre 2012, dei servizi della Commissione Europea sulla preparazione dell'Accordo di Partenariato e dei Programmi in Italia per il periodo 2014-2020, che individua le sfide principali e le priorità di finanziamento sulla base delle quali fondare il ciclo di programmazione 2014-2020, nonché i possibili fattori di successo per l'uscita dalla crisi economica-finanziaria.

L'AZIONE DELLA REGIONE

Con Deliberazione n. 527 del 9 dicembre 2013 la Giunta Regionale ha approvato il "Documento strategico Regionale" in cui sono definiti gli obiettivi di sviluppo regionale;

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 282 del 18 luglio 2014 la Giunta Regionale ha approvato i Documenti di sintesi del POR Campania FESR 2014-2020 e del POR Campania FSE 2014-2020;

Con Deliberazione n. 388 del 2 settembre 2015; la Giunta Regionale ha preso atto della succitata Decisione della Commissione Europea;

Con Deliberazione n. 446 del 06 ottobre 2015 è stato istituito il Comitato di Sorveglianza del POR Campania FSE 2014/2020;

Con Deliberazione n. 719 del 16 dicembre 2015, la Giunta Regionale ha preso atto del documento "Metodologia e criteri di selezione delle operazioni" approvato nella seduta del Comitato di Sorveglianza del POR Campania FSE 2014-2020 del 25 novembre 2015;

Con Deliberazione n. 61 del 15 febbraio 2016, la Giunta Regionale ha preso atto dell'approvazione della "Strategia di comunicazione del POR Campania FSE 2014/2020",

assentita nella seduta del Comitato di Sorveglianza del POR Campania FSE 2014-2020 del 25 novembre 2015;

Con Deliberazione n. 334 del 6 luglio 2016, la Giunta Regionale ha approvato il Sistema di gestione e controllo del POR Campania FSE 2014-2020;

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 112 del 22.03.2016 recante “Programmazione attuativa generale POR CAMPANIA FSE 2014 – 2020”, è stato definito il quadro di riferimento per l’attuazione delle politiche di sviluppo del territorio campano, in coerenza con gli obiettivi e le finalità del POR Campania FSE 2014-2020, nell’ambito del quale riportare i singoli provvedimenti attuativi, al fine di garantire una sana e corretta gestione finanziaria del

Programma stesso nonché il rispetto dei target di spesa previsti dalla normativa comunitaria;

La suddetta Delibera, inoltre, demanda ai Dipartimenti competenti per materia, in raccordo con la Programmazione Unitaria e l’Autorità di Gestione, d’intesa con l’Assessore ai Fondi Europei e gli altri Assessori competenti ratione materiae, in ragione della trasversalità e della molteplicità delle azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi prefissati in maniera integrata, il compito di garantire l’efficace azione amministrativa in attuazione degli indirizzi della Giunta Regionale, attraverso lo svolgimento di tutte le funzioni finalizzate a garantire la gestione organica ed integrata delle Direzioni di riferimento;

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 191 del 03/05/2016 sono stati istituiti i capitoli di spesa nel bilancio gestionale 2016-2018, in applicazione delle disposizioni introdotte dal D.Lgs. n. 118/2011 ed è stata attribuita la responsabilità gestionale di detti capitoli alla competenza della U.O.D. 02 “Gestione Finanziaria del POR FSE Campania” della Direzione Generale 51.01 “Programmazione Economica e Turismo.

L’ATTENZIONE PER I GIOVANI

La programmazione dei fondi SIE 2014-2020 ha individuato come priorità gli investimenti nella digitalizzazione dei processi ed, in particolare, il POR Campania FSE 2014 – 2020

evidenzia una strategia volta all’innovazione dei processi produttivi attraverso la formazione e la qualificazione dei soggetti in certa di occupazione, in particolare giovani.

Dall’analisi dei principali indicatori utili a delineare la propensione innovativa di un sistema economico, emerge la chiara situazione di svantaggio che caratterizza la Campania anche per ciò che riguarda l’impegno finanziario in ricerca e sviluppo.

Sulle base della strategia indicata nel programma operativo FSE, è necessario soffermarsi, tra l’altro, sull’aspetto della Formazione finalizzata all’inserimento lavorativo, avviando interventi e misure che sostengano il potenziale e le sinergie del cosiddetto triangolo della conoscenza (istruzione, ricerca, innovazione), puntando, in primo luogo, sul capitale umano qualificato, con particolare attenzione ai settori che offrono maggiori prospettive di crescita.

L’investimento sul capitale umano comporta al tempo stesso il rafforzamento delle competenze dei giovani, la possibilità di un accesso facilitato al mercato del lavoro, tenuto conto delle competenze acquisite attraverso percorsi di studio, ricerca e specializzazione, nonché la possibilità per le imprese campane di potersi avvalere di giovani in possesso di capacità e competenze di elevato livello.

Dall’analisi di mercato e dalle riflessioni dei fabbisogni aziendali è emerso con chiarezza che il capitale umano qualificato sul linguaggio JAVA ed in generale certificato sulle competenze informatiche fondamentali è scarsamente presente in Campania nonostante lo sbocco occupazionale sia decisamente interessante.

I profili professionali inerenti alla qualificazione specialistica nell’ambito del settore informatico sono presenti nel repertorio delle qualificazioni professionali della Regione Campania.

La materia dell’Alta Formazione, soprattutto nel settore dell’ICT, è in linea con le scelte strategiche del Documento Strategico Regionale e con la Programmazione dei fondi SIE 2014-2020;

Risulta, pertanto, necessario attivare percorsi formativi rivolti soprattutto a giovani tra i 18 e i 35 anni, disoccupati ed in possesso di laurea o diploma in materie scientifiche, da qualificare

attraverso un iter formativo in ambito informatico.

E' opportuno prevedere, al termine dei suddetti percorsi formativi, azioni aggiuntive di accompagnamento dei giovani formati verso il mercato del lavoro, attraverso l'attivazione di strumenti quali incentivi all'occupazione destinati alle aziende che intendono assumere, in coerenza con la normativa comunitaria e regionale sugli aiuti di stato, o tirocini in azienda per i giovani precedentemente formati.

LO SPECIFICO OBIETTIVO POR

Nell'ambito del POR Campania FSE è previsto l'Obiettivo Tematico 8, Obiettivo Specifico 2 (R.A 8.1) *“Aumentare l'occupazione dei giovani”*, azione 8.1.1 *“Misure di politica attiva con particolare attenzione ai settori che offrono maggiori prospettive di crescita (ad esempio nell'ambito di: green economy, blue economy, servizi alla persona, servizi socio-sanitari, valorizzazione del patrimonio culturale, ICT)”*.

IL PROGETTO JAVA

Viene disposto di realizzare il progetto denominato “JAVA per la Campania”, finalizzato alla diminuzione del divario tecnologico, in ambito specialistico, come lo sviluppo e deploy di applicazioni Java in ambiente tecnologico “Cloud”, così come descritto nell'allegato 1) al presente provvedimento.

Vengono attivati, per la realizzazione del suddetto progetto, percorsi formativi destinati a giovani tra i 18 e i 35 anni, in possesso di laurea o diploma in materie scientifiche.

Sono previste, al termine dei suddetti percorsi formativi, eventuali azioni aggiuntive di accompagnamento dei giovani formati verso il mercato del lavoro, attraverso l'attivazione di strumenti quali incentivi all'occupazione destinati alle aziende che intendono assumere, in coerenza con la normativa comunitaria e regionale sugli aiuti di stato, o tirocini in azienda per i giovani precedentemente formati.

Si procedere alla programmazione di risorse finanziarie pari ad € 2.500.000.00 per la realizzazione del programma formativo “JAVA per la Campania”

Allegato 1

Premessa

Dall'analisi dei principali indicatori utili a delineare la propensione innovativa di un sistema economico, emerge la chiara situazione di svantaggio che caratterizza la Campania anche per ciò che riguarda l'impegno finanziario in ricerca e sviluppo¹. Al tempo stesso, le risorse umane rappresentano il vero elemento che segna la differenza in una strategia aziendale, rappresentano il principale fattore competitivo di qualsiasi impresa, sono indispensabili per le aziende che investono sul rinnovamento costante di processi, prodotti e servizi poiché le competenze tecniche e scientifiche, insieme al processo “creativo” caratterizzano qualsiasi innovazione. Ciò premesso, la Campania presenta altre due caratteristiche: una ridotta dimensione delle imprese ed un numero elevato di giovani – anche skillati – che non trovano utile collocazione nel mercato del lavoro. **Il 93% delle imprese a livello locale ha un dimensionamento di micro o piccola impresa**, cui corrisponde una **demografia imprenditoriale estremamente variegata**. I giovani, al contempo, tra i 18 e i 35 anni sono 1.345.4442, dato che evidenzia il fatto che la **Campania sia la Regione più giovane d'Italia**.

A ciò si aggiunge, inoltre, il problema della fuga delle risorse umane qualificate all'estero; un fenomeno che riguarda l'intero contesto nazionale e che limita, in particolare, le potenzialità di sviluppo dei territori più svantaggiati. Entrando nel merito del capitale umano ad alto potenziale innovativo di cui le imprese possono disporre, la Campania presenta dei ritardi nei confronti delle regioni più evolute. Sulla base delle elaborazioni svolte sull'indagine Istat commissionata dall'Unione europea, il 35,7% delle imprese campane dichiara di non disporre di nessuna competenza di alto profilo. Un segno evidente di un sistema innovativo non all'altezza di quelli più avanzati, soprattutto se si pensa che, per regioni spesso citate in termini di potenzialità innovativa (Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna), questo valore non superi il 30%³.

Va considerato, altresì, che **il POR FESR 2014 - 2020 ha individuato come priorità gli investimenti nella digitalizzazione dei processi e il POR FSE 2014 – 2020 evidenzia una strategia volta all’innovazione dei processi produttivi attraverso la formazione e la qualificazione dei lavoratori.**

Agire sulle imprese campane, soprattutto in termini di incentivazione e formazione, rappresenta un primo tassello per limitare l’impatto dell’attuale crisi, in una logica di sostenibilità del modello produttivo locale.

Sulla base di queste premesse e sulle numerose sollecitazioni pervenute all’Amministrazione regionale è necessario soffermarsi sull’aspetto Formazione e Accompagnamento al Lavoro, avviando interventi e misure che sostengano il potenziale e le sinergie del cosiddetto triangolo della conoscenza (istruzione, ricerca, innovazione), puntando, in primo luogo, sul capitale umano qualificato.

1Rapporto 2014 UNIONCAMERE - Campania
2Elaborazione da GEOdemo.Istat 2015
3Elaborazione UNIONCAMERE da dati ISTAT

Un approccio operativo

Dall’analisi di mercato e dalle riflessioni dei fabbisogni aziendali è emerso con chiarezza che **il capitale umano qualificato sul linguaggio JAVA ed in generale certificato sulle competenze informatiche fondamentali è scarsamente presente in Campania** nonostante lo sbocco occupazionale sia decisamente interessante.

Di qui la decisione, da parte di Regione Campania, di avviare interventi per la formazione di giovani disoccupati per promuovere la loro qualificazione professionale in ambito informatico.

Alcuni dati globali

Nel mondo vi sono 2 milioni di professionisti certificati Oracle.

E’ prevista una crescita per la figura degli Amministratori di Database pari al 31% fino al 2020.

E’ prevista una crescita di Sviluppatori Web pari al 22% fino al 2020.

Il 97% delle 500 Aziende di Global Fortune* utilizzano software Oracle e necessitano di professionisti IT competenti per implementare, sviluppare e amministrare sistemi IT strategici. La certificazione Oracle è un titolo che risponde a questa domanda e rafforza la propria candidatura.

Le aziende premiano i lavoratori preparati. Da una ricerca Oracle del 2012, più dell’80% dei professionisti che hanno conseguito una certificazione ha ricevuto un aumento salariale, una promozione o altri benefici nella propria carriera.

Da una ricerca eseguita su 130 aziende italiane operanti nel settore informatico, risulta che **gli Oracle Certified Professionals sono territorialmente così distribuiti:**

- 43% al Nord – prevalentemente Milano
- 55% al Centro – prevalentemente Roma
- **4 % al Sud – Campania, Puglia, Calabria e Sicilia**

Le tipologie di Oracle Certified Professionals sono così suddivise:

- 28% inerenti la gestione di applicazioni web
- 26% inerenti l’amministrazione di Database
- 41% inerenti la programmazione e allo sviluppo web
- **4% gestione di sistemi Hardware**

È evidente, pertanto, la carenza di profili sul territorio e la necessità di formare giovani Oracle

Certified Professionals, al fine di soddisfare i fabbisogni aziendali locali.

L’amministrazione regionale, pertanto, intende sostenere uno o più percorsi formativi e di qualificazione che valorizzino giovani cui manca la specializzazione informatica e l’acquisizione delle certificazioni, finalizzati all’accompagnamento al lavoro attraverso un **mix di servizi e misure “disegnati” per lo specifico fabbisogno emerso.**

Il mix proposto

I profili professionali Analista di sistemi informativi, Analista programmatore, Tecnico hardware e Web designer sono presenti nel repertorio delle qualificazioni professionali della Regione Campania e sono, inoltre, oggetto del catalogo formativo previsto per l'attuazione della misura 2B del PAR Garanzia Giovani Regionale.

Il percorso proposto prevede le seguenti fasi:

A) Fase 1

Individuazione, selezione e recruitment dei giovani

La Regione Campania mette a disposizione e valorizza la rete dei servizi integrati pubblici e privati (Centri per l'impiego, Agenzie per il Lavoro ApL, Informagiovani, Enti di formazione, Associazioni di categoria, uffici di placement scolastico e universitario con particolare riferimento agli Istituti finanziati dal programma FIXO YEI di Italia Lavoro, Comuni, ecc.). Oracle University si è, inoltre, resa disponibile a sostenere il processo di recruitment per ottimizzare la selezione dei giovani.

Possono accedere al piano formativo, previa selezione, le seguenti figure:

Laureati in

- Informatica,
- Scienze dell'informazione
- Ingegneria informatica
- Ingegneria TLC, Ingegneria Elettronica
- Ingegneria Matematica
- Matematica
- Fisica
- Statistica

Periti Informatici

Diplomati in materie scientifiche

Sono requisiti richiesti una buona conoscenza della lingua inglese e passione per l'informatica.

B) Fase 2

Formazione

L'ipotesi che si propone è un set formativo di 20 aule composte da 12 allievi ciascuna per un totale di circa 240 giovani. La distribuzione territoriale del progetto prevede 10 aule avviate nella città metropolitana di Napoli e 10 sul resto del territorio campano.

Il progetto formativo si basa sui seguenti elementi cardine:

- Apprendere nozioni complesse di sviluppo di applicazioni Web in Java EE
- Installare e amministrare l'Application Server Weblogic 12c
- Concepire i servizi IT tramite la metodologia SOA (Software Oriented Architecture)
- Implementare le logiche base di sicurezza di un'applicazione in Cloud
- Distribuire le applicazioni in Cloud, tramite l'application server Weblogic 12c

Il corso avrà una durata di 40 giornate.

Atteso il numero di sessioni pari a 20 le giornate complessive di corso saranno 800.

Tutti i corsi verranno erogati in presenza, in aule appositamente attrezzate per il corretto svolgimento delle attività di laboratorio.

Le aule dovranno essere attrezzate con i normali sussidi didattici (lavagna a fogli e videoproiettori) e un posto di lavoro per ogni due partecipanti, con il software necessario per le esercitazioni pratiche.

A ciascun allievo, per ciascun modulo di corso, verrà fornita documentazione in formato elettronico e al termine dell'iter formativo verrà consegnato un attestato di partecipazione.

Infine, per garantire l'acquisita competenza dei candidati sulla tecnologia Java, al termine del piano di formazione, saranno previsti gli esami per il **conseguimento della certificazione Oracle Java Programmer I**.

4I percorsi si intendono destinati a giovani tra i 18 e i 35 anni, residenti in Campania, non occupati ai sensi del d. lgs. 150/2015, in possesso di diploma di scuola media superiore che consenta l'accesso all'università e/o di laureandi e laureati in discipline matematiche o comunque scientifiche. Si mette in evidenza che l'intervento tende in visione prospettica all'aumento delle presenze femminili nell'ambito dell'ICT.

AZIONI DI CONSOLIDAMENTO

Accompagnamento al Lavoro

Questa fase prevede un'azione valoriale aggiuntiva di accompagnamento dei giovani formati verso il mercato del lavoro.

Ai primi 50 allievi che hanno superato il test di certificazione con il punteggio più alto viene riconosciuta una dote pari a € 5.000,00 destinata ad incentivo per le imprese che intendano assumerli.

Dal 51° al 100° allievo che supera il test di certificazione con il punteggio più alto viene proposto un tirocinio in azienda con indennità mensile di € 500 mensili per sei mesi per un totale di € 3.500,00 comprensivi degli oneri assicurativi.

Le risorse per questa fase sono risorse POR FSE 2014 – 2020, per un importo pari a € 425.000,00.

Comunicazione

Al fine di comunicare verso l'esterno le attività legate al nuovo modello di sviluppo locale che parte dai fabbisogni delle imprese locali e conduce i giovani in un percorso formativo e di inserimento, è previsto un piano di comunicazione che segue il progetto per l'intera durata e – a solo titolo indicativo - sono attesi tre eventi (evento di lancio, intermedio e finale).

Tempi

MILESTONE - FORMALIZZAZIONE ASSISTENZA TECNICA DI ITALIA LAVORO SPA ATTIVITA' LUGLIO SETTEMBRE OTTOBRE NOVEMBRE DICEMBRE GENNAIO FEBBRAIO MARZO APRILE MAGGIO GIUGNO LUGLIO2

A) Elaborazione e pubblicazione Avviso per il recruitment, la selezione e l'individuazione dei giovani

B) Avvio e realizzazione percorsi formativi

D) Accompagnamento al lavoro

Monitoraggio

Rendicontazione

2016 2017

Allegato 2

Cronoprogramma di spesa

Azioni 2016 2017 2018 Totale

Progetto "Java per la Campania" € 500.000,00 € 1.000.000,00 € 1.000.000,00 € 2.500.000,00

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

MINORI

LOMBARDIA

DD 15.9.16 - n. 8961 - Adesione dei comuni alla misura «Nidi Gratis» ai sensi della d.g.r 29 aprile 2016 - N. X/5096 (quarto provvedimento) (BUR n. 38 del 19.9.16)

Note

Vengono approvati:

- l'allegato A) contenente l'elenco dei Comuni per i quali si sono svolte le istruttorie di approfondimento in ordine all'adesione alla misura «Nidi Gratis» (a cui si rinvia).
- l'allegato B) contenente l'elenco dei Comuni risultati idonei alla data di approvazione del presente provvedimento, a seguito degli approfondimenti svolti in ordine all'adesione alla misura «Nidi Gratis»(a cui si rinvia).

- l'allegato C) contenente l'elenco dei Comuni che non soddisfano i requisiti richiesti dalla d.g.r.5096/2016 e dal decreto n.4830 del 27 maggio 2016 (a cui si rinvia).

Si deroga e si posticipa il termine per la presentazione delle domande da parte dei cittadini fino al 30 settembre per il riconoscimento della retroattività del beneficio (periodo maggio - giugno - luglio 2016) per i Comuni di cui all'allegato B del presente decreto;

PIEMONTE

D.D. 12.5.16, n. 253 - Costituzione del Gruppo di coordinamento dei referenti delle equipe multiprofessionali per la presa in carico del minore e giovane adulto con problematiche sanitarie sottoposto a procedimento penale. (BUR n. 37 del 15.9.16)

Note

Viene costituito il Gruppo di coordinamento dei referenti delle equipe multiprofessionali per la presa in carico del minore e giovane adulto con problematiche sanitarie sottoposto a procedimento penale, integrato da un rappresentante del CGM e dal rappresentante della Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minori, i cui componenti vengono di seguito elencati:

- ASL TO1 Umberta Morganti, Nicola Coppola
- ASL TO2 Maria Baiona
- ASL TO3 Marco Rolando
- ASL TO4 Ugo Salvarani
- ASL TO5 Nadia Tamagnone
- ASL VC Emanuela Ghisalberti
- ASL BI Alberto Dovana
- ASL NO Fulvio Guccione
- ASL CN1 Antonella Vassallo
- ASL CN2 Giuseppe Sacchetto
- ASL VCO Andrea Guala
- ASL AT Elisa Bertolotti
- ASL AL Elisabetta Biscussi
- CGM Maria Paola Chirone, Vita Marangi
- Procura della Repubblica c/o Tribunale dei Minori Anna Maria Baldelli

La funzione di coordinamento è assegnata al Dott. Fulvio Guccione.

Nello svolgimento del proprio mandato, il Gruppo dovrà riferire allo specifico Sottogruppo del Penale Minorile di cui alla DGR 45-1373 del 27.04.2015, con il quale manterrà un collegamento stabile ai fini di una collaborazione fattiva ed efficace;

Il Gruppo dovrà predisporre una relazione annuale contenente dati epidemiologici in modo da tracciare un quadro in grado di descrivere la realtà dei servizi: il numero dei soggetti minori che vengono presi in carico, le loro caratteristiche, le loro problematiche psichiche;

Il Gruppo si incontrerà con scadenza, almeno, trimestrale.

Non sono previsti per i componenti rimborsi o gettoni di presenza a carico della Regione.

TOSCANA

DGR 6.9.16, n. 879 - Progetti per la sperimentazione di appartamenti per l'autonomia rivolti all'accoglienza di minori e neomaggiorenni, ai sensi della deliberazione di Giunta regionale n. 84 del 16 febbraio 2016. Presa d'atto valutazione Commissione regionale per progetti presentati dalla Società della Salute Fiorentina Nord. (BUR n. 38 del 21.9.16)

Note

Viene preso atto degli esiti della valutazione - effettuata dalla Commissione nominata, ai fini delle sperimentazioni previste dall'art. 14, comma 5, della l. r. 41/2005, con il decreto del Presidente della Giunta regionale n. 118/2016 – relativa ai tre progetti sperimentali degli appartamenti per l'autonomia rivolti all'accoglienza di minori e neo maggiorenni, presentati dalla Società della

Salute Fiorentina Nord Ovest ai sensi della deliberazione di Giunta regionale n. 84 del 16 febbraio 2016.

Viene integrata la deliberazione di Giunta regionale 795 del 1 agosto 2015 provvedendo ad approvare l'allegato "A" – parte integrante e sostanziale del presente atto - che contiene l'elenco dei progetti presentati e gli esiti della loro valutazione da parte della Commissione.

Viene confermato , in merito alla tempistica ed alle modalità di monitoraggio, nonché all'attivazione delle necessarie comunicazioni, quanto già stabilito ai punti 3) e 4) della deliberazione GR 795/2016, allineando quindi n. 594 del 21 luglio 2014, con la quale è stato approvato l'Avviso pubblico a presentare manifestazioni di interesse all'attivazione di progetti sperimentali innovativi in materia di percorsi assistenziali per anziani, disabili e minori.

NON AUTOSUFFICIENTI

PUGLIA

DGR 13.9.16, n. 1430 - Assegno di Cura per pazienti affetti da SLA/SMA e per pazienti non autosufficienti gravissimi". Ottemperanza pronunciamenti giudiziari in materia di Assegno di Cura. (BUR n. 106 del 20.9.16)

Note

Viene confermata la durata massima di erogazione del beneficio "Assegno di Cura per pazienti non autosufficienti gravissimi" come individuati dalle priorità I-II-III-IV e V di cui alle Linee Guida approvate con DGR n. 2530/2013 e ss.mm.ii. quantificata in 24 mensilità a partire dalla data di ammissione al contributo, fatte salve le cause di interruzione e sospensione dettagliate nei suddetti atti, preso atto delle coperture finanziarie rivenienti dalla Del. G.R: n. 2530/2016, e nelle more della disciplina dello sviluppo temporale nel nuovo assegno di cura per pazienti gravemente non autosufficienti;

Viene disposta la chiusura del termine di presentazione delle istanze per l'accesso all'Assegno di Cura destinato specificamente ai malati di SLA/SMA a partire dalle ore 24 del giorno di pubblicazione della presente Deliberazione Regionale sul B.U.R.P.

PARI OPPORTUNITÀ

LOMBARDIA

DD 20 settembre 2016 - n. 9085 - Aggiornamento dell'albo regionale delle associazioni e dei movimenti per le pari opportunità per l'anno 2016. (BUR n. 38 del 22.9.16)

Note

Viene dato atto che risultano complessivamente iscritti per l'anno 2016 all'Albo regionale delle associazioni e dei movimenti per le pari opportunità n. 247 soggetti, di cui n. 225 già presenti nell'Albo 2015 e n. 22 nuovi soggetti, a ciascuno dei quali viene attribuito un numero di iscrizione, come da allegato A) che costituisce parte integrante del presente provvedimento (a cui si rinvia);

Non vengono accettare n. 8 nuove domande di iscrizione all'Albo regionale delle associazioni e movimenti per le pari opportunità anno 2016 per le motivazioni espresse in premessa (allegato B) (a cui si rinvia).;

Vengono cancellati n. 22 soggetti iscritti per l'anno 2015 all'Albo regionale delle associazioni e dei movimenti per le pari opportunità per le motivazioni richiamate in premessa (allegato C (a cui si rinvia)).

PERSONE CON DISABILITÀ

ABRUZZO

DECRETO 24.06.2016, N. 64 Individuazione temporanea tariffa per le prestazioni erogate dai Centri Diurni per lo Spettro Autistico.

Note

Viene dato atto che per le strutture “Centro diurno spettro autistico”, con DGR 1058/2001 la Regione Abruzzo ha approvato, sebbene con riferimento ad un progetto obiettivo una Integrazione delle tariffe applicabili pari a € 36,15 pro-capite per la tipologia di assistenza semiresidenziale che vanno aggiunti alla tariffa base prevista per il semi- internato grave – riabilitazione semiresidenziale.

Viene individuata nella tariffa fissata per il setting “semi-internato grave” stabilito dalla DGR 492/2001 così come integrata dalla DGR 1078/2001 la tariffa di riferimento per le prestazioni erogate da Centri diurni per lo spettro autistico.

LAZIO

Determinazione 9 settembre 2016, n. G10129 - Determinazione G08943 del 04/08/2016 - Integrazione e rettifica elenco delle Istituzioni Scolastiche destinatarie dei finanziamenti relativi alle attività di assistenza specialistica per allievi disabili (escluse le disabilità sensoriali). (BUR n. 75 del 20.9.16)

Note

Viene approvato l'allegato elenco (**ALL. 1**), che costituisce parte essenziale e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia), delle Istituzioni scolastiche destinatarie dei finanziamenti per le attività di assistenza specialistica per allievi disabili (**escluse le disabilità sensoriali**).

LOMBARDIA

DGR 12.9.16 - n. X/5562 - Approvazione del progetto «Lombardiafacile» per favorire l'accessibilità ai servizi turistici presentato da LEDHA nell'ambito del programma generale di tutela dei consumatori in attuazione dei decreti del ministero dello sviluppo economico del 21 marzo e del 2 luglio 2013. (BUR n. 37 del 15.9.16)

Note

La legge regionale n.27 del 1 ottobre 2015 «Politiche regionali in materia di turismo e attrattività del territorio lombardo» la quale prevede:

tra le finalità, la promozione dell'accessibilità alle strutture e ai servizi turistici (art.2);

che la Regione, in attuazione dell'articolo 30 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata con L.3 marzo 2009 n.18, assicuri alle persone con disabilità motorie, sensoriali e intellettive la fruizione dell'offerta turistica in modo completo e in autonomia, ricevendo servizi al medesimo livello di qualità degli altri fruitori (art.4, c.1);

che la Regione promuova la fattiva collaborazione tra le autonomie locali, gli enti pubblici, gli operatori turistici, le associazioni delle persone con disabilità e le organizzazioni del turismo sociale (art.4, c.2).

Le ulteriori disposizioni legislative sono:

La legge 5 febbraio 1992, n.104 «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate»;

l.r.14 febbraio 2008, n.1 «Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso» la quale prevede: all'art.9 che le organizzazioni di volontariato iscritte ai registri da almeno sei mesi, possano stipulare convenzioni con la Regione Lombardia e gli altri enti pubblici per lo svolgimento di attività e servizi assunti integralmente in proprio, per attività innovative e per attività integrative o di supporto a servizi pubblici;

all'art.19 che la Regione Lombardia promuova forme di convenzionamento tra le associazioni e gli enti pubblici, per cooperare nei servizi di utilità sociale e collettiva;

Gli atti regionali sono:

la d.g.r.n.X/1522 del 20 marzo 2014 con la quale sono stati approvati i criteri per la di un bando di cofinanziamento per la selezione di un soggetto che realizzi il progetto «SpazioDisabilità – InformAzioniAccessibili»;

il d.d.g.n.2429 del 21 marzo 2014 che ha stabilito le modalità di attribuzione dello «SpazioDisabilità – InformAzioniAccessibili» per il triennio 2014-16 e le determinazioni circa gli obblighi delle parti, definendo obiettivi, risorse e contenuti del progetto finalizzato a:

- a) realizzare un sistema informativo sul territorio della Lombardia il cui contenuto è incentrato su interventi, servizi e agevolazioni a sostegno delle persone con disabilità e loro famiglie,
- b) migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle informazioni in ottica Expo2015 con azioni volte a garantire anche una presenza dello «SpazioDisabilità – InformAzioniAccessibili» presso il sito dell'esposizione per tutta la durata della manifestazione,
- c) organizzare un servizio di front office destinato alle persone con disabilità e alle loro famiglie, nonché agli enti e associazioni di riferimento per fornire indicazioni sui temi di cui al punto a) o orientarle ed indirizzare verso i servizi territoriali adeguati;

il d.d.g.n.5142 del 16 giugno 2014 che ha approvato gli esiti del bando di cui alla richiamata d.g.r.n.X/1522 ammettendo al cofinanziamento la proposta progettuale presentata dall'associazione temporanea di scopo LEDHA;

il decreto n.7144 del 24 luglio 2014 che ha approvato l'attribuzione del budget, il piano operativo fino a dicembre 2014 e la convenzione con LEDHA per la gestione del progetto «SpazioDisabilità – InformAzioniAccessibili»;

il d.d.g.n.2521 del 31 marzo 2016 che ha approvato il piano operativo di LEDHA per l'anno 2016.

IL PIANO LEDHA

Tra le attività indicate nel piano operativo presentato da LEDHA e approvato con il richiamato decreto n.7144/2014 sono compresi la gestione e lo sviluppo della banca dati e attività di comunicazione, con particolare riferimento ai servizi e all'accessibilità in occasione di Expo 2015, con l'attivazione dello specifico dominio «Expofacile.it» per i servizi di informazione connessi all'Esposizione, che come possibili prospettive di sviluppo post «Expo» prevedeva l'evoluzione in «Lombardiafacile.it».

Il piano operativo di LEDHA per l'anno 2016, approvato con il d.d.g.n.2521/2016 sopra indicato, ha confermato l'evoluzione di «Expofacile.it» in «Lombardiafacile.it», portale di informazioni relative all'accessibilità dell'intero sistema lombardo riguardo a mobilità e trasporti, opportunità di turismo accessibile, servizi culturali e del tempo libero.

Viene approvato il progetto «LombardiaFacile» presentato da LEDHA, come da allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia)-;

TOSCANA

DGR 6.9.16, n. 865 - Approvazione Linee guida per l'organizzazione del Progetto ADA (Adattamento Domestico Autonomia Personale) finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita delle persone con disabilità nella propria abitazione. Estensione a tutto il territorio. (BUR n. 38 del 21.9.16)

Note

Con la Delibera della Giunta Regionale n. 1043 del 25/11/2014 sono state approvate le Linee guida sulla sperimentazione di un nuovo modello regionale per il potenziamento dei servizi in materia di disabilità demandando alla Società della Salute Fiorentina Nord- Ovest, in qualità di ente gestore del CRID, la realizzazione sperimentazione, di durata semestrale, nelle due Società della Salute Pratese e Fiorentina Nord-Ovest, destinando a tal fine la somma di €. 150.000,00.

La sperimentazione ha riguardato una serie di attività coordinate dal CRID, in raccordo con le Unità di Valutazione Multidisciplinari del territorio e con il supporto dell'Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Architettura e con il CNR di Pisa, finalizzate a migliorare il

grado di autonomia all'interno dell'abitazione, attraverso informazioni e consulenze sulle possibili soluzioni architettoniche, tecnologiche e informatiche, nonché attraverso un contributo economico per l'acquisto di prodotti, attrezzature e/o la realizzazione di opere edili.

Con la Decisione di Giunta Regionale n. 11 del 7 aprile 2015 sono stati dati indirizzi agli uffici regionali in merito alle "Azioni di sistema e strategie per il miglioramento dei servizi socio-sanitari nell'ambito delle politiche per la disabilità" e, in particolare il punto 5. del proprio allegato A, si ribadisce l'incarico che Regione Toscana ha dato al CRID di sviluppare attività mirate a migliorare le politiche per l'accessibilità sul territorio regionale.

LA DISPOSIZIONE

Vengono approvate le "Linee guida per l'organizzazione del Progetto ADA (Adattamento Domestico Autonomia personale) finalizzato al miglioramento delle condizioni di vita delle persone con disabilità nella propria abitazione", di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, che danno indicazioni operative di tipo tecnico-amministrativo a tutte le zone distretto e Società della Salute, allo scopo di uniformare e omogeneizzare le attività.;

Viene assegnata alla Società della Salute Fiorentina Nord Ovest, in qualità di ente gestore del CRID, la somma di €. 200.000,00, ritenuta congrua per sostenere le spese di coordinamento progettuale effettuato dal CRID, il supporto tecnico-scientifico e la messa a disposizione di personale esperto di accessibilità ambientale, attraverso specifici accordi con Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Architettura, con il CNR di Pisa e altri eventuali soggetti competenti in materia.

Viene assegnata la somma complessiva di €. 800.000,00 alle zone distretto, per la copertura dei contributi finalizzati all'acquisto di prodotti, attrezzature e/o alla realizzazione di opere edili da parte dei beneficiari, secondo la ripartizione indicata nell'allegato B.

Le predette assegnazioni alle zone distretto sono effettuate individuando in ciascuna zona l'ente beneficiario delle risorse secondo i seguenti parametri:

- alle Società della Salute, laddove costituite;
- alle Aziende UU.SS.LL. competenti per territorio, agli altri soggetti individuati ai sensi dell'art 3 comma 5 della L.R. 66/08, nelle zone dove non è stata costituita la Società della Salute, ai sensi dell'art. 71bis della L.R. 40/2005 e successive modifiche.

L'impegno delle risorse finanziarie coinvolte è comunque subordinato al rispetto dei vincoli derivanti dalle norme in materia di pareggio di bilancio, nonché delle disposizioni operative stabilite dalla Giunta regionale in materia.

VENETO

DGR 9.9.16, n. 1410 - Azioni regionali per la promozione della pratica sportiva. approvazione del bando per la concessione di contributi a favore della pratica sportiva degli atleti con disabilità. l.r. 11 maggio 2015, n. 8, art. 16. (BUR n. 89 del 16.9.16)

Note

PREMESSA

La Legge regionale 11 maggio 2015, n. 8, "Disposizioni generali in materia di attività motoria e sportiva", nel riconoscere il valore sociale, formativo ed educativo della pratica motoria e sportiva, attraverso l'attività di programmazione e pianificazione individua i fabbisogni ed interviene di conseguenza mediante forme di sostegno, anche finanziario, a favore della promozione della pratica sportiva.

In particolare, l'art. 16, della suddetta L.R. 8/2015 prevede il sostegno finanziario della Regione in favore degli atleti con disabilità, secondo le modalità di cui all'art. 10, comma 1, lettere a) e b) della medesima norma.

In tale ambito va ricordato che in passato la Regione del Veneto aveva già disciplinato e promosso, con L.R. 5 aprile 1993, n. 12, art. 2, lettera b), come successivamente modificata dalla L.R. 14 agosto 2003, n. 17, gli aspetti relativi all'attività motoria dei soggetti portatori di handicap, concorrendo nelle spese relative a:

- organizzazione e partecipazione a manifestazioni sportive e sportivo-agonistiche;
- organizzazione di corsi di qualificazione e aggiornamento di istruttori e tecnici;
- realizzazione di attività sportive e motorio-ricreative per l'avviamento allo sport e lo sviluppo della pratica sportiva delle persone con disabilità;
- acquisto di specifiche attrezzature sportive.

Con deliberazione n. 71/CR del 26 luglio 2016 la Giunta regionale ha approvato, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 8/2015, il Piano esecutivo annuale per lo sport 2016 con cui sono state previste le linee di spesa e le relative risorse economiche necessarie alla realizzazione degli interventi da porre in essere per il corrente anno.

Con deliberazione n. 1289 del 9 agosto 2016, in forza del parere favorevole espresso dalla III^a Commissione consiliare nella seduta del 3 agosto 2016, la Giunta regionale ha approvato definitivamente il predetto Piano.

Nella specifica linea di spesa di cui all'Obiettivo 06.01.01 del Documento di Economia e Finanza Regionale 2016 - 2018 : "Incentivare la pratica sportiva a tutti i livelli", al capitolo 102518 - "Azioni regionali a sostegno della pratica sportiva degli atleti con disabilità" (art. 16 L.R. 11 maggio 2015, n. 8), sono state assegnate nella misura di Euro 200.000,00 per il corrente esercizio 2016 le risorse necessarie a sostenere le iniziative a favore degli atleti diversamente abili.

Ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera a) della L.R. 8/2015, si rende ora necessario procedere all'approvazione di apposito bando che definisca i criteri e le modalità di accesso al contributo regionale.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato, come parte integrante e sostanziale del presente provvedimento il bando 2016 per l'accesso ai contributi per la pratica sportiva di atleti con disabilità, ai sensi della Legge regionale 11 maggio 2015, n. 8, art. 16, **Allegato A**.

La Direzione Beni Attività Culturali e Sport procederà alla valutazione delle istanze pervenute secondo i criteri indicati nel Bando di cui all'**Allegato A** al presente provvedimento, per la formazione della graduatoria finale in collaborazione con il Comitato Regionale Veneto del Comitato Italiano Paralimpico (C.I.P.), riconosciuto ai sensi dell'art. 8 della legge 7 agosto 2015, n. 124, Ente Pubblico per lo sport praticato da persone disabili che verificherà e convaliderà i dati tecnico/sportivi dichiarati da ciascuna singola società / associazione sportiva richiedente contributo. Le attività ammesse a finanziamento dovranno essere realizzate entro il corrente anno e comunque rendicontate entro e non oltre il 31.12.2016, salvo motivata richiesta di proroga da presentarsi entro il medesimo termine.

Viene determinato in Euro 200.000,00 l'importo massimo delle obbligazioni di spesa alla cui assunzione provvederà con propri atti il Direttore della Direzione Beni Attività Culturali e Sport, entro il corrente esercizio

ALLEGATO A

BANDO 2016 PER L'ACCESSO AI CONTRIBUTI PER LA PRATICA SPORTIVA DI ATLETI CON DISABILITA', AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 11/05/2015, N. 8, ART. 16.

1) INTERVENTI FINANZIABILI

Per l'anno 2016 la Regione del Veneto avvia la procedura per la concessione di finanziamenti a sostegno della pratica sportiva degli atleti diversamente abili, con riferimento alle discipline riconosciute dal CONI e dal CIP, riconoscendo un sostegno economico per le spese:

di ordinaria gestione direttamente ed univocamente attribuibili alle attività destinate in via esclusiva agli atleti con disabilità;

di partecipazione di atleti con disabilità a manifestazioni sportive riconosciute dal CIP.

Le attività dovranno avere inizio e termine nel corrente anno di riferimento.

2) TERMINI E MODALITA' DI INVIO DELLE DOMANDE

Le istanze di contributo dovranno essere trasmesse, a pena di esclusione, **entro il 20° giorno dalla data di pubblicazione del presente bando sul B.U.R. Veneto**, utilizzando esclusivamente i moduli di domanda approvati dalla Regione del Veneto, e che saranno reperibili sul sito internet regionale al seguente indirizzo:

<http://www.regione.veneto.it/web/sport/bandi-e-finanziamenti>

Qualora il predetto termine dovesse cadere di domenica o in altro giorno festivo, esso si intende prorogato al primo giorno utile immediatamente successivo.

Istanze presentate in maniera difforme da quanto sopra specificato non verranno tenute in considerazione e saranno ritenute come non presentate.

L'istanza di contributo dovrà essere trasmessa utilizzando una delle seguenti modalità:

spedizione a mezzo posta alla **Regione del Veneto – Direzione Beni Attività Culturali e Sport – Palazzo Sceriman – Cannaregio, 168 - 30121 Venezia** (nel caso di spedizione per posta, il rispetto del termine sarà rilevato dalla data del timbro postale);

consegna a mano presso i sopra indicati uffici entro il termine perentorio di cui sopra;

trasmissione a mezzo posta elettronica certificata, nel rispetto della normativa sull'Imposta di bollo, al seguente unico indirizzo istituzionale:

dip.cultura@pec.regione.veneto.it ; a tale proposito vanno attentamente seguite le regole di invio stabilite dalla Giunta regionale (consultabili sul sito istituzionale della Regione al seguente indirizzo:

<http://www.regione.veneto.it/web/affari-general/pec-regione-veneto>), con l'avvertenza che istanze P.E.C. presentate in maniera difforme da quanto stabilito verranno **ripudiate** e considerate come non presentate (il rispetto del termine verrà rilevato dalla data di spedizione del messaggio);

3) BENEFICIARI

Potranno partecipare alla formazione delle graduatorie i soggetti di cui all'art. 10 della legge regionale 8/2015, di seguito elencati:

ALLEGATO A alla Dgr n. 1410 del 09 settembre 2016 pag. 2/9

- associazioni con personalità giuridica di diritto privato ai sensi del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361 "Regolamento recante norme per la semplificazione dei procedimenti di riconoscimento di persone giuridiche private e di approvazione delle modifiche dell'atto costitutivo e dello statuto", nonché associazioni prive di personalità giuridica disciplinate dall'articolo 36 e seguenti del Codice Civile, aventi sede nel Veneto, costituite da almeno un biennio e dai cui statuti o atti costitutivi si evinca la finalità sportiva;

- società sportive di capitali o cooperative di cui all'articolo 90, comma 17, lettera c) della legge 27 dicembre 2002, n. 289 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)", costituite da almeno un biennio e aventi sede nel Veneto.

Requisito fondamentale di ammissione è l'iscrizione del candidato al contributo al Registro Nazionale delle Associazioni e Società Sportive dilettantistiche tenuto dal CONI, alla data di trasmissione della domanda.

4) DOMANDE DI CONTRIBUTO

La domanda di contributo, compilata sul modulo approvato dalla Regione e corredata dalla documentazione richiesta dal presente bando, dovrà contenere:

a) generalità dell'Associazione/Società richiedente, numero di codice fiscale e partita IVA, se in possesso;

b) generalità del legale rappresentante dell'Associazione/Società richiedente;

c) copia dell'atto costitutivo e dello statuto debitamente registrati all'Agenzia delle Entrate (solo nel caso in cui il soggetto candidato presenti per la prima volta istanza di contributo).

d) relazione dettagliata delle attività;

e) preventivo delle spese ed indicazione dei mezzi di finanziamento;

f) elenco di tutti gli atleti tesserati, con riferimento al settore paralimpico, nell'anno 2015.

L'istruttoria delle domande, al fine di verificare le condizioni di ammissibilità, sarà eseguita dalla Direzione Beni Attività Culturali e Sport in collaborazione con il Comitato Regionale Veneto del Comitato Italiano Paralimpico (C.I.P.).

Le domande predisposte in maniera difforme dalle indicazioni fornite non potranno essere regolarizzate dopo la presentazione.

5) GRADUATORIE E CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEI CONTRIBUTI

La graduatoria finale verrà formulata applicando i criteri indicati nel successivo punto 6.

Per l'assegnazione dei contributi verrà seguito l'ordine decrescente di punteggio assegnato; a parità di punteggio, sarà prevalente l'istanza che comporta il minor disavanzo fra uscite ed entrate.

Il contributo verrà assegnato in misura percentuale sulla base del punteggio ottenuto rapportato alle istanze pervenute ed accolte e, nel limite del disavanzo, sulla base della spesa considerata ammissibile fino ad esaurimento delle risorse a disposizione.

Il contributo minimo assegnabile è individuato in € 1.000,00. Istanze comportanti l'assegnazione di importi inferiori verranno escluse, sia in fase di formazione della graduatoria, sia in fase di verifica e/o rendicontazione.

6) CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI

La formazione della graduatoria avverrà attraverso la creazione di un ordine di priorità fra i diversi richiedenti mediante l'attribuzione di specifici punteggi parziali per ciascuno dei requisiti sotto indicati.

La somma dei singoli punteggi fornirà il totale ai fini dell'inserimento in graduatoria della domanda.

Numero di affiliazioni riferite al 2015:

- a Federazioni Sportive Nazionali e/o Discipline Sportive Paralimpiche

N. AFFILIAZIONI punti

1 1

2 2

3 3

4 4

5 5

+5 6

PT. MAX 6

- a Enti di Promozione Sportiva

N. AFFILIAZIONI punti

1 0,5

2 1

3 1,5

4 2

5 2,5

+5 3

PT. MAX 3

Numero di tesserati riferito esclusivamente al settore paralimpico riferiti al 2015

- atleti paralimpici under 21

ATLETI paralimpici

(U21)

punti

da 1 a 5 6

da 6 a 10 8

da 11 a 15 10

da 15 a 25 12

+ 25 15

PT. MAX 15

- atleti paralimpici over 21

ATLETI

paralimpici

(> = 22 anni)

punti

da 1 a 5 4

da 6 a 10 6

da 10 a 25 8

da 26 a 50 10

+ 50 12

PT. MAX 12

Numero di tecnici addetti al settore paralimpico riferito al 2015

TECNICI settore

PARALIMPICO

punti

1 1

da 2 a 4 2

da 5 a 8 3

da 9 a 12 4

+12 6

PT. MAX 6

Altro personale addetto al settore paralimpico riferito al 2015

ALTRO

(dirigenti, staff,

medico,

meccanico,

fisioterapista,

etc.)

punti

da 1 a 5 0,4

da 6 a 10 0,8

da 10 a 25 1,2

da 26 a 50 1,6

+ 50 2

PT. MAX 2

Numero di discipline praticate

DISCIPLINE punti

1 1

2 2

3 3

4 4

5 5

+5 6

PT. MAX 6

Partecipazione a campionati o coppe nazionali organizzati da FSD/DSP/EPS:

Anno sportivo 2015/2016

COMPETIZIONI punti

campionato italiano

giovanile under 21 10

campionato italiano/

campionato soc. italiano 7

coppa italia giovanile
 under 21 8
 coppa italia/coppa italia
 soc. 5

Partecipazione a campionati o coppe internazionali organizzati da IPC/ Fed. Straniera per sport di squadra - Anno sportivo 2015/2016

SPORT DI SQUADRA

NUMERO TORNEI

PUNTI: COPPE/

CAMPIONATI

INTERNAZ.

GIOVANILE (U21)

PUNTI: COPPE/

CAMPIONATI

INTERNAZ.

n. 1 torneo 10 8

n. 2 tornei 12 10

da 3 tornei in poi 15 12

Partecipazione a campionati o coppe internazionali organizzati da IPC / Federazione Straniera per sport individuali - Anno sportivo 2015/2016

SPORT INDIVIDUALI

NUMERO TORNEI

PUNTI: COPPE/

CAMPIONATI

INTERNAZ.

GIOVANILE

(U21)

PUNTI: COPPE/

CAMPIONATI

INTERNAZ.

n. 1 torneo 5 4

n. 2 tornei 6 5

da 3 tornei in poi 7 6

Partecipazione a tornei in Italia o all'estero organizzati da società sportive italiane o straniere Riferiti al 2015

NUMERO TORNEI

PUNTI: TORNEO

GIOVANILE (U21)

in ITALIA

PUNTI: TORNEO

in ITALIA

PUNTI: TORNEO

GIOVANILE

(U21) all'ESTERO

PUNTI: TORNEO

all'ESTERO

n. 1 torneo 4 2 5 3

n. 2 tornei 5 3 6 4

n. 3 tornei 6 4 7 5

+3 tornei 8 6 9 7

Tornei e/o manifestazioni promozionali/amatoriali organizzate dalle società

Riferiti al 2015

NUMERO TORNEI

PUNTI: TORNEO

CLUB ITALIANI

GIOVANILE (U21)

PUNTI: TORNEO

con CLUB

ITALIANI

PUNTI: TORNEO

INTERNAZ.

(U21)

PUNTI: TORNEO

INTERNAZ.

n. 1 torneo 4 2 5 3

n. 2 tornei 5 3 6 4

Da 3 tornei in poi 6 4 7 5

ALLEGATO A alla Dgr n. 1410 del 09 settembre 2016 pag. 6/9

Tornei e/o manifestazioni inseriti nel calendario nazionale/internazionale organizzate dalle società

Riferiti al 2015

NUMERO TORNEI

PUNTI: TORNEO

CLUB ITALIANI

GIOVANILE (U21)

PUNTI: TORNEO

con CLUB

ITALIANI

PUNTI: TORNEO

INTERNAZ.

(U21)

PUNTI: TORNEO

INTERNAZ.

n. 1 torneo 8 4 10 6

n. 2 tornei 9 5 11 7

Da 3 tornei in poi 10 6 12 8

Realizzazione di progetti promozionali:

Riferiti al 2015 e/o all' anno scolastico 2015/2016

PROGETTI punti

Progetto continuativo nelle scuole venete

(min. 5 classi coinvolte - min. 2 incontri per classe)

12

Progetto presso le Unità Spinali e/o Ospedali

Riabilitativi

10

Incontri occasionali nelle scuole venete

(n. 1 incontro/classe - min. 10 classi)

8

Progetto con Cooperative 4

Progetti con Altri enti 2

7) SPESE AMMISSIBILI

Sono considerate ammissibili quelle spese che in maniera chiara, diretta ed esclusiva possono essere ricondotte all'iniziativa oggetto di domanda.

Salvo i casi, debitamente motivati, in cui una fornitura o un servizio possano essere utilizzati per più iniziative, verrà valutata la possibilità di considerare solo una quota parte della spesa documentata.

Vengono ritenute ammissibili le seguenti tipologie di spesa:

- a) pubblicizzazione e divulgazione dell'iniziativa: volantini, manifesti, opuscoli, spazi ed oneri pubblicitari, spese postali di distribuzione del materiale, iniziative promozionali, volantinaggio, audiovisivi;
- b) locazione e/o allestimento sedi: noleggio attrezzature oppure, nel caso in cui per lo svolgimento dell'iniziativa sia necessario l'acquisto di beni strumentali di modico valore (p. es. defibrillatori), sarà ammessa una spesa non superiore al 50% del valore espresso in fattura e comunque fino ad un massimo complessivo di € 800,00;
- c) nel limite del 50% della spesa complessivamente sostenuta, compensi per allenatori, istruttori, tecnici, arbitri, giudici di gara, medici sportivi, docenti per corsi di formazione ed aggiornamento, relatori, collaboratori, volontari, promotori e organizzatori. Con riferimento ai soggetti sopra indicati, se il personale collaboratore è dipendente dall'Associazione/Ente, in fase di rendicontazione dovranno essere prodotte le buste paga relative al periodo in cui il collaboratore ha prestato la propria attività lavorativa ai fini dell'organizzazione della manifestazione; se trattasi di collaboratori occasionali, in fase di rendicontazione dovranno essere prodotte le lettere che assegnano l'incarico a ciascuno di essi, con specifico riferimento alla manifestazione beneficiaria del contributo regionale;
- d) spese relative all'ospitalità di atleti, accompagnatori, organizzatori, collaboratori e di tutti i soggetti di cui al punto precedente, compresi il ristoro, pernottamento: dovranno essere debitamente documentati ed intestati al beneficiario del contributo;
- e) assistenza sanitaria, spese mediche a vario titolo inerenti all'iniziativa;
- f) premi, omaggi e riconoscimenti; dovranno essere debitamente documentati ed intestati al beneficiario del contributo;
- g) spese generali - sempre documentate; postali, telefoniche (escluse ricariche di telefonia mobile), assicurative (limitate al periodo relativo alla manifestazione), segreteria, missioni, rimborsi spese agli organizzatori, etc.: potranno essere ammesse complessivamente sino alla concorrenza del 20% del totale rendicontato purché riferite all'attività oggetto di finanziamento;
- h) scontrini fiscali di modico importo: dovranno riportare sul retro l'indicazione dei beni acquistati riferiti all'iniziativa finanziata e, nel loro complesso, non possono superare il 15% dell'intero ammontare dell'onere sostenuto per l'iniziativa;
- i) spese per l'acquisto di articoli sportivi di immediato consumo e prestazione di servizi indispensabili per lo svolgimento dell'iniziativa: dovranno sempre essere giustificate da fatture e/o ricevute fiscali emesse dai fornitori.

Ai fini dell'ammissibilità dei documenti attestanti pagamenti di compensi, rimborsi spesa, premi (senza emissione di fattura e/o parcella con esposizione dell'IVA), se di importo superiore a € 1.000,00, dovranno essere rendicontati mediante presentazione di copia del documento di pagamento avvenuto tramite: conto corrente bancario o postale, ovvero copia dell'assegno non trasferibile intestato al destinatario del versamento.

I documenti di spesa dovranno essere intestati al soggetto beneficiario del contributo ed organizzatore dell'iniziativa. In fase di presentazione del rendiconto finale il beneficiario dovrà allegare in copia conforme all'originale titoli giustificativi di spesa per un importo pari almeno al doppio del contributo assegnato.

Nel rispetto degli obblighi contabili e di movimentazione finanziaria previsti dalle leggi vigenti, potrà essere in sede istruttoria di documentare la tracciabilità dei pagamenti.

Non sono in alcun caso ammesse le spese di seguito elencate:

spese di ordinaria amministrazione e gestione non riferibili direttamente alle attività destinate in via esclusiva agli atleti con disabilità;

spese relative alla creazione del sito internet, per abbonamenti e/o stampe annuali di riviste di settore, viaggi fuori regione per promuovere l'evento;

spese per acquisto di beni a lunga durata o interventi strutturali salvo quanto espressamente indicato

al punto 7, lettera b);

spese relative a organizzazione di eventi collaterali quali feste, spettacoli musicali, eventi pirotecnici, etc., ancorché correlati all'iniziativa.

8) CRITERI PER LA RENDICONTAZIONE E LIQUIDAZIONE

Il soggetto beneficiario, entro il termine perentorio individuato nel provvedimento di concessione, a pena di decadenza dal diritto al contributo, dovrà presentare il resoconto dell'iniziativa realizzata, da compilarli esclusivamente su apposito modello predisposto dalla struttura regionale competente, corredato da copia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore e dalle schede dati anagrafici e posizione fiscale necessarie per il pagamento, e composto da:

1. una relazione illustrativa dell'iniziativa svolta, che indichi le modalità di svolgimento, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, il successo riscosso e le partecipazioni registrate;
2. il rendiconto delle spese sostenute e delle entrate rimosse, corredato da copia della documentazione giustificativa intestata al soggetto beneficiario del contributo, fiscalmente valida e conforme all'originale, per un ammontare pari almeno al doppio del contributo assegnato.

Qualora il contributo concesso sommato alle entrate dichiarate in sede di rendiconto dovesse superare la spesa ammessa o ammissibile, si procederà alla rideterminazione del contributo in misura proporzionalmente ridotta cui potrà corrispondere una revoca parziale o totale dello stesso.

Tutte le spese indicate dovranno essere supportate da adeguata documentazione giustificativa, fiscalmente , da produrre in copia conforme all'originale e, solo in caso di verifica da parte dei competenti uffici, anche in originale. Non saranno comunque ammessi titoli di spesa che, pur essendo regolarmente intestati, non risultino inerenti l'iniziativa ammessa a contributo. In particolare eventuali fatture e/o ricevute fiscali di fornitura materiale che riportino date di emissione successive alla conclusione dell'iniziativa, ai fini della loro ammissibilità dovranno essere integrate e supportate dal documento di trasporto o da altro valido titolo recante date coerenti con il periodo di svolgimento delle attività.

A seguito delle dovute verifiche documentali e degli eventuali controlli di cui al successivo punto 11 effettuati dalla Direzione Beni Attività Culturali e Sport, il contributo verrà confermato o rideterminato, in relazione agli esiti delle verifiche medesime.

9) PUBBLICIZZAZIONE DEL CONTRIBUTO

Ogni attività di promozione e/o comunicazione delle iniziative che verranno finanziate a seguito del bando di cui al presente provvedimento dovrà evidenziare il sostegno regionale nelle forme adeguate e nel rispetto delle regole sulla comunicazione istituzionale e sull'immagine coordinata regionale;

10) REVOCA DEL CONTRIBUTO

Il contributo concesso e non ancora erogato è soggetto a revoca nei seguenti casi:

- a) mancata effettuazione dell'iniziativa o differimento della stessa, in tutto o in parte, all'anno solare successivo;
- b) mancata presentazione della rendicontazione entro il termine perentorio individuato nel provvedimento di concessione del contributo;
- c) qualora le entrate dichiarate risultino superiori alla spesa ammessa o ammissibile;
- d) qualora la documentazione, pur trasmessa in tempo utile, non sia conforme alle direttive di tipo procedurale fornite al beneficiario oppure, nel caso di richiesta chiarimenti e/o integrazioni, questi non siano forniti nel termine assegnato;
- e) qualora il contributo liquidabile risulti, a seguito di rideterminazione a consuntivo della spesa sostenuta, inferiore al limite previsto di € 1.000,00;
- f) qualora l'iniziativa e la spesa corrispondente, a seguito di controlli, risulti già finanziata e liquidata dalla Regione del Veneto attraverso altre linee di finanziamento;

- g) modifiche alle caratteristiche e alla valenza dell'iniziativa come dichiarate nella domanda, tali da configurare un'iniziativa totalmente difforme da quella proposta;
- h) non veridicità delle dichiarazioni rese e/o della documentazione prodotta;
- i) rinuncia da parte del beneficiario.

11) CONTROLLI

La Regione svolgerà controlli a campione sui beneficiari, anche mediante ispezioni e sopralluoghi, finalizzati ad accertare il rispetto degli obblighi posti a carico dei beneficiari, nonché la veridicità delle dichiarazioni rese e della documentazione prodotta.

I beneficiari sono tenuti a consentire i controlli ed a esibire gli originali della documentazione prodotta in fase di rendicontazione, pena la dichiarazione di decadenza del contributo.

12) INFORMAZIONI

Per informazioni o chiarimenti potrà essere contattata la competente Struttura regionale al seguente indirizzo:

Direzione Beni Attività Culturali e Sport, Palazzo Sceriman, Cannaregio, 168 – 30121 VENEZIA

Unità Organizzativa Sport :

Ufficio Pratica Sportiva 041-2792760/2631 – Segreteria 041-2792714/2734 – Fax 041-2792610

Per comunicazioni ufficiali : PEC così identificata – dip.cultura@pec.regione.veneto.it

Per richiesta informazioni E-mail – sport@regione.veneto.it

DGR 9.916, n. 1404 - Definizione dei criteri per la formazione delle graduatorie per le assunzioni di disabili presso datori di lavoro pubblici e privati. (BUR n. 92 del 23.9.16)

Note

PREMESSA

La Legge 13 marzo 1999 n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" è stata significativamente modificata dal D.Lgs. 14 settembre 2015 n. 151. Una delle novità più rilevanti riguarda le modalità con cui devono avvenire le assunzioni obbligatorie del personale disabile. L'art. 7 comma 1 della Legge n. 68/99, prima dell'entrata in vigore del D.Lgs. 151/2015, stabiliva, infatti, che il datore di lavoro obbligato ad assumere personale disabile potesse provvedervi per una parte con chiamata nominativa e per la restante con chiamata numerica. L'attuale disciplina, invece, stabilisce che le assunzioni obbligatorie avvengano solamente "*mediante richiesta nominativa di avviamento agli uffici competenti o mediante stipula delle convenzioni di cui all'articolo 11*" della medesima Legge. Con la chiamata nominativa, il datore di lavoro sceglie personalmente il disabile da assumere tra i disoccupati disabili iscritti nell'elenco della Legge 68/99, mentre con la chiamata numerica il datore di lavoro assume il personale che gli viene selezionato dal Centro per l'Impiego sulla base di una graduatoria formata tra gli iscritti nel citato elenco.

In Veneto, tuttavia, nonostante la previsione di legge, le assunzioni annuali mediante chiamata numerica ammontavano solo a qualche unità e normalmente presso datori di lavoro pubblici. I datori di lavoro privati, infatti, generalmente stipulavano con i Servizi per il lavoro pubblici delle convenzioni denominate "di programma" *ex art. 11* della Legge n. 68/99 che, tra le varie possibilità, consentivano di derogare al previgente art. 7, comma 1, e convertire tutte le assunzioni obbligatorie da effettuare in chiamate nominative.

Si ritiene tuttavia, che, sebbene sia stata generalizzata come modalità di assunzione la chiamata nominativa, si registrerà prossimamente un incremento delle chiamate numeriche, con utilizzo quindi di graduatoria tra gli iscritti nella speciale lista dei disabili. Il D.Lgs. n. 151/2015, infatti, ha introdotto un nuovo comma, l'1 *bis*, all'art. 7 della Legge n. 68/99, disciplinando le modalità procedurali che i servizi per il lavoro e i datori di lavoro devono seguire nel caso questi ultimi siano inadempienti agli obblighi della Legge n. 68/99 e cioè non abbiano provveduto nei 60 giorni dall'insorgenza dell'obbligo ad assumere personale disabile o a stipulare una convenzione *ex art. 11* della Legge n. 68/99.

Il nuovo comma stabilisce che, in caso di inottemperanza agli obblighi, i datori di lavoro decadano dalla facoltà di provvedere all'assunzione con chiamata nominativa e vi debbano procedere unicamente con chiamata numerica secondo l'ordine di graduatoria.

Si rende pertanto opportuno rivedere i criteri con cui si formano le graduatorie tra i disabili in modo da semplificare le procedure, ridurre gli oneri per la raccolta delle informazioni e il trattamento dei dati, nonché abbreviare i tempi di predisposizione della graduatoria. I criteri finora utilizzati sono infatti stati fissati con la DGR n. 1982 del 30 giugno 2000, quando ancora la strumentazione informatica non consentiva operazioni oggi facilmente ottenibili.

Si prevede di utilizzare per la formazione delle nuove graduatorie unicamente i seguenti criteri: percentuale di invalidità, anzianità di disoccupazione e indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

Nell'**Allegato A** alla presente deliberazione è illustrata la modalità con cui si ponderano i suddetti criteri.

Si stabilisce che il modello ISEE da utilizzare sia quello ordinario o standard e inoltre che il disabile possa autocertificare il possesso di un ISEE, in corso di validità, con il relativo punteggio, anche con modalità telematiche.

In considerazione del fatto che le moderne strumentazioni consentono la predisposizione della graduatoria in tempi brevissimi, si ritiene che essa possa essere predisposta anche ogni volta in cui ne è richiesto l'utilizzo. Il disabile, pertanto, anche appena iscritto, potrà entrare in graduatoria senza dover attendere l'aggiornamento semestrale della stessa come invece prevede la DGR n. 1982/2000. Le graduatorie tra i disabili iscritti alla Legge n. 68/99 saranno impiegate, oltre che per le assunzioni con chiamata numerica per i datori di lavoro inadempienti agli obblighi della citata legge, anche per lo svolgimento dell'attività di preselezione di personale disabile da segnalare ai datori di lavoro (art. 7, comma 1) e per gli avviamenti a pubblica selezione presso datori di lavoro pubblici. Il D.Lgs. n. 151/2015, avendo abrogato l'art. 9, comma 5, della Legge n. 68/99, ha infatti ricondotto la disciplina per gli avviamenti a selezione nelle pubbliche amministrazioni riservate a disabili alle previsioni dell'art. 16 della Legge n. 56/87. In applicazione di tale norma, con la DGR n. 1837 del 18 giugno 2004, si era stabilito che, per le assunzioni nella Pubblica Amministrazione di personale con qualifiche e profili per i quali è richiesto il solo requisito della scuola dell'obbligo, si procedesse mediante formazione di graduatorie basate unicamente sul punteggio ISEE.

Ritenendo, però, che per gli avviamenti riservati ai soli disabili il suddetto criterio sia insufficiente e si debbano considerare anche gli elementi della percentuale di invalidità e anzianità di disoccupazione, si propone di utilizzare anche per queste assunzioni le modalità di formazione della graduatoria in approvazione nella presente deliberazione.

Fino a quando le recenti riforme costituzionali e il Jobs Act non avranno prodotto un assetto istituzionale definitivo degli uffici pubblici del lavoro, si prevede che l'ambito territoriale di validità della graduatoria sia il territorio della Provincia o della Città metropolitana e che pertanto le graduatorie siano approvate con atto del dirigente del Settore Lavoro della Provincia o della Città metropolitana.

In considerazione del fatto che la semplificazione e la razionalizzazione delle procedure per la formazione della graduatoria dei disabili prodotte con la presente deliberazione si realizzeranno solamente se verrà predisposta un'idonea applicazione informatica di gestione delle stesse, si stabilisce che i nuovi criteri di formazione delle graduatorie entrino in vigore dal momento in cui tale applicazione sarà messa a disposizione degli uffici del collocamento mirato.

Sui criteri per la formazione della graduatoria dei disabili è stata sentita la Commissione regionale per la concertazione tra le parti sociali che, nella seduta del 21 giugno 2016, ha espresso parere favorevole all'unanimità.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l'**Allegato A** alla presente deliberazione "Criteri per la formazione della graduatoria per il collocamento dei disabili presso i datori di lavoro pubblici e privati".

I suddetti criteri si applicano anche agli avviamenti a selezione nella pubblica amministrazione riservati alle persone iscritte nell'elenco della Legge n. 56/87.

I criteri di formazione delle graduatorie entrano in vigore il giorno in cui sarà disponibile nel Sistema informativo lavoro l'applicazione informatica per la predisposizione delle stesse.

ALLEGATO A Criteri per la formazione della graduatoria per il collocamento dei disabili presso i datori di lavoro pubblici e privati

1. La percentuale di invalidità civile o invalidità del lavoro: assegnazione di un punteggio pari alla percentuale di invalidità;
2. Anzianità di disoccupazione: attribuzione di 2 punti ogni mese di anzianità fino ad un massimo di 72 punti per 3 anni di anzianità. Nel caso la persona abbia più di 36 mesi è riconosciuto sempre un punteggio di anzianità pari a 72;
3. ISEE: al lavoratore con ISEE pari a zero viene dato un punteggio di 28 punti, diminuito di 0,5 punti ogni 500 di ISEE fino ad un massimo di 28 punti. La persona che non presenta un ISEE in corso di validità non è assegnato alcun punteggio ISEE.

A parità di punteggio è data priorità alle persone di minore età, in caso di ulteriore parità viene preferito il disabile da più tempo iscritto nelle liste del collocamento mirato.

Per le categorie dei sordomuti e ciechi si assegnano le seguenti percentuali:

- alla categoria dei ciechi, come individuati ai sensi della Legge 138/2001 e della Circolare del Ministero del lavoro e PS n. 13/2015: 100%
- alla categoria dei sordomuti, affetti da sordomutismo o sordità perlinguale da perdita uditiva grave bilaterale con evidenti fono logopatie audiogene, come stabilito con la DGR 445 del 1 marzo 2002: 80 %.

Per gli invalidi di guerra, invalidi civili di guerra e invalidi di servizio si opera l'equiparazione nella posizione mediana di cui al DPR 246/97

Categoria	
invalidità	
percentuale	
invalidante	
1°	95%
2°	85%
3°	75%
4°	65%
5°	55%
6°	45%
7°	35%

DGR 9.9.16, n. 1406 - Disposizioni in materia di tirocini di inclusione sociale, ai sensi dell'accordo conferenza stato regioni e province autonome del 22 gennaio 2015 "linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione" e contestuale revoca della dgr n. 3787/2002. deliberazione/cr n. 53 del 22 giugno 2016. (BUR n. 92 del 23.9.16)

Note

PREMESSA

Ai sensi dell'art. 1, comma 34, della Legge n. 92 del 28 giugno 2012 "Riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita" (nota come "Legge Fornero") il 23 gennaio 2013, in sede di Conferenza Stato Regioni e Province autonome, è stato siglato l'accordo "Linee guida in materia di tirocini".

Successivamente a tale accordo, le Regioni hanno provveduto a disciplinare la materia e la Regione del Veneto, con la DGR n. 1324 del 23 luglio 2013, ha regolamentato i tirocini formativi e di orientamento, i tirocini di inserimento/reinserimento lavorativo e i tirocini estivi di orientamento.

In sede di confronto con altre Istituzioni e di concertazione con le Parti sociali, le Regioni hanno tuttavia riscontrato che nei territori venivano realizzati interventi comunemente denominati tirocini, ma che in realtà non presentavano elementi sufficienti per essere considerati tali, a causa dell'assenza di contenuto formativo. Si trattava infatti di esperienze realizzate all'interno di contesti lavorativi, ma con finalità esclusivamente terapeutiche e rieducative. Tali interventi, promossi

generalmente dai servizi sociali, proprio per le caratteristiche indicate, non rientravano tra quelli previsti dall'accordo sottoscritto il 23 gennaio 2013.

Questa problematica è stata rilevata anche in Veneto, dove alcune tipologie di progetti di integrazione sociale in ambiente lavorativo, previsti dalle DGR n. 1138 del 6 maggio 2008 e n. 3787 del 20 dicembre 2002 e promossi dai Servizi di Integrazione Lavorativa (SIL) delle ULSS, non possono rientrare nella disciplina regionale generale dei tirocini regolamentata dalla DGR n. 1324 del 23 luglio 2013. Quest'ultima infatti non contempla interventi con valenza prettamente socio-sanitaria e riabilitativa, finalizzati allo sviluppo dell'autonomia e alla promozione dell'inclusione sociale di persone con disabilità grave e in possesso di residue capacità lavorative e relazionali.

Le Regioni, pertanto, hanno chiesto al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali la stipula di un ulteriore accordo per regolamentare con una specifica disciplina i tirocini con le suddette finalità e caratteristiche, attualmente sprovvisti della necessaria copertura normativa.

Tale accordo è stato sottoscritto il 22 gennaio 2015 e denominato "Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione".

Con la presente deliberazione si intende dare applicazione al nuovo Accordo Stato Regioni e Province Autonome del 22 gennaio 2015, fornendo specifiche indicazioni regionali in materia di "Tirocini di inclusione sociale" e regolamentando i progetti denominati "Progetti di integrazione sociale in ambiente lavorativo", già in atto nella Regione Veneto (disciplinati con la DGR n. 3787 del 20 dicembre 2002, che con il presente atto viene revocata). Questo anche a seguito dell'evidenza che la realizzazione di tali tipologie di tirocini di inclusione sociale si è dimostrata una fondamentale opportunità di partecipazione attiva per i disabili coinvolti. Nel 2012, ad esempio, nell'ambito delle sopra citate DGR n. 1138/2008 e DGR n. 3787/2002, sono stati promossi ben 2.243 interventi di tirocinio di inclusione sociale, dando così anche una risposta alternativa e insostituibile all'inserimento in struttura protetta, a beneficio della persona e della comunità.

Da una rilevazione effettuata presso i SIL su tali percorsi, emergono inoltre alcuni dati significativi:

- la tipologia di disabilità è prevalentemente intellettuale: sempre di più quest'intervento interessa persone in carico anche ai servizi di salute mentale (circa 25%) e ai SERT (Servizi per le Tossicodipendenze) (3,7%);
- gli ambiti lavorativi in cui si realizzano queste esperienze sono molto diversificati, con una forte presenza delle aziende profit, che ospitano più del 30% dei percorsi;
- il costo per il finanziamento di tali interventi è notevolmente inferiore a quello che si produrrebbe ricorrendo a strutture e servizi residenziali e semi-residenziali, conseguendo sia importanti risparmi per il sistema socio-sanitario regionale sia un'integrazione sociale più soddisfacente.

Nell'**Allegato A** alla presente deliberazione sono contenute le disposizioni che regolano i tirocini di inclusione sociale. Si sottolineano le seguenti differenze rispetto alla disciplina generale dei tirocini di cui alla DGR n. 1324 del 23 luglio 2013:

1. la possibilità di inserire i tirocinanti anche presso soggetti non imprenditori senza dipendenti;
2. la corresponsione dell'indennità di partecipazione al tirocinio potrà assumere natura di contributo economico di carattere assistenziale e quindi non verrà più considerato come un reddito assimilato a quello da lavoro dipendente;
3. non è previsto l'invio telematico al servizio regionale del progetto formativo e della convenzione.

Sulle disposizioni di cui all'**Allegato A**, parte integrante della presente deliberazione, è stata sentita la Commissione regionale per la concertazione tra le parti sociali, che in sede di sottocommissione, in data 11 marzo 2016, ha espresso parere favorevole, all'unanimità. È stata inoltre sentita, ai sensi dell'art. 41, comma 3, della Legge regionale n. 3/2009, la competente Commissione consiliare, che il 5 luglio 2016 ha espresso parere favorevole all'unanimità.

Con il presente provvedimento si propone di revocare la DGR 3787 del 20 dicembre 2002 "Progetti di integrazione sociale in ambiente lavorativo: modalità operative e strumenti di lavoro", superata

da quanto definito dall'accordo Stato Regioni e Province Autonome del 22 gennaio 2015, di cui il presente atto è attuazione per la Regione del Veneto.

Le finalità e gli strumenti operativi sono stati condivisi tra le strutture regionali, Direzione Lavoro e Direzione Servizi Sociali.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l'**Allegato A** alla presente deliberazione "Tirocini di inclusione sociale realizzati dai Servizi di Integrazione Lavorativa (SIL) in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni e Province autonome del 22 gennaio 2015".

Viene revocata la DGR n. 3787 del 20 dicembre 2002.

Allegato A

Disciplina in materia dei tirocini di inclusione sociale in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni e Province autonome del 22 gennaio 2015

Premesso che con il presente provvedimento la Regione Veneto ritiene di offrire specifiche indicazioni regionali in materia di "Tirocini di inclusione sociale" in attuazione dell'Accordo Stato Regioni e Province Autonome del 22 gennaio 2015, disciplinando la materia e integrando in tale disposizione anche la regolamentazione dei progetti denominati "Progetti di integrazione sociale in ambiente lavorativo" già in atto nella Regione Veneto e precedentemente disciplinati con DGR n. 3787 del 20 dicembre 2002, che con il presente atto viene revocata.

Premesso altresì:

- Che la vigente legislazione afferma il principio dell'impegno della collettività nel favorire l'inserimento lavorativo e sociale delle persone deboli e svantaggiate;
- Che le leggi n. 104/92, n. 162/98, n. 55/82, n. 56/94, n. 5/96, n. 16/2001 e n. 23/2013 attribuiscono alle Aziende ULSS specifiche competenze nella gestione delle funzioni e delle prestazioni riabilitative e socio-assistenziali in favore delle persone svantaggiate, anche ai fini della loro integrazione nel mondo del lavoro;
- Che la deliberazione della Giunta regionale n. 21 del 17 gennaio 2012 ha approvato le linee guida regionali per l'inserimento lavorativo delle persone con disturbi psichici.

Premesso inoltre che con il presente provvedimento la Regione Veneto intende porre in essere azioni a favore di persone con disabilità con la finalità di:

- Offrire opportunità di integrazione in ambienti lavorativi senza l'obiettivo dell'occupazione;
- Favorire una migliore qualità della vita sociale all'interno della propria comunità di appartenenza;
- Realizzare percorsi alternativi all'inserimento in strutture protette, ottimizzando l'uso di risorse, razionalizzando gli interventi e i costi; e con obiettivi di:
 - Favorire il recupero, il mantenimento ed il potenziamento delle abilità relazionali, operative e delle autonomie personali;
 - Promuovere l'acquisizione di un ruolo sociale riconosciuto e visibile nella comunità;
 - Coinvolgere la comunità locale nella realizzazione di progetti individualizzati di integrazione.

Art. 1 Definizione

Ai fini della presente regolamentazione si intendono per:

1. "Tirocinio di inclusione sociale": percorso personalizzato di integrazione nell'ambiente lavorativo, che non costituisce rapporto di lavoro e non ha finalità occupazionale, aggiuntivo alle tipologie ed alternativo ai tirocini disciplinati con la DGR n. 1324/2013, che consente a persone con disabilità, prese in carico dai SIL, di usufruire di un inserimento a valenza socio-sanitaria e riabilitativa, finalizzato all'inclusione sociale, all'autonomia e all'abilitazione e alla riabilitazione con il coinvolgimento della comunità locale;
2. "Presenza in carico": si intende la funzione esercitata dai servizi sociali e/o socio sanitari, quale il SIL, in favore di una persona o di un nucleo familiare in risposta a bisogni complessi che richiedono interventi personalizzati di valutazione, consulenza, orientamento, attivazione di prestazioni sociosanitarie, nonché attivazione di interventi in rete con altre risposte e servizi pubblici e privati del territorio;

3. Servizio integrazione Lavorativa (SIL): servizio socio sanitario delle Aziende Ulss, istituito con legge regionale n. 16 del 3 agosto 2001, le cui finalità e caratteristiche organizzative sono state definite con le DGR n. 3350/01 e n. 1138/08. Il principio che orienta l'attività del Servizio è l'inclusione sociale e il diritto di cittadinanza delle persone con disabilità e/o in situazione di svantaggio sociale, attraverso l'assegnazione di un ruolo lavorativo coniugato al miglioramento della qualità di vita.

Art. 2 Destinatari e requisiti di accesso

Persone in età lavorativa con disabilità, con compromissione tale da non consentire sbocco occupazionale, ma con residue capacità lavorative e relazionali, compatibili con l'esperienza in ambiente di lavoro.

Requisiti di accesso sono:

- certificazione di invalidità civile uguale o superiore al 46% e superiore al 33% se invalidi del lavoro;
- accertamento L. 68/99 e/o valutazione in Unità di Valutazione Multi Dimensionale distrettuale (UVMD), eventualmente integrata da parere medico-legale o da parte dello SPISAL, che evidenzi l'opportunità di attivare un tirocinio di inclusione sociale in ambiente lavorativo.
- Per le persone già inserite nei "Progetti di integrazione sociale" (DGR 3787/2002) si ritiene confermata la certificazione medico-legale in essere.

Art. 3 Soggetti promotori

I tirocini di inclusione sociale sono promossi dai Servizi integrazione Lavorativa (SIL) delle Aziende ULSS.

Art. 4 Soggetti ospitanti e limiti numerici

Possono ospitare tirocini di inclusione sociale tutti i datori di lavoro pubblici e privati, i liberi professionisti e i piccoli imprenditori, organizzazioni no profit quali cooperative sociali, associazioni di volontariato o di promozione sociale, anche senza dipendenti, con sede operativa in Veneto.

I tirocini di inclusione sociale sono esclusi dai limiti relativi ai tirocini regolamentati dalla DGR n. 1324/2013

Art. 5 Durata e ripetibilità

La durata dei tirocini di inclusione sociale è di massimo 24 mesi. E' prevista la ripetibilità, sulla base delle valutazioni dell'andamento del progetto personalizzato.

Art. 6 Impegno orario

L'impegno orario previsto dal tirocinio non dovrà superare l'orario settimanale previsto dal contratto o accordo collettivo applicato dal soggetto ospitante.

Ferme restando le disposizioni sulla tutela dei minori e delle lavoratrici madri in materia di orario di lavoro, il tirocinio dovrà svolgersi di norma in fascia diurna, fatti salvi i casi in cui la specifica organizzazione del

lavoro del soggetto ospitante non ne giustifichi lo svolgimento anche in fascia serale e notturna.

Art. 7 Copertura assicurativa

I soggetti promotori sono tenuti a garantire la copertura assicurativa dei tirocinanti contro gli infortuni sul lavoro presso l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) nonché, presso idonea compagnia assicuratrice, per la responsabilità civile verso terzi.

Le coperture assicurative devono riguardare anche le attività eventualmente svolte dal tirocinante al di fuori dell'azienda rientranti nel progetto personalizzato.

Art. 8 Convenzione

Il tirocinio è regolato da apposita convenzione, che può riguardare più tirocini, tra il soggetto promotore e il legale rappresentante del soggetto ospitante. La convenzione deve essere redatta secondo lo schema tipo approvato con Decreto del Direttore della Direzione Lavoro della Regione del Veneto, in accordo con il Direttore della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto e ha una durata di 24 mesi.

Art. 9 Progetto personalizzato

Il tirocinio è svolto sulla base di un progetto personalizzato sottoscritto dal soggetto promotore, dal soggetto ospitante e dal tirocinante, secondo lo schema tipo approvato con Decreto del Direttore della Direzione Lavoro della Regione del Veneto, in accordo con il Direttore della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto.

Art. 10 Tutoraggio, accompagnamento e monitoraggio

Per ogni tirocinio il soggetto promotore individua un referente o tutor didattico-organizzativo e il soggetto ospitante un tutor aziendale, che sono chiamati a collaborare e sono responsabili, ciascuno per la propria parte, del buon esito del tirocinio.

Il referente o tutor didattico-organizzativo cura la stesura del progetto personalizzato, in collaborazione con il soggetto ospitante e il tirocinante, si assicura che l'esperienza di tirocinio sia coerente con le finalità di inclusione sociale e riabilitativa. Ha inoltre il compito di garantire:

- la conoscenza dell'ambiente lavorativo, del suo adattamento e delle attività da svolgere;
- la presentazione del tirocinante all'azienda;
- l'eventuale facilitazione della comunicazione tra datore di lavoro, colleghi e tirocinante;
- le visite periodiche in ambiente lavorativo per accompagnare, monitorare, verificare l'inserimento;
- il supporto per la soluzione di eventuali difficoltà e problematiche.

Il tutor aziendale ha il compito di agevolare l'inserimento del tirocinante nell'ambiente lavorativo al fine di consentire lo svolgimento delle attività secondo le previsioni del progetto personalizzato.

Art. 11 Indennità

I tirocini di inclusione sociale possono prevedere la corresponsione di un'indennità, anche in forma di contributo economico di carattere assistenziale, finalizzata all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, come indicato dal progetto personalizzato.

Tale indennità è di norma a carico ed erogata dall'ente promotore del tirocinio. Può essere sostenuta anche: dalla Regione; dai Comuni, anche in forma associata, nell'ambito di programmi, progetti, percorsi personalizzati volti a favorire la riabilitazione e l'inclusione delle persone con disabilità; da Fondazioni private e organismi bilaterali.

La corresponsione dell'indennità di partecipazione al tirocinio potrà assumere natura di contributo economico di carattere assistenziale e quindi non verrà più considerato come un reddito assimilato a quello da lavoro dipendente.

Art. 12 Attestazione delle attività svolte

Al termine del tirocinio il soggetto promotore, anche sulla base delle valutazioni del soggetto ospitante, può rilasciare al tirocinante un documento di attestazione delle attività svolte.

Art. 13 Comunicazioni agli Organi competenti

Come previsto dall'art. 9-bis, comma 2, L. 608/96 e successive modificazioni e integrazioni, è fatto obbligo ai soggetti ospitanti di effettuare per via telematica, anche per il tramite dei soggetti promotori, la comunicazione di avvio/proroga del tirocinio.

Non è previsto l'invio telematico al servizio regionale del progetto formativo e della convenzione.

Art. 14 Norme finali

Per tutto quanto non espressamente previsto nelle presenti disposizioni si rimanda alla disciplina in materia di tirocini contenuta nell'allegato A alla DGR 1324 del 23 luglio 2013.

Le disposizioni della presente disciplina entrano in vigore dal giorno in cui sono pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto e si applicano ai tirocini attivati successivamente a tale data.

POLITICHE SOCIALI

ABRUZZO

DCR 9.8.16, n. 70/3. - Definizione degli Ambiti Distrettuali Sociali. (BUR n. 114 del 9.9.16)

CAMPANIA

Decreto Presidente Giunta n. 195 del 23/09/2016 - Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza "Asilo infantile Pastore Salsano", in Cava de' Tirreni. nomina commissario reggente. (BUR n. 63 del 26.9.16)

Note

L'ente "Asilo infantile Pastore Salsano", in Cava de' Tirreni, è una istituzione pubblica di assistenza e beneficenza (IPAB) *ex lege* 17 luglio 1890, n. 6972 e, come tale, è assoggettato al controllo della Regione ai sensi del d.P.R. 15 gennaio 1972, n. 9 (Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di beneficenza pubblica e del relativo personale).

Il sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza è stato oggetto di riordino ad opera del regolamento 22 febbraio 2013, n. 2, in ottemperanza della delega prevista dall'articolo 16*bis* della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11, fonte primaria di disciplina della materia in regione Campania.

La richiamata disciplina regionale prescrive la trasformazione delle IIPPAB, a seconda della tipologia, del carattere e della dimensione, in azienda pubblica di servizi alla persona e in associazione o fondazione di diritto privato e contempla, in via residuale, le cause di estinzione delle istituzioni.

Il regolamento n. 2 del 2013 riserva agli organi amministrativi delle IIPPAB adempimenti pregnanti ai fini dell'attuazione della disciplina di riordino del sistema la cui inottemperanza determina l'insorgere della competenza sostitutiva della Regione.

In particolare, per disposizione degli articoli 2 e 11 del regolamento n. 2 del 2013, gli organi di amministrazione delle IIPPAB deliberano la trasformazione o la estinzione delle istituzioni entro il termine di centoventi giorni dall'entrata in vigore del predetto regolamento.

A mente dell'articolo 12 del regolamento delegato, con decreto n. 100 del 23 aprile 2014 si è provveduto alla nomina del commissario reggente dell'IPAB "Asilo infantile Pastore Salsano" a motivo della necessità di rimediare alla paralisi amministrativa dell'istituzione determinata dalle dimissioni rassegnate dai quattro membri in quota comunale del consiglio di amministrazione e dalla conclamata impossibilità di ripristinare la integrità strutturale del collegio amministrativo;

Con decreto n. 261 del 29 dicembre 2015 si è provveduto alla sostituzione del commissario reggente dell'istituzione a motivo della cessazione del mandato commissariale conferito con decreto n. 100 del 2014 e della perdurante impossibilità di costituire l'ordinario organo di amministrazione previsto dallo statuto.

Il commissario nominato con decreto n. 261 del 2015 ha rassegnato le dimissioni dalla carica, e non ha adottato alcuna determinazione in attuazione della disciplina di riordino del sistema delle IIPPAB recata dal regolamento n. 2 del 2013.

Dalla documentazione agli atti della struttura amministrativa competente dell'istruttoria si evince che l'IPAB "Asilo infantile Pastore Salsano" è inattiva nel campo socio-assistenziale da oltre due anni e non è in grado di conseguire lo scopo statutario.

L'IPAB "Asilo infantile Pastore Salsano" è destinata alla estinzione ai sensi dell'articolo 11 del regolamento n. 2 del 2013 a motivo della perdurante inattività nel campo socio-assistenziale.

La persistente inattività e la impossibilità di costituire l'organo di amministrazione ordinario previsto dallo statuto dell'istituzione sostanziano la fattispecie prevista dall'articolo 11, comma 4, del regolamento n. 2 del 2013 per l'esercizio del potere sostitutivo;

Viene nominato, ai sensi dell'articolo 11, comma 4, del regolamento 22 febbraio 2013, n. 2, il dipendente Domenico Renella, nato il 22 agosto 1962 ad Acerra, commissario reggente dell'IPAB "Asilo infantile Pastore Salsano", in Cava de' Tirreni, in sostituzione del commissario dimissionario nominato con decreto n. 261 del 2015.

LAZIO

DGR 13.9.16, n. 530 - Commissariamento dell'IPAB S. Maria Lauretana o Pia Unione Lauretana Dame Romane. (BUR n. 77 del 27.8.16)

Note

Viene commissariato l'IPAB "Istituto S. Maria Lauretana o Pia Unione Lauretana Dame Romane", per un periodo non superiore a 12 mesi, al fine di:

- effettuare la ricognizione dell'attività svolta dall'Ente sino ad oggi, con particolare riferimento al perseguimento delle finalità statutarie, nonché di tutti i beni alla stessa intestati;
- avviare il procedimento di trasformazione, finalizzato ad ottenere la dichiarazione di depublicizzazione dell'Ente;
- assicurare la gestione dell'Istituzione nelle more della conclusione del procedimento di trasformazione.

SICILIA

DASS 2 settembre 2016 - Istituzione del Tavolo tecnico per problematiche inerenti la gestione delle II.PP.A.B. siciliane.

Art. 1

È istituito presso l'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro – Dipartimento regionale della famiglia e delle politiche sociali, il Tavolo tecnico per problematiche inerenti la gestione delle II.PP.A.B. siciliane.

Art. 2

Il Tavolo tecnico è così composto:

- Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro o suo delegato, con funzione di coordinatore;
- dirigente generale del Dipartimento regionale della famiglia e delle politiche sociali o suo delegato;
- on. Sebastiano Gurrieri presidente ARES/IPAB-SICILIA;
- dott. Carlo Turriciano, componente consiglio direttivo ARES/IPAB-SICILIA;
- dott. Rito Greco, direttore ARES/IPAB-SICILIA.

Art. 3

Al Tavolo tecnico, per particolari tematiche, saranno invitati a partecipare operatori del settore ed esperti in materia.

PRIVATO SOCIALE**ABRUZZO**

DGR 21.07.2016, n. 473 - D.lgs. 05.04.2002 n° 77- DM 30 maggio 2014 "Prontuario 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 l'approvazione degli stessi"- Ulteriori disposizioni di competenza regionale. (BUR n. 36 del 14.9.16)

Note

Con deliberazione del Consiglio Regionale n° 37/6 del 27.06.2006 è stato istituito l'Albo Regionale degli enti e delle organizzazioni di Servizio civile.

Il Prontuario al punto 1, relativamente al numero dei volontari, prevede la possibilità per le Regioni e le Province Autonome di "ridurre a 10 e a 2 unità rispettivamente il numero massimo ed il numero minimo dei volontari da impiegare nei progetti presentati da enti iscritti al proprio Albo".

Inoltre il "Prontuario" prevede al punto 4.3 la possibilità per le Regioni e Province Autonome di stabilire "ulteriori criteri di valutazione, per un punteggio aggiuntivo a quello massimo complessivo raggiungibile sulla base dei criteri di valutazione adottati dall'Ufficio di non oltre 20 punti".

Vengono approvati i Criteri aggiuntivi regionali per la valutazione dei progetti di Servizio Civile riportati nell'Allegato A) al presente atto, del quale costituisce parte integrante e sostanziale (a cui si rinvia).

Viene ridotto a 10 e a 2 unità rispettivamente il numero massimo ed il numero minimo dei volontari da impiegare nei progetti presentati da enti iscritti al proprio Albo.

COMMISSIONE CONSILIARE - RISOLUZIONE 04.08.2016, N. 18 - “Situazione degli Enti d’Ambito e delle Cooperative Sociali”.

Note

PREMESSA

Con delibera n. 75/1 del 25 Marzo 2011, la Regione Abruzzo ha approvato il Piano Sociale Regionale per il triennio 2011-2013.

Con nota del 01/12/2011, prot. RA249213/DL22 la Direzione Politiche Sociali comunicava agli Enti d’Ambito Sociale la ripartizione dei fondi con i quali predisporre i piani di zona triennali, successivamente prorogati.

A seguito del parere di conformità della Regione Abruzzo sui Piani di Zona dei Servizi Sociali, gli Enti d’Ambito hanno proceduto a bandire le relative gare per la realizzazione dei servizi previsti nei piani di zona.

In seguito a tali gare i servizi alla persona sono stati regolarmente erogati dalle Cooperative Sociali vincitrici di regolare gara d’appalto.

A causa dei tagli operati dal Governo Nazionale dal 2009 al 2013, si sono registrati mancati trasferimenti agli Ambiti Sociali, di parte delle quote di contributo previste nei Piani di Zona, specie per la quota coperta dal Fondo Nazionale delle Politiche Sociali.

Gli Enti di Ambito Sociale, dovendo garantire tali servizi appaltati alle Cooperative Sociali e al Terzo Settore, si sono trovati e si trovano in difficoltà per la copertura delle quote non trasferite nelle annualità pregresse.

La Regione si è adoperata per coprire parte dei mancati trasferimenti delle quote di competenza nazionale attingendo alle risorse del PAR FAS 2007-2013.

Con D.G.R. 1116 del 29/12/2015 è stato previsto il riparto di € 9.900.000,00 di fondi ex-Pain fra gli Enti di Ambito sociale per il riconoscimento di parte delle spese sostenute nelle annualità 2011-2013 a compensazione dei mancati trasferimenti.

Il Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo, sulla base delle indicazioni del Dipartimento della Presidenza, ha fatto richiesta agli Enti di Ambito di rendicontare i costi di parte delle annualità pregresse, al fine di erogare i finanziamenti ripartiti.

Nonostante la maggior parte degli Enti d’Ambito abbiano presentato i documenti richiesti per la rendicontazione, i fondi ancora non vengono trasferiti agli Ambiti adempienti sia per problemi di regolarizzazione delle domande, sia per la necessità di effettuare i controlli di primo livello.

Tuttavia, in seguito a tale ritardo, gli Enti di Ambito sociale non possono trasferire tali risorse pregresse alle Cooperative Sociali che hanno erogato i servizi, le quali si trovano nell’impossibilità di pagare gli stipendi ai propri operatori da almeno 4 mesi.

La situazione dei lavoratori sociali, che hanno continuato a erogare servizi per non penalizzare gli utenti finali, già in condizione di disagio sociale, è diventata insostenibile;

Le Cooperative Sociali minacciano azioni legali nei confronti degli Enti d’Ambito sociale;

Le sigle Sindacali hanno espresso l’intenzione di aprire una vertenza ufficiale chiedendo al Prefetto la convocazione di un tavolo di crisi.

In alcune Regioni, nonostante la riduzione dei trasferimenti statali, si è riusciti a creare dei percorsi virtuosi per garantire la copertura dei fondi sociali necessari all’espletamento dei servizi alla persona e al mantenimento dei posti di lavoro degli operatori sul territorio.

SI IMPEGNA

Il Presidente della Giunta e l’Assessore di competenza Marinella Sclocco

ad attivare tutte le procedure necessarie affinché almeno i pregressi in sospeso verso gli Enti d’Ambito sociale adempienti siano risolti, anche alla luce delle nuove azioni previste nel prossimo Piano Sociale Regionale 2016/2018, e anche attivando un tavolo tecnico specifico all’individuazione dei *vulnus* burocratici-amministrativi creatisi;

a promuovere presso il Governo centrale e in sede di Conferenza Stato-Regioni tutte le azioni volte a risolvere tali problematiche relative ai fondi pregressi non trasferiti dal Fondo Nazionale Politiche Sociali e a incrementare gli stessi per le annualità successive;

a riferire in aula nella prima seduta utile.

BASILICATA

DGR 2.9.16, n. 995 - Legge regionale 12 gennaio 2000 n. 1 e s.m.i. art. 13 “Fondo per l’attuazione della legge quadro sul volontariato e della relativa normativa regionale” – Approvazione bando “progetti innovativi”. Anno 2016. (BUR n. 35 del 16.9.16)

Note

La L.R. 1/2000 e s.m.i. recante: “ Nuove norme per la promozione del volontariato - Abrogazione delle L.R. n. 38/1993 e L.R. n. 2/1997”. in particolare all’art. 13 comma 1 prevede il sostegno, sotto forma di contributo, alle organizzazioni di volontariato iscritte al Registro Regionale per l’attuazione di progetti innovativi finalizzati allo sviluppo ed al miglioramento della specificità delle attività di volontariato nei vari settori.

Vengono sostenute ai sensi dell’art. 13 della L.R. 1/2000, le organizzazioni di Volontariato iscritte al Registro regionale, con forme di contributo per la realizzazione di progetti innovativi, presentati da associazioni di volontariato, e finalizzati allo sviluppo ed al miglioramento della specificità delle attività di volontariato nei vari settori.

Viene approvato, tenuto conto delle proposte dell’Osservatorio Regionale per il Volontariato di cui al D.P.G.R. n. 389/2014, il bando “Progetti Innovativi” anno 2016 “Allegato A”, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, contenente i criteri e le modalità per la concessione dei contributi in favore delle Organizzazioni di Volontariato (a cui si rinvia), per la somma complessiva di € 40.000,00,

LOMBARDIA

DD 13.9.16 - n. 8821 - Determinazioni in ordine all’albo del servizio civile regionale, sezione speciale. (BUR n. 37 del 15.9.16)

Note

Vengono iscritti all’albo del servizio civile regionale, sezione speciale, i soggetti di cui all’allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si rinvia).

DD 21.9.16 - n. 9134 - Accredimento all’albo regionale degli enti di servizio civile nazionale. (BUR n. 38 del 23.9.16)

Note

Vengono accreditati all’Albo regionale degli enti di servizio civile nazionale i seguenti enti:

Centro Musica Pizzighettone;

CTS Cooperativa Sociale a rl Trasporti Sanitari;

Et Labora – Società Cooperativa Sociale;

Fondazione Cusani Visconti;

Fondazione ITS per le Nuove Tecnologie per il Made in Italy;

L’Isolachenonce Onlus;

Martinengo Società Cooperativa Sociale;

Spazio Giovani Onlus.

MARCHE

Decreto n. 100 del 06/09/2016 - L.R. 34/2001 - art. 8. Nomina dei componenti del Comitato Tecnico Consultivo per la cooperazione sociale. (BUR n. 107 del 15.9.16)

Note

Vengono nominati i seguenti componenti del Comitato Tecnico Consultivo per la cooperazione sociale:

- a) **Giovanni Santarelli** dirigente della P.F. “Programmazione sociale”, con funzioni di presidente;
- b) **Filippo Masera** designato dall’ARS della P.F. “Assistenza territoriale”;
- c) **Riccardo Ferrati** designato dalla P.F. “Formazione e Lavoro e Coordinamento Presidi Territoriali di Formazione e Lavoro”;
- d) i rappresentanti designati dalle associazioni regionali delle cooperative e i rispettivi supplenti:
Paolo Pelosi, componente effettivo e **Orietta Zitti** supplente, per AGCI MARCHE
Fabio Grossetti componente effettivo e **Amedeo Duranti** supplente, per LEGACOOOP Marche
Antonio Bruni componente effettivo e **Mariella Domizioli** supplente, per UNCI Marche
Eraldo Giangiacomi componente effettivo e **Roberto Frullini** supplente, per CONFCOOPERATIVE Marche
- e) i rappresentanti designati dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori e i relativi supplenti:
Marco Paialunga componente effettivo e **Alessandro Mancinelli** supplente, per CISL Marche
Alessandro Pertoldi componente effettivo e **Stefania Ragnetti** supplente, per CGIL Marche
Andrea Marini componente effettivo e **Sandro Bellagamba** supplente, per UIL Marche
- f) il rappresentante designato dall’A.N.C.I. Marche e relativo supplente : **Silvia Tortorelli** componente effettivo e **Franco Pesaresi** supplente.

PROGRAMMAZIONE SOCIALE

ABRUZZO

DCR 9.8.16, n. 70/4. Piano Sociale Regionale 2016-2018. (BUR n. 114 del 9.9.16)

PRESENTAZIONE

La Regione Abruzzo, dopo anni di assenza del piano sociale regionale, con il presente provvedimento compie un atto fondamentale volto alla definizione del sistema dei servizi sociali nel quadro dello svolgimento delle adeguate politiche sociali.

Purtroppo difficoltà legate alla impossibilità di trasporre il testo del Piano, ci costringono a rinviare alla lettura integrale del testo.

Di seguito si riporta l’indice del testo introduttivo e di preparazione al documento di programmazione, assolutamente interessante e funzionale alla stesura del Piano sociale regionale, nonché le parti ritenute più importanti per la comprensione dell’azione regionale.

PARTE 1. VIVERE IN ABRUZZO. Le caratteristiche del territorio, la struttura demografica, le dinamiche della popolazione

- 1.1. Territori e dimensioni socio-economiche
- 1.2. Dinamiche demografiche e fabbisogni per ambito distrettuale e provincia
- 1.3. Bisogni sociali e di salute
- 1.4. Bisogni emergenti di rilevante impatto sociale

PARTE 2. CITTADINI E SERVIZI. Il sistema attuale dei servizi sociali e gli impatti dei Piani sociali e di zona

- 2.1. Il quadro d’insieme della rete dei servizi sociali e socio-sanitari
- 2.2. Il ruolo del volontariato e del terzo settore

PARTE 3. INVESTIRE NEL SOCIALE. Analisi della spesa sociale in Abruzzo.

- 3.1. Il quadro delle risorse investite per i Piani di zona dei servizi sociali
- 3.2. La spesa sociale e gli impatti sulla programmazione

PARTE 4. RIPROGRAMMARE IL SOCIALE. Divari e potenzialità della programmazione regionale e zonale

PARTE 3. INVESTIRE NEL SOCIALE. Analisi della spesa sociale in Abruzzo.

3.1. Il quadro delle risorse investite per i Piani di zona dei servizi sociali

Le risorse investite dalla Regione Abruzzo per le politiche sociali nel periodo di vigenza del Piano Sociale Regionale 2011-2013, prorogato al 2016, afferiscono a diverse fonti di finanziamento, quali:

1. Fondo Sociale Regionale (FSR), finanziato sulla base della L.R. 135/1996, suddiviso in quota destinata ai Comuni singoli, in quota per gli Ambiti territoriali sociali (compreso il fondo per minori in istituto) e in quota per interventi diretti e le Azioni di sistema;
2. Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), interamente devoluto agli Ambiti per il finanziamento per i Piani di zona dei servizi sociali;
3. Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNNA), interamente devoluto agli Ambiti per il finanziamento per i Piani Locali per la Non Autosufficienza (PLNA), strumento complementare e sussidiario del Piano di zona;
4. Fondi derivanti dagli ex FAS ed ex PAIN, utilizzati negli anni 2011-2015 a compensazione dei minori trasferimenti nazionali e regionali (nel periodo di vigenza del Piano Sociale Regionale si è registrata, in particolare negli anni 2011-2013, una sensibile diminuzione sia del Fondo Nazionale Politiche Sociali che del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze);
5. Fondi derivanti dal Fondo Sociale Europeo per la gestione dei servizi di inclusione sociale (non quantificati nelle tavole successive);
6. Fondi ex FAS e FSC per gli obiettivi di servizio, trasferiti per i servizi di asilo nido (non computati nelle tavole successive).

La Tavola 47 evidenzia le risorse complessivamente investite dalla Regione Abruzzo nel quinquennio, che ammontano a un totale di € **117.643.568,67**, cui vanno aggiunte le risorse stanziare dai Comuni (tale dato è disponibile attualmente solo per l'anno 2014). La Tavola mostra anche il definanziamento subito nell'anno 2012 quando i Fondi FNPS e FNNA sono stati quasi azzerati dallo Stato; per tali somme la Regione ha trovato una sostanziale compensazione con i Fondi ExPAIN, che sono stati ripartiti ma che alla data del 31.12.2015 erano ancora da erogare. Complessivamente per il periodo in esame, con il concorso dei Fondi exFAS ed exPAIN, il fabbisogno atteso dagli Ambiti sociali è stato sostanzialmente soddisfatto. Nonostante il calo dei trasferimenti nazionali, le risorse aggiuntive messe a disposizione con altri strumenti di finanziamento hanno reso possibile un finanziamento su valori sostanzialmente costanti.

PARTE 4. RIPROGRAMMARE IL SOCIALE. Divari e potenzialità della programmazione regionale e zonale

Risale al 1998 l'ultima legge sulle politiche sociali in Abruzzo, la legge regionale 22, anticipatrice rispetto a quanto si sarebbe poi stabilito a livello nazionale con la l. 328/00. Eppure la Regione ha sofferto negli anni rallentamenti, criticità che ne hanno frenato lo sviluppo in termini di politiche dei servizi, nonostante numerosi atti normativi e, da ultimo, le Linee guida per la riforma delle "Il sociale per crescere".

Questo Profilo sociale ci consegna elementi importanti per costruire una nuova programmazione dei servizi radicata nei cambiamenti, le risorse presenti, le criticità. L'attuale difficile fase che i servizi alla persona stanno attraversando rappresenta, forse, il momento buono per rilanciare la programmazione in modo non idealistico, ma con occhi disincantati. Utilizzando ciò che l'esperienza ha messo a frutto, il capitale sociale e metodologico che si è costruito, a partire dalle dinamiche in atto e dai cambiamenti in corso.

La programmazione dei servizi ha seguito una parabola di sviluppo, di maturità e di evoluzione. Si sono precisati gli strumenti della programmazione, sono cresciute le esperienze di sperimentazione di progetti, che hanno rappresentato ambiti di comunicazione e confronto.

La programmazione sociale oggi passa soprattutto di Piani di zona, con un compito che è, tra gli altri e forse soprattutto, la ricomposizione delle risposte, facendosi promotrice di connessioni, collegamenti, con uno sguardo ampio sui problemi nelle diverse fasi della vita, sui temi della vita individuale, familiare e associata. E' questa una delle principali scommesse che il nuovo Piano intende lanciare. A partire dai dati di realtà che questo profilo ci restituisce e che riassumiamo nella tavola che segue.

La scansione è quella che abbiamo utilizzato nell'analisi del sistema di offerta per macro livelli di servizio.

Tavola 56 – Confronto fra domanda sociale e offerta dei servizi in Abruzzo

1. Accesso e presa in carico da parte della rete assistenziale

- La percentuale di utenti che accede ai servizi sociali comunali risulta essere pari al 3,5% considerato sul totale delle famiglie
- È in crescita il dato relativo alle persone con disabilità, in gran parte (il 73%) trattasi di invalidi totali
- Il dato relativo alla presenza di malattie croniche sembra mettere in evidenza in Abruzzo una maggiore propensione alla multi-cronicità
- La continua e progressiva crescita della popolazione over 65enne (+ 40,4% nel 2035 secondo le proiezioni ISTAT) evidenzia una tendenza all'aumento del carico sociale
- Presenza diffusa di segretariato sociale e servizio sociale professionale sul territorio e negli Ambiti sociali, sebbene le risorse del Sistema di accesso risultano ancora molto contenute (10% del totale della spesa sociale)
- Stabilità delle attività di informazione e presa in carico sociale negli ultimi 5 anni
- Limitata spesa sociale dedicata ai primi accessi (PUA e PIS) e ai servizi di accesso e accompagnamento

2. Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio

- La maggior parte degli utenti intercettati dai servizi sociali comunali rientra all'interno della voce "Assistenza domiciliare socioassistenziale"
- I servizi domiciliari risultano, tuttavia, usufruiti da una quota ancora minoritaria di popolazione target soddisfacendo così solo una porzione ristretta della domanda
- Buona (se paragonata con l'Italia) dotazione di servizi domiciliari per minori e disabili, discreta quella per il Sad per anziani, buona quella in Adi
- Presenza del mercato privato della cura (badanti) ampiamente deregolato

3. Servizi a carattere comunitario e per la prima infanzia

- La domanda potenziale è rappresentata da 31.919 bambini in età 0-2 anni, pari al 2,4% sul totale della popolazione
- È un dato che le più recenti stime ISTAT prevedono, tuttavia, in diminuzione: -1,2% nel 2025 e -5,8% nel 2035
- Il tasso di natalità è, infatti, diminuito da 8,7 bambini nati ogni 1000 abitanti nel 2005 a 7,7 nel 2015: la diminuzione delle nascite non riesce più a compensare il dato sulle persone decedute, nonostante il ricambio con la popolazione immigrata
- Limitata capacità ricettiva negli asili nido
- Disomogenea dotazione di asili nido sul territorio
- Presenza di servizi integrativi, la cui consistenza rimane da valutare
- Discreta diffusione dei Centri diurni per minori, disabili e anziani

4. Servizi a carattere residenziale

- Nell'ambito delle strutture residenziali gestite dai servizi sociali comunali, i principali utenti raggiunti si trovano all'interno dell'area "famiglie e minori" e "anziani"
- L'utenza per l'"area disabili" assorbe una quota di utenza minoritaria, seppur comunque in continua crescita
- La capacità ricettiva nei servizi residenziali è sensibilmente calata negli ultimi anni, per tutte le utenze
- Il sistema delle residenze in Abruzzo è in grado di accogliere solo in parte una domanda in crescita (anziani)
- Servizi intermedi (comunità protette, dopo di noi, ecc.) hanno ancora una limitata diffusione

5. Inclusione sociale e sostegno ai redditi

- Aumento della domanda di inclusione sociale intercettata dai Servizi sociali di base

- L'Istat ha calcolato che quasi un terzo della popolazione abruzzese nel 2014 (29,5%) è a rischio di povertà o esclusione sociale. Pesa il dato sulla povertà minorile.
- I dati confermano una multidimensionalità del bisogno delle persone in situazione di povertà che richiede la necessità di servizi con una presa in carico “globale”
- Misure di sostegno alla povertà e ai redditi molto frammentate nei territori per regole di accesso e funzionamento
- Interventi ancora legati più a “progetti” (a termine) che a servizi, stabili e garantiti
- Rilevante impegno del terzo settore
- Crescente intervento di inclusione dei profughi e rifugiati.

Profilo sociale regionale

Altri elementi di criticità senza voler essere completi possono essere così indicati:

1. Una certa **frammentazione territoriale e programmatoria**: le 35 zone sociali, che ora in coincidenza con i distretti sanitari diventano 24, hanno rappresentato a lungo un elemento di frammentazione per la programmazione dei servizi, anche nella misura in cui ciascuna zona ha definito regolamenti e sistemi di accesso ai servizi diversificati o non li ha proprio definiti creando disuguaglianze nella fruizione dei servizi. Accanto a questo, la frammentazione delle programmazioni ha rischiato di burocratizzare e di disperdere o sovrapporre risorse (ad esempio, le programmazioni sganciate dal Piano di zona come i Piani locali per la non autosufficienza, gli interventi di erogazione diretta della Regione verso particolari tipologie di utenti, il Piano per la famiglia, tutti strumenti che non sempre risultavano coerenti con le strategie della programmazione sociale locale).
2. Una certa, e forse crescente, **distanza tra bisogni della popolazione e servizi**, un fatto che già veniva evidenziato nelle Linee guida regionali per la riforma delle politiche sociali, presentate a fine 2014. Il che riguarda sia il basso tasso di copertura dei servizi rispetto alla domanda potenziale di interventi, in particolare nell'area della non autosufficienza, sia la difficoltà ad adeguare e innovare i servizi operanti alle nuove caratteristiche del bisogno, in particolare delle famiglie con figli piccoli.
3. Una **integrazione sociosanitaria** ancora limitata, che con la nuova zonizzazione dovrebbe essere favorita in termini di nuove possibilità, nuovi canali, nuovi strumenti e un nuovo raccordo istituzionale-organizzativo, accanto ad azioni mirate al consolidamento della rete delle collaborazioni inter-istituzionali.
4. **Il ricorso, frequente, all'investimento su progetti**, anziché servizi, ossia su percorsi, anche innovativi e sperimentali, che hanno avuto il merito di aprire nuove strade e nuove modalità di raccordo tra pubblico e privato, che hanno allargato il perimetro dei servizi, ma non hanno consentito un consolidamento delle risposte.
5. **Un sistema informativo sociale debole**, frammentato, poco funzionale alla gestione e al governo dei servizi, a istruire decisioni di sistema, che certamente va fatto avanzare nella direzione di accrescere le informazioni sulla efficacia ed efficienze dei servizi alla persona, e quindi di mantenere un costante collegamento tra servizi e bisogni, valutandone corrispondenze, distanze, processi di vicinanza e di possibile allontanamento.

Le potenzialità della programmazione sociale nella Regione vengono oggi soprattutto dal nuovo processo di zonizzazione territoriale, che porterà a ridurre la frammentazione programmatoria attribuendo maggiori responsabilità sia in materia sociale che socio-sanitaria alla Conferenza dei Sindaci e ai Comitati dei Sindaci di Distretto.

SANITÀ

ABRUZZO

QUINTA COMMISSIONE CONSILIARE - RISOLUZIONE 30.06.2016, N. 12 - “Nuovo atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione della medicina Generale”. (BUR n. 36 del 14.9.16)

LA QUINTA COMMISSIONE CONSILIARE

PREMESSO che in data 13 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 16 ore al giorno (h 8-24) dal lunedì al venerdì e per 12 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 Funzionali Territoriali" (AFT - con bacino di utenza non superiore ai 30.000 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 un database che consentirà di accedere immediatamente al profilo sanitario dell'assistito;

PREMESSO 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 CUP;

RILEVATO 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;

PREMESSO che tra le numerose criticità da più parti evidenziate emerge con forza quella relativa al fatto che con il nuovo atto di indirizzo si sottrae ai cittadini, con l'abolizione delle guardie mediche, l'assistenza della medicina generale per le 8 ore notturne dei giorni feriali e per le 12 ore dei giorni festivi e pre-festivi e si prevede al contempo di utilizzare il 118 per semplici sintomi quali la febbre o un mal di pancia, rischiando così di lasciare scoperto quel paziente a cui il 118 può salvare effettivamente la vita;

VALUTATO che tale previsione normativa obbligherebbe i cittadini a recarsi al pronto soccorso per qualunque malore notturno, aumentando a dismisura le già lunghe attese presso gli ospedali, riducendo ancora di più le disponibilità di letti liberi e portando con molta probabilità ad un collasso del servizio del 118 per il sovraccarico di lavoro nelle ore notturne senza un adeguato supporto di personale sanitario;

CONSIDERATO inoltre che l'atto di indirizzo sopra richiamato modifica 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, tanto che è lecito non escludere che in nome delle

esigenze locali si possa assistere, non soltanto alle più disparate differenze tra le varie Regioni, ma anche ad un incremento del numero di assistiti per ciascun medico, con conseguente minore qualità delle prestazioni erogate ai cittadini;

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 che 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,

Tutto ciò premesso, considerato e rilevato

SI IMPEGNA

IL PRESIDENTE E LA GIUNTA REGIONALE

- **ad evidenziare** in tutte le sedi di confronto e di trattativa relative al nuovo atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione della Medicina Generale le criticità sopra richiamate ed esposte, supportando ogni utile iniziativa e proposta volta al loro più ampio superamento.

DGR 25.8.16, n. 551 - Progetti di ricerca sanitaria ex art. 12 e 12 bis del D lgs 502/1992 e s.m.i. - Bando ministeriale di Ricerca finalizzata e Giovani ricercatori 2013. Conclusione delle procedure per l'attivazione di n. 2 Progetti di ricerca presentati dalla Regione Abruzzo e finanziati dal Ministero della Salute: presa d'atto delle Convenzioni istituzionali n. 3/RF - 2013 - 02357552 e n. 199/RF - 2013 - 02358785 sottoscritte con il Ministero della Salute; approvazione delle convenzioni regionali attuative. (BUR n. 118 del 16.9.16)

Note

Viene preso formalmente atto delle Convenzioni istituzionali n. 3/RF - 2013-02357552 e n. 199/RF-2013-02358785 (allegati 1 e 2 alla presente deliberazione a farne parte integrante e sostanziale) sottoscritte tra il Ministero della Salute, la Regione Abruzzo ed i Principal investigator interessati, convenzioni regolanti l'affidamento e lo svolgimento dei seguenti progetti di ricerca sanitaria ex artt. 12 e 12 bis del D lgs 502/1992 e s.m.i., di cui al Bando ministeriale Ricerca finalizzata e Giovani ricercatori 2013:

- WFR RF - 2013- 02357552 - Assessment of the pathobiological role, diagnostic, and predictive value of the novel cytokine il-30 in prostate cancer
Analisi del ruolo pato-biologico e del valore prognostico e predittivo della nuova citochina interleuchina - 30 nel cancro della prostata-
Principal investigator (ricercatore proponente) Dott. ssa Emma Di Carlo Università G. D'Annunzio Chieti - Pescara - Finanziamento ministeriale € 420.414,00;
- WFR RF - 2013- 02358785 - Effects of multimodal training on cognition, biomarkers, rs-FMRI and brain structural integrity in MCI patients
Effetti del training multimodale su cognizione, biomarkers rs- rmf e sull'integrità strutturale del cervello di pazienti affetti da mild cognitive impairment MCI -
Principal investigator (ricercatore proponente) Dott. Stefano Sensi Università G. D'Annunzio Chieti - Pescara convenzionato con la ASL di Pescara - Finanziamento ministeriale € 366.368,00.
Vengono approvati gli schemi di convenzione attuative (All. 3 e 4 parti integranti e sostanziali del presente provvedimento) tra la Regione Abruzzo e le altre istituzioni regionali interessate allo svolgimento dei progetti di ricerca.

DECRETO 23.05.2016, N. 47 - Screening oncologici della mammella, colon retto e cervice uterina. Costituzione Comitato unico regionale di coordinamento ed attivazione tavoli tecnici. (BUR n. 118 del 16.9.16)

Note

Viene costituito presso il Dipartimento per la Salute e il Welfare il “Comitato unico regionale di coordinamento per lo screening della mammella, colon retto e cervice uterina” così composto:

- Cabina di regia con funzioni di governance, indirizzi generali, analisi criticità e indirizzi finalizzati alla individuazione di un modello organizzativo unico regionale di erogazione delle prestazioni di screening costituito da:
 - Dott.ssa Stefania Melena Dirigente del Servizio della Prevenzione e Tutela Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare - Coordinatore del riferito Comitato regionale;
 - Dott.ssa Manuela Di Giacomo Responsabile dell’Ufficio Prevenzione e Tutela Sanitaria del Servizio della Prevenzione Tutela Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare;
 - Referenti aziendali con responsabilità di coordinamento e programmazione in materia di screening:
 - Asl Avezzano-Sulmona-L’Aquila - Dott.ssa Alisia Macerola;
 - Asl Pescara - Dott.ssa Maria Carmela Minna;
 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti - Dott.ssa Donatella Caraceni;
 - Asl Teramo - Dott.ssa Maria Mattucci;
 - Dott. Adriano Murgano, Funzionario Medico esperto epidemiologo - Responsabile dell’Ufficio Governo dei Dati e Flussi Informativi del Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare;
 - Ing. Camillo Odio, Funzionario Ingegnere Informatico - Responsabile dell’Ufficio Sanità digitale e ICT del Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale del Dipartimento per la Salute e il Welfare;
 - Dott.ssa Tiziana Di Corcia, Funzionario Medico specialista in Igiene e Sanità Pubblica dell’Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo ASR;
 - Direttori Sanitari Aziendali individuati nei dott.ri :
 - Asl Avezzano-Sulmona-L’Aquila - Dott.ssa Maria Teresa Colizza
 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti - Dott. Vincenzo Orsatti
 - Asl Pescara - Dott. Valterio Fortunato
 - Asl Teramo - Dott.ssa Maria Mattucci, già individuata con responsabilità aziendale di coordinamento e programmazione in materia di screening;
- Tavoli tecnico-scientifici per ciascuno degli screening della mammella, colon retto e cervice uterina così composti:
 - Tavolo tecnico screening mammella:
 - Asl Avezzano-Sulmona-L’Aquila - Dott.ssa Antonietta Ciccozzi
 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti - Dott.ssa Marzia Muzi
 - Asl Pescara - Dott. Arcadio Damiani
 - Asl Teramo - Dott. Fabrizio Capone
 - Tavolo tecnico screening cervice uterina:
 - Asl Avezzano-Sulmona-L’Aquila - Dott.ssa Solidea Saltarelli
 - Asl Pescara - Dott. Sandro Mosca
 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti - Dott.ssa Donatella Caraceni
 - Asl Teramo - Dott. Carmine Fortunato
 - Tavolo tecnico screening colon retto:
 - Asl Avezzano-Sulmona-L’Aquila - Dott. Antonio Sedici
 - Asl Pescara - Dott. Alessandro Della Ciucca
 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti - Dott.ssa Franca Maria Lattanzio
 - Asl Teramo - Dott. Antonio Astolfi e Franco di Gaetano
 - Tavolo tecnico con funzioni di tipo gestionale ed informatico/statistiche per l’implementazione e armonizzazione dei sistemi informativi per gli screening, per l’omogeneizzazione della raccolta

sistematica dei dati da parte delle AASSLL e per la verifica della qualità degli stessi in base a quanto stabilito nel documento F2 dell'ONS ed agli indicatori di performance e di impatto previsti nei questionari delle Survey GISCi, GISCoR e GISMa;

- Dott.ssa Donatella Caraceni - Referente aziendale della Asl Lanciano-Vasto-Chieti con funzioni di responsabilità e coordinamento in materia di screening, in qualità di esperta dell'utilizzo degli indicatori di performance e di impatto previsti nei questionari delle Survey GISCi, GISCoR e GISMa;
- Dott. Adriano Murgano, Funzionario Medico esperto epidemiologo - Responsabile dell'Ufficio Governo dei Dati e Flussi Informativi del Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare, in qualità di referente del flusso dati ai fini della verifica degli adempimenti LEA;
- Dott.ssa Antonia Petrucci, Funzionario Informatico dell'Ufficio Governo dei Dati e Flussi Informativi del Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare, in qualità di esperta del controllo di qualità dei dati sanitari;
- Ing. Camillo Odio, Funzionario Ingegnere Informatico - Responsabile dell'Ufficio Sanità digitale e ICT del Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale del Dipartimento per la Salute e il Welfare, in qualità di esperto cui è stata affidata l'informatizzazione degli screening oncologici attraverso l'acquisizione di un sistema unico regionale;
- I Responsabili dei Sistemi Informativi aziendali ove necessario;

Il "Comitato unico regionale di coordinamento per lo screening della mammella, colon retto e cervice uterina" espleta le proprie funzioni mediante la cabina di regia, avvalendosi della attività dei tavoli tematici di cui al punto precedente e tenuto conto delle proposte da essi elaborate.

Viene dato mandato alla Cabina di Regia, con il supporto dei tavoli tecnico-scientifici, di aggiornare, laddove necessario, le linee guida regionali di cui ai Decreti del Commissario ad Acta n. 100 del 11.12.2013 e n.150 del 9.12.2014 secondo le più recenti evidenze scientifiche.

Ai componenti del riferito comitato, trattandosi di compiti istituzionali, spetta a ciascuno, a carico dell'Ente di provenienza, il rimborso spese di vitto, viaggio e trattamento di missione secondo la normativa vigente, anche in caso di necessità di partecipazione ad incontri/ in sede

DECRETO 05.07.2016, N. 73 - Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2016. (BUR n. 118 del 16.9.16)

Note

Viene dato atto che gli erogatori privati erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale con i quali si procede alla negoziazione 2016 sono quelli di cui all'allegato 1 che forma parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia).

Viene autorizzato nella misura di euro 29.287.322,00 il tetto di spesa massimo complessivo relativo all'anno 2016 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale in favore di pazienti regionali ed extraregionali, ripartito tra le singole strutture private come indicato nell'allegato prospetto (Allegato 1), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.

DECRETO 05.07.2016, N. 76 - Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime residenziale, riabilitativo e psicoriabilitativo. integrazioni e rettifiche ai DD.CC.AA. 48/2016 e 49/2016. (BUR n. 118 del 16.9.16)

Note

Viene preso atto della intervenuta individuazione da parte della struttura competente dei termini endoprocedimentali e conclusivi dei nominati provvedimenti commissariali n. 48/2016 e 49/2016, e della conseguente necessità di integrare limitatamente a tali aspetti i menzionati provvedimenti e di

rettificare il decreto 49/ 2016 relativamente alla attestazione che la durata del medesimo si intende protratta fino al 30 settembre 2016, in ragione della complessità del procedimento stesso
Per l'annualità 2017, si procederà ai necessari adeguamenti, rideterminando conseguentemente gli importi assegnati a ciascuna struttura predefinitivamente accreditata, tenuto conto del tetto massimo di spesa individuato dal DCA 55/2016 ed approvato dai Ministeri affiancanti per l'annualità suddetta.

BASILICATA

DGR 2.9.16, n. 996 - D.G.R. 2060 del 22.12.2008 e D.G.R. 217 del 09.02.2010 - aggiornamento registro regionale delle autorizzazioni sanitarie - strutture sanitarie private - ed integrazione al sensi dell'art. 41, D.Lgs. 33/2013, alla data del 30 giugno 2016. (BUR n. 35 del 16.9.16)

Note

Viene aggiornato, in attuazione delle indicazioni operative di cui alla D.G.R. 2060/08, il Registro Regionale delle Autorizzazioni Sanitarie - strutture sanitarie private di cui alla D.G.R. 2250 del 29.12.2010, alla data del 30 giugno 2016, integrato ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 41, comma 4, del D.Lgs. 33/2013, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale.

CAMPANIA

DGR 22.9.16, n. 504 - D.G.R.C. N. 424 DEL 27 LUGLIO 2016 - Determinazioni. (BUR n. 63 del 26.9.16)

Note

Viene preso atto delle risultanze istruttorie relative al procedimento di nomina del Dott. Giampiero Maria Berruti quale Direttore Generale della ASL di Benevento e pertanto si dispone il ritiro delle determinazioni di cui alla delibera n. 424 del 27 luglio 2016 ed al verbale n. 28 del 27 luglio 2016.

DECRETO n. 98 del 20.09.2016 - Istituzione della Rete Oncologica Campana. (BUR n. 63 del 26.9.16)

Note

Viene istituita la Rete Oncologica Campana (ROC) ed approvare i PDTA di cui all'Allegato tecnico al presente decreto (a cui si rinvia).

DECRETO n. 99 del 22.09.2016 - Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018. (BUR n. 63 del 26.9.16)

PRESENTAZIONE

La Regione CAMPANIA, con il rinnovato governo regionale, ha avviato un processo di profonda revisione e di contestuale sviluppo del welfare, basato su una politica di integrazione socio-sanitaria e di programmazione e pianificazione dell'offerta dei servizi e degli interventi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, puntualmente illustrati e commentati da PANORAMA LEGISLATIVO ISTISS.

Il presente provvedimento, quand'anche elaborato e disposto in regime di commissariamento, costituisce un modello di intervento che può essere considerato un manuale operativo, trattando di tutti gli aspetti e i complessi temi dalla prevenzione, promozione, tutela cura e riabilitazione della salute, intesa nella sua più completa definizione, quale quella del prof. Alessandro Seppli (“condizione di armonico equilibrio delle forze fisiche e psichiche dell'individuo dinamicamente integrato nella società in cui vive”).

Si riportano gli aspetti ritenuti più importanti, omettendo per quanto possibile tabelle e dati statistici, per i quali si rinvia alla lettura integrale del testo.

Viene approvato il Documento “*Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016 – 2018*” che, allegato al presente decreto (Allegato1), sostituisce integralmente il

documento di cui al DCA n. 18/2015;

PIANO REGIONALE DI PROGRAMMAZIONE DELLA RETE PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE 2016-2018

INDICE

PREMESSA

CAPITOLO 1 - Caratteristiche del territorio e organizzazione dell'assistenza in Regione Campania

1.1 - Il territorio

1.2 - La popolazione

1.3 - L'assistenza territoriale e l'allineamento degli Ambiti Territoriali

1.4 - L'integrazione socio-sanitaria

CAPITOLO 2 – Il Ruolo strategico del Distretto Sanitario

2.1 - Il Distretto Sanitario

2.2 – Ruolo, funzioni e forme organizzative

2.3 – Le competenze del Distretto Sanitario

2.4 – Forme organizzative del Distretto

2.5 - L'Ufficio Socio-Sanitario

2.6 – Assistenza territoriale agli stranieri

2.7- Le funzioni di governo del Distretto

2.8 – Diritti degli utenti e dei dipendenti e la partecipazione del cittadino

2.9 – Un modello regionale di riferimento per il superamento della

Legge regionale n. 32/94: il DCA n.67 del 14.07.2016 .

CAPITOLO 3 - Le nuove Articolazioni Organizzative del Distretto Socio - Sanitario

3.1 – Introduzione Pag.38

3.2 - Definizione, ruolo e normativa di riferimento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)

3.3 - Il governo delle nuove articolazioni organizzative dell'assistenza territoriale

3.4 - Finalità delle nuove articolazioni organizzative dell'assistenza territoriale

3.5 - Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

3.5.1 - Definizione e caratteristiche generali

3.5.2 - Bacino di utenza, numero di AFT e orario di attività

3.5.3 - Compiti e funzioni

3.5.4 – Scopi

3.5.5 – Coordinamento

3.5.6 - Sistema informatico e informativo

3.5.7 - Fondo di AFT

3.6 - La Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)

3.6.1 - Definizione e caratteristiche generali

3.6.2 - Bacino di utenza e orari di attività

3.6.3 - Compiti e funzioni

3.6.4 - Modalità di Accesso

3.6.5 – Scopi

3.6.6 - Collegamento ed integrazione con le altre strutture sanitarie e sociosanitarie

3.6.7 – Coordinamento

3.6.8 - Sistema informatico ed informativo

3.6.9 - Partecipazione dei cittadini e delle associazioni di volontariato

3.6.10 - Articolazione della struttura in tre aree

3.6.11 - Criteri e individuazione delle sedi in cui realizzare le UCCP e le SPS

3.6.12 – Le UCCP programmate

3.7 - La Unità Complessa di Cure Primarie Pediatrica

3.7.1 - Caratteristiche generali

3.7.2 – Scopi

3.7.3 – Funzioni della UCCP Pediatrica

3.7.4 – UCCP Pediatriche programmate

3.8 - La Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS)

3.9 – Gli Ospedali di Comunità (OdC)

3.9.1 - Definizione e caratteristiche generali

3.9.2 - Target, tipologia e durata del ricovero

3.9.3 – Scopi

3.9.4 - Modalità di ammissione

3.9.5 - Tipologia di prestazioni e elementi chiave

CAPITOLO 4 - Area della Fragilità

4.1 - La Cronità

4.1.1 – Introduzione

4.1.2 - La promozione della salute, l'educazione sanitaria e la diagnosi precoce

4.1.3 - La rete di assistenza e il riequilibrio territorio-ospedale

4.1.4 - Il sistema informativo

4.1.5 - Il ruolo del Distretto Sanitario e le Cure Domiciliari

4.1.6 - La presa in carico dell'assistito

4.1.7 – Finalità

4.1.8 – Gli Strumenti per l'integrazione e la gestione delle cronicità: i Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)

4.1.9 – Partecipazione alla Rete Oncologica Regionale

4.2 - La Disabilità

4.2.1 – Introduzione

4.2.2 – Presa in carico riabilitativa precoce e continuità assistenziale

4.2.3 – Lo strumento operativo per la presa in carico precoce e la continuità assistenziale: L'Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UVBR) ospedale-territorio

4.2.4 – Il Piano di indirizzo nazionale e linee guida regionali

4.2.5 – La unità di valutazione del bisogno riabilitativo integrata ospedale - territorio

4.2.6 – Composizione delle UVBR

4.2.7 – Scopi

4.2.8 – La presa in carico dei soggetti disabili in età evolutiva

4.2.9 – La presa in carico del minore con disabilità: stato attuale

4.2.10 – L'Integrazione Ospedale - Territorio

4.2.11 – Il ruolo dei servizi ospedalieri e delle strutture intermedie

4.3 - La “Non Autosufficienza”

4.3.1 – Introduzione

4.3.2 – La Domiciliarità

4.3.3 – La Residenzialità

4.3.4 – Le RSA Anziani

4.3.5 – Le RSA Disabili

4.4 – Le SUAP

CAPITOLO 5 - Area Materno-infantile

5.1 – I Consultori

5.2 – L'area Giuridica (minori e famiglie)

5.3 – L'Area Adolescenti

5.4 – Il percorso nascita

5.5 – L'area vaccinale pediatrica

5.6 – La salute della donna

5.7 – La rete Consultoriale

CAPITOLO 6 - Area della Prevenzione

6.1 – Il Dipartimento di prevenzione**6.2 – Compiti del Dipartimento di Prevenzione****6.3 – Aree di particolare interesse**

6.3.1 – Registro Tumori

6.3.2 – Piano Regionale della Prevenzione

6.3.3 – Vaccinazioni

6.3.4 – Terra dei Fuochi

CAPITOLO 7 - Area della Salute Mentale**7.1 – Premessa****7.2 – La Salute mentale in età adulta****7.3 – Il modello organizzativo: Il Dipartimento di Salute Mentale****7.4 – I programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi****7.5 – La residenzialità psichiatrica****7.6 – Area di particolare interesse: I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)**

7.6.1 – Introduzione

7.6.2 – La realizzazione della rete di assistenza e il coordinamento regionale

7.6.3 – Scopi della rete

7.6.4 – I nodi della rete

7.7 – L'emergenza psichiatrica**7.8 – La salute mentale in area penale****CAPITOLO 8 - AREA DEI MINORI CON DISTURBI NEUROPSICHIATRICI****8.1 – Il perché di una specifica area**

Pag.127

8.2 – I Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.NP.I.A.)

8.2.1 – Strategie e caratteristiche organizzative dei Nuclei territoriali di Neuropsichiatria infantile e Adolescenti

8.3 – Indirizzi Operativi**8.4 – Aree di particolare interesse**

8.4.1 – I Disturbi dello Spettro Autistico

8.4.2 – L'uniformità della prestazione assistenziale distrettuale

CAPITOLO 9 - Area delle Dipendenze**9.1 – Contesto normativo****9.2 – L'evoluzione del Sistema di Offerta – Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.D.)****9.3 – Epidemiologia delle dipendenze****9.4 – Il modello dipartimentale****9.5 – Obiettivi del Dipartimento per le Dipendente****9.6 – I livelli di complessità assistenziale****9.7 – Are di particolare interesse: Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)**

9.7.1 – Introduzione

9.7.2 – L'osservatorio regionale e aziendale

9.7.3 – Scopi

9.7.4 – Importanza dei sintomi "sentinella"

9.7.5 – L'assetto organizzativo dei servizi per le dipendenze

9.7.6 – Il ruolo delle associazioni di volontariato e del Terzo settore

9.7.7 – L'attivazione di posti residenziali

9.7.8 – Il potenziamento dei servizi e azioni di contrasto alle dipendenze

9.8 – Le strutture per le Dipendenze**CAPITOLO 10 - Area delle cure palliative e fine vita****10.1 – I Centri residenziali per le cure palliative - Hospice**

10.1.1 – Introduzione

10.1.2 – La rete delle cure palliative e il modello di assistenza adottato

10.1.3 – L’uniforme sviluppo territoriale di centri residenziali per le cure palliative

10.1.4 – La rete di assistenza al paziente pediatrico

10.1.5 – Scopi

CAPITOLO 11 – Area Medicina Legale

11.1 – Le modifiche di attività

11.2 – Le funzioni attuali

11.3 – Le nuove funzioni

CAPITOLO 12 – La Sanità Penitenziaria

12.1 – Premessa normativa

12.2 – L’organizzazione

12.3 – La presa in carico

12.4 – L’offerta sanitaria

CAPITOLO 13 – Area della farmaceutica territoriale

CAPITOLO 14 - L’utilizzo dei Fondi Strutturali Europei 2014-2020 e dei Finanziamenti Europei Diretti

14.1 - Introduzione

14.2 - Il contesto di riferimento

14.3 - Le linee programmatiche

14.4 - Procedure attuative

ALLEGATI

Allegato A - Scheda Sinottica ASL di Avellino

Allegato B - Scheda Sinottica ASL di Benevento

Allegato C - Scheda Sinottica ASL di Caserta

Allegato D - Scheda Sinottica ASL di Napoli 1

Allegato E - Scheda Sinottica ASL di Napoli 2 Nord

Allegato F - Scheda Sinottica ASL di Napoli 3 Sud

Allegato G - Scheda Sinottica ASL di Salerno

PREMESSA

L’inversione della piramide demografica ed il mutato scenario epidemiologico impongono da tempo di riorganizzare l’assistenza territoriale, ovvero il primo livello di contatto della persona, della famiglia e dell’intera comunità con il Servizio Sanitario Regionale.

Negli ultimi 20 anni l’aumento della popolazione anziana anche in Campania ha determinato un incremento delle malattie croniche e invalidanti, delle polipatologie e della non autosufficienza; a tale cambiamento del quadro nosologico generale si è affiancato il continuo progresso in campo tecnologico e terapeutico, il variare del contesto sociale di riferimento ed il crescente assorbimento di risorse in campo sanitario.

L’insieme di questi fenomeni ha determinato da un lato una crescita inarrestabile del consumo di risorse economiche in sanità senza un corrispettivo incremento del livello di salute dei cittadini campani, dall’altro la sempre più inderogabile necessità di assicurare livelli di appropriatezza, declinati in contesti di cure e setting assistenziali adeguati, finalizzati all’erogazione di un’assistenza di qualità, capace anche di aver riguardo al contenimento della spesa. La centralità dell’assistenza ospedaliera è stata finalmente riposizionata in un contesto culturale che rivaluta la necessità di riequilibrare l’offerta sul fronte territoriale che, dunque, deve necessariamente essere riorganizzato, senza perdere di vista l’indispensabile rapporto di integrazione che deve continuare a realizzarsi con l’assistenza ospedaliera. Fa da contraltare a questo riequilibrio verso l’ospedale, la forte progressione in integrazione, nell’ambito sanitario, della quota sociale: le relazioni con l’Ente Locale sono diventate strutturali, quotidiane, tese a superare la frattura assistenziale nelle tematiche complesse, in cui non può essere francamente individuato il limite tra il bisogno sanitario e quello socioassistenziale.

Vi è dunque un nuovo “Territorio” che si dipana tra Ospedale e Comune/Municipalità che deve trovare moderni modelli di organizzazione per dare risposte efficaci ad una domanda sempre più complessa e specialistica, su fronti di cure impegnative ed innovative.

Un lungo periodo di tempo separa però la Sanità Campana di oggi dalla Legge Regionale n. 32/94 che dettava le prime indicazioni organizzative in ambito territoriale, oggi, dunque, necessariamente da riconfigurare, sia per garantire la modernizzazione di processi alla luce degli sviluppi e del cambiamento della domanda sanitaria territoriale, sia per consentire l’adesione a nuovi dispositivi di legge che rivoluzionano in particolare le Cure Primarie, sia per rendere attiva una sanità di prossimità, di domiciliarizzazione e di umanizzazione delle Cure, che per prendere in carico efficacemente una serie di patologie che stanno modificando profondamente il loro impatto epidemiologico, senza pesare sulla gestione ospedaliera.

Occorre ridefinire e riconfigurare il Distretto Sanitario ed i Dipartimenti Territoriali previsti dalla norma, a cui riconfermare con forza in Regione Campania la mission istituzionale determinata dalle leggi vigenti, fornendo le Aziende Territoriali di strumenti e modelli di riferimento, garanti della presa in carico e dell’equità delle prestazioni sull’intero territorio regionale, pur nel rispetto delle autonomie organizzative delle ASL.

La recente emanazione del Decreto n. 33/2016 “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 79/2015 2016-2018” con l’individuazione delle reti e dei nodi assistenziali permette di programmare in maniera comparata e parallela l’assetto del Territorio con il presente Documento.

Entrambi saranno lo strumento di programmazione per la Regione Campania per il prossimo triennio, durante il quale la Campania potrà uscire dalla fase del Commissariamento e proseguire in autonomia su binari tracciati e condivisi, costruiti nel rispetto delle norme, della modernità assistenziale, del bisogno di salute della popolazione di riferimento, dei vincoli economici e delle nuove opportunità.

I vincoli di bilancio a cui la Regione Campania è sottoposta dal 2008 hanno a lungo sacrificato le dinamiche assistenziali, sia in termini di risorse umane che tecnologiche: ciò ha pesato soprattutto sulle attività territoriali. Il territorio è stato per lunghi anni sacrificato in termini di personale e di tecnologie, a vantaggio delle strutture ospedaliere che nel contempo soffocavano per una domanda impropria. Il coraggio di riposizionare personale e dotazioni tecnologiche in funzione di una nuova programmazione potrà finalmente dare respiro ad un Territorio, grosso polmone di assistenza a costi più contenuti e non per questo con risposte meno adeguate.

Nasce da questa convinzione la volontà della Struttura Commissariale nominata con Delibera del Consiglio dei Ministri del 11.12.2015 di voler dotare la Regione Campania di un Piano Regionale di Programmazione della Rete per l’Assistenza Territoriale.

La riorganizzazione sistematica e qualificata della medicina del territorio, quale livello di assistenza in sintonia con le attese e i bisogni dei cittadini, richiede dunque di abbandonare la visione ospedalocentrica, che ancora oggi contraddistingue la sanità campana, realizzando un Distretto Sanitario forte, in grado di essere leader assistenziale, specialmente nelle aree della cronicità, della fragilità e della non autosufficienza.

Il Distretto Sanitario deve infatti rappresentare il luogo privilegiato per lo sviluppo ed il coordinamento delle reti e del lavoro integrato in team, per l’adozione di percorsi di cura ed assistenza in integrazione e continuità tra di loro (servizi sociali - servizi sociosanitari – servizi sanitari territoriali e servizi sanitari ospedalieri) nell’ottica della presa in carico globale del cittadino e della attivazione di risposte calibrate sul reale bisogno di salute, spostando l’attenzione dalla malattia alla persona e sviluppando l’approccio del “*prendersi cura*” e della “*personalizzazione degli interventi*”.

Nel nuovo assetto della sanità campana, quindi, il presente Piano prevede che il fulcro centrale dei processi assistenziali sia rappresentato dal Distretto Sanitario che dovrà assumere un ruolo cardine nella conoscenza del reale bisogno di salute della popolazione di riferimento e nel facilitare l’integrazione e il collegamento con gli ulteriori nodi della rete, consentendo all’ospedale di perdere

le attuali caratteristiche “generaliste” e di diventare sempre più specializzato e tecnologicamente dotato per la cura delle acuzie, delle urgenze e delle emergenze.

Al fine di onorare il proprio ruolo il Distretto Sanitario campano dovrà essere in grado di adottare a pieno il “*paradigma dell’iniziativa*” ovvero quel modello di assistenza orientato alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali (il paziente diventa co-artefice del processo di cura), familiari e sociali, lasciando al solo ospedale l’adozione del “*paradigma dell’attesa*”, ovvero quel modello di assistenza ad elevata standardizzazione ed intensività che si attiva in presenza di un nuovo evento.

Diversi studi hanno ormai dimostrato che i sistemi sanitari maggiormente orientati sull’assistenza territoriale assicurano outcomes di salute e livelli di equità nell’accesso alle cure superiori ai sistemi che privilegiano il setting ospedaliero e, aspetto non trascurabile, con maggiore soddisfazione dell’utente e costi più contenuti.

Appare, pertanto, non ulteriormente rinviabile rimodulare l’offerta assistenziale territoriale sviluppando nuovi modelli organizzativi (delle cure primarie) che siano in grado di transitare dalla frammentarietà degli interventi alla globalità dell’approccio superando l’attuale modalità operativa individuale e autoreferenziale dei vari professionisti e ampliando l’assistenza domiciliare e la possibilità delle cure intermedie.

Il presente piano è stato definito in linea con i Programmi Operativi adottati dalla Regione Campania con lo scopo di garantire i LEA distrettuali in maniera uniforme sull’intero territorio. La sua attuazione richiede necessariamente il coinvolgimento e la partecipazione delle comunità locali e, soprattutto, la realizzazione di un rapporto di partnership tra Azienda, MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali. L’obiettivo perseguito è quello di portare l’assistenza il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro del cittadino, anche attraverso lo sviluppo di servizi e strutture di prossimità che rappresentino una concreta alternativa al ricovero ospedaliero, nell’ottica della continuità delle cure e dello sviluppo delle reti.

In definitiva, la crescente consapevolezza del cambiamento dei reali bisogni di salute impone di spostare il baricentro della risposta sanitaria dall’ospedale al territorio che dovrà essere in grado di affrontare la cronicità, la complessità e la fragilità.

Le dinamiche demografiche in Campania

Di seguito si riportano i risultati relativi alla Campania per alcuni indicatori demografici selezionati tra le aree tematiche analizzate nel Rapporto OsservaSalute 2015. Questi, da un lato dimostrano come anche in Campania il ricambio generazionale non sia più garantito e, dall’altro, come a livello regionale la speranza di vita alla nascita e il tasso di mortalità siano ancora sensibilmente lontani dal valore nazionale.

In regione Campania il tasso di fecondità totale, nel 2015, è pari a 1,35 figli per donna (valore nazionale 1,39 figli per donna) risultando inferiore al valore che garantirebbe il ricambio generazionale, corrispondente a circa 2,1 figli per donna.

Nell’intero periodo in esame si osserva che la ripresa del livello di fecondità che si registra a livello nazionale fino al 2010 mostra in Campania un andamento caratterizzato da valori più alti rispetto ai dati dell’Italia fino al 2009 e da valori più bassi dal 2010 al 2015. Considerando l’intero periodo, il tasso di fecondità in regione Campania è diminuito dell’8,2% contro un aumento a livello nazionale pari al +9,4%.

In regione Campania la speranza di vita alla nascita, nel 2015 (dati provvisori), è pari a 78,3 anni per gli uomini ed a 82,9 anni per le donne contro un valore nazionale pari a 80,1 anni per gli uomini e a 84,7 anni per le donne, valori minimi tra le regioni italiane. In termini di sopravvivenza è dunque ancora largamente evidente il vantaggio femminile (+4,6 anni).

Nell’intero periodo in esame per il genere maschile, si osserva, un trend della speranza di vita in aumento (+2,4 anni), con andamento simile a quello che si registra a livello nazionale, anche se con valori nettamente inferiori. Analogo andamento in aumento (+1,5 anni) si osserva anche per il genere femminile e, anche per le donne, i valori sono sempre inferiori rispetto a quelli che si

registrano in Italia. È da evidenziare come nel 2015 si registrino valori in diminuzione, per entrambi i generi, sia a livello regionale che nazionale.

In Campania i dati di mortalità relativi al 2012 risultano pari a 118,7/10.000 per gli uomini ed a 78,37/10.000 per le donne contro un valore nazionale pari, rispettivamente, a 105,4/10.000 e a 67,5/10.000. A livello regionale, nell'intervallo temporale 2006-2012, si registra per gli uomini un importante incremento (+10,5% vs un decremento a livello nazionale di -6,4%), mentre per le donne si registra una lieve diminuzione (-0,8% vs un valore nazionale di -1,8%). Per gli uomini, rispetto ai valori nazionali, i dati registrati si mantengono costantemente superiori ad eccezione del valore relativo a 10 anni orsono. Da evidenziare, inoltre, il netto incremento del tasso di mortalità maschile regionale osservato nel 2007. A livello nazionale, invece, dal 2006 al 2010 si osserva un andamento in diminuzione, mentre dal 2011 si osserva una maggiore stabilità del valore. Anche per il genere femminile i dati risultano sempre maggiori rispetto a quelli registrati a livello nazionale.

La lettura dei riportati indici suggerisce che diventa sempre più pressante l'esigenza di favorire il cambiamento adottando modalità assistenziali focalizzate sullo sviluppo dell'attività territoriale, considerando la maggiore incidenza e prevalenza di patologie croniche, esiti di patologie invalidanti, condizioni di pluripatologie, malattie dell'anziano.

La riorganizzazione dell'intero sistema Territoriale con un riequilibrio di relazioni tra questo, l'ospedale e l'Ente Locale, permetterà di garantirne più a lungo la sostenibilità, arginando sprechi ed inefficienze, migliorando la qualità dell'assistenza, non solo attraverso la dispensazione di farmaci innovativi o l'erogazione di una diagnostica sempre più complessa, ma attraverso la revisione dei processi assistenziali focalizzati su appropriatezza, PDTA, Valutazioni integrate del bisogno assistenziale, multidisciplinarietà, prossimità.

CAPITOLO 1 - Caratteristiche del territorio e organizzazione dell'assistenza in Regione Campania

1.1 - Il territorio

Il territorio della Regione Campania si sviluppa a ovest lungo il litorale della costa tirrenica e a est lungo l'Appennino Campano. La zona costiera comprende quattro golfi separati tra loro da grandi promontori (golfo di Gaeta, golfo di Napoli, golfo di Salerno e golfo di Policastro); nel golfo di Napoli sono presenti le isole di Capri, Ischia, e Procida; la zona montuosa comprende l'altopiano del Matese, i monti del Sannio, quelli dell'Irpinia, i Picentini, i Lattari e l'altopiano del Cilento. Le coste e le isole campane hanno una spiccata vocazione turistica per cui, nei mesi più temperati dell'anno, la popolazione effettiva aumenta considerevolmente; in particolare l'isola di Ischia, che già normalmente ha una popolazione residente di 64.031 ab., rappresenta la terza isola più popolosa d'Italia dopo la Sicilia e la Sardegna.

Al considerevole sviluppo delle coste si affianca la presenza di numerosi piccoli porti turistici e da diporto e di due grandi porti che rivestono un ruolo importante per il sistema industriale, commerciale e turistico. Questi ultimi si affacciano sulle città di Napoli e di Salerno e rappresentano importanti scali internazionali per la movimentazione delle merci, per il traffico petrolifero e quello crocieristico. Entrambi sono dotati di importanti stazioni marittime di cui quella di Napoli con i suoi 12 Km² di superficie e i dieci approdi per navi di medio e grande tonnellaggio è la più vasta dell'intero globo, mentre, quella di Salerno, di recente realizzazione, rappresenta un prestigioso monumento di architettura moderna progettato dall'architetto e designer iracheno Zaha Hadid.

La Campania è tra le regioni italiane a più alta biodiversità e tra le più interessanti dal punto di vista naturalistico e paesaggistico. Il 50,4% dei comuni della Campania è incluso nel sistema delle aree protette, per complessivi 367.548 ettari che rappresentano circa il 27% del territorio regionale.

Il territorio della regione si suddivide in cinque province, Napoli, Avellino, Benevento, Caserta, e Salerno; si estende su un suolo di 13.670,95 km² e confina a nord-ovest con il Lazio, a nord con il Molise e a est con la Puglia e la Basilicata.

La Campania è la 12ª regione italiana per superficie, il suo territorio rappresenta il 4,51% dell'intero territorio nazionale ed è per il 50,8% collinare, per il 34,6% montuoso e per il restante 14,6% pianeggiante

1.2 - La popolazione

La popolazione totale residente è pari a 5.850.850 abitanti (dato Istat all' 01/01/2016), è ripartita in 550 comuni ed ha una densità media di 428 abitanti per km² (media italiana: 200,84 ab/Km²), valori che portano la Campania ad essere la terza regione d'Italia per numero di abitanti e la prima per densità.

Dall'analisi della tabella n. 1 si evince che la provincia più popolosa della Regione è quella di Napoli con 3.113.898 abitanti (2.642,59 ab/km²), pari al 53,22% del totale, seguita dalle province di Salerno, Caserta, Avellino e Benevento

Si evidenzia, altresì, che all'interno delle diverse province la popolazione residente varia considerevolmente anche in relazione allo sviluppo delle attività presenti sul territorio, per cui risultano particolarmente popolate le zone dell'area metropolitana di Napoli, le aree contermini, e alcune zone del casertano.

Da un'elaborazione dei dati ISTAT presentata sul sito <http://www.tuttitalia.it> emerge che tra i primi 50 Comuni italiani per densità demografica sono compresi 29 comuni Campani appartenenti alle province di Napoli (inclusa la città di partenopea), di Caserta e di Salerno. Nella tabella e grafico che seguono, sono riportati i primi dieci comuni italiani ordinati per densità di popolazione.

Dall'analisi della tabella n. 3 si evince che la regione si caratterizza per una percentuale di popolazione tra 0-14 anni pari al 15,2% (vs un valore medio nazionale del 13,7%), tra i 15-64 anni pari al 66,9% (vs un valore medio nazionale del 64,3%) e oltre i 65 anni pari al 17,9% (vs un valore medio nazionale del 22,0%).

Per quel che riguarda le province, quella di Benevento presenta in percentuale il maggior numero di anziani con un valore pari al 22,1% (superiore al valore medio nazionale pari al 21,7%), mentre le province di Napoli e di Caserta mostrano, in percentuale, sul totale regionale, il minor numero di cittadini ultrasessantacinquenni residenti.

Dalla lettura analitica dei dati demografici per fasce d'età e degli indicatori di struttura della popolazione (indice di vecchiaia, indice di dipendenza anziani e indice di dipendenza strutturale) ripartiti per ASL e per singolo comune (cfr. anche schede di dettaglio negli Allegati) è possibile rilevare sensibili differenze rispetto ai valori standard nazionale, regionale e del mezzogiorno. Tali disomogeneità si registrano sia tra le diverse province della regione che tra i comuni appartenenti alla stessa provincia risultando che il beneventano e l'avellinese comprendono realtà che si caratterizzano per valori degli indici strutturali di gran lunga superiori a quelli sotto riportati. Tali differenze offrono utili spunti di riflessione da avere a riferimento per orientare una corretta programmazione sociale e sanitaria.

Di seguito vengono riepilogate le definizioni dei principali indicatori della struttura della popolazione:

L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. E' il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni e il numero di giovani fino a quattordici anni.

L'indice di dipendenza anziani è il rapporto percentuale tra gli anziani in età non attiva (65 anni e oltre) e quelli in età attiva (14-64 anni).

L'indice di dipendenza strutturale è il rapporto percentuale tra gli individui in età non attiva (0-14 anni + over 65 anni) e gli individui in età attiva (14-64 anni); indica quante persone ci sono in età non attiva ogni 100 di età attiva e fornisce una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione. Valori superiori al 50% indicano una condizione di squilibrio generazionale.

Al fine di garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale previsti nel Piano di rientro di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007, la Regione Campania ha adottato con la L. R. n. 16 del 28/11/2008 le misure di razionalizzazione degli Ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali prevedendo quattro aziende sanitarie, coincidenti con le province di Avellino, Benevento, Caserta e

Salerno e tre Aziende Sanitarie per l'area metropolitana e la provincia di Napoli. Con la successiva Deliberazione n. 504 del 20 marzo 2009, la Giunta Regionale ha operato una razionalizzazione anche dei territori distrettuali delle nuove Aziende Sanitarie Locali riducendo i distretti sanitari da 97 a 72. Tale ridefinizione ha però determinato un diverso assetto organizzativo di alcuni Ambiti Territoriali. Pertanto, al fine di consentire l'accesso ai sistemi di offerta sanitari, sociali e sociosanitari alle fasce più deboli della popolazione, perseguire l'omogeneità dei sistemi di erogazione dei servizi, l'uniformità dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e, al tempo stesso, l'omogeneità del sistema di gestione, organizzazione ed erogazione dei servizi territoriali di natura sociosanitaria, con la Deliberazione n. 320 del 03/07/2012 e successive modifiche (D.G.R. n. 144/2016) la Giunta regionale ha disposto il processo di riallineamento tra gli Ambiti Territoriali (n.68) e i Distretti Sanitari.

1.4 - L'integrazione socio-sanitaria

L'assistenza sociosanitaria è stata definita dal legislatore (art. 3 septies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.), quale l'insieme di attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

In regione Campania una molteplicità di fattori favoriscono elevati livelli di bisogno di natura complessa ovvero la sussistenza di condizioni di "fragilità" che possono essere affrontate solo attivando una risposta integrata di natura sociosanitaria.

L'analisi degli indicatori appartenenti all'area della valutazione economica, dell'istruzione e formazione, del mercato del lavoro, dell'inclusione sociale, della sicurezza e legalità, infatti, mostrano come i relativi valori risultino costantemente inferiori alla media nazionale incidendo in maniera rilevante sullo stato di salute dei cittadini.

Se poi a tali diseguaglianze si aggiungono l'invecchiamento della popolazione (marcato soprattutto nelle province di Avellino e Benevento, a sud di Salerno e nell'alto casertano), l'adozione di stili di vita non salutari (quali la diffusione del fumo, la sedentarietà, l'eccesso ponderale, il tasso di obesità infantile) e l'aumento delle patologie croniche, si comprende come risulti strategico adottare politiche integrate per la salute che consentano di superare definitivamente gli interventi di tipo settoriale e la frammentazione e duplicazione della risposta assistenziale, causa di inappropriatelyzza e spreco di risorse.

Nella realtà campana il Distretto Sanitario assume un ruolo di primaria importanza e unico riferimento delle Aziende per il raggiungimento degli obiettivi di integrazione. Le parole chiave, i punti cardine, gli imperativi categorici dell'assistenza dovranno essere rappresentati da equità, integrazione, coordinamento, continuità e presa in carico unitaria, globale, e individualizzata; quest'ultima dovrà avvenire sulla base della valutazione multidimensionale e della stesura del progetto assistenziale personalizzato integrando i settori delle cure e quelli dell'assistenza con l'obiettivo di aumentare la qualità di vita dei pazienti e, al tempo stesso, l'efficienza e sostenibilità del sistema.

Detta integrazione, perseguita sia a livello istituzionale che gestionale e professionale, riconosce nella programmazione condivisa, partecipata e unitaria, che si effettua rendendo tra loro complementari e coerenti il Programma delle attività territoriali distrettuale e il Piano di Zona, l'imprescindibile punto di partenza.

Per favorire il raggiungimento del citato obiettivo il presente Piano riconosce alle "reti" e ai "percorsi" il ruolo di strumenti organizzativi dell'integrazione e alla "presa in carico" il ruolo di strumento operativo.

In tale ottica vengono sviluppate diverse reti assistenziali che rappresentano l'insieme di servizi, attività e professionisti, tra loro interdipendenti ed organizzati in nodi, che ricompongono i propri interventi calandoli sul bisogno di assistenza della persona. Analogamente, per raggiungere una gestione complessiva di un determinato problema di salute, vengono privilegiati gli interventi multi-professionali e multidisciplinari. Infine, attraverso la realizzazione di una corretta presa in carico i

bisogni complessi, con necessità di assistenza continuativa e prolungata nel tempo da parte di diverse professionalità, ricevono una risposta globale ed unitaria.

CAPITOLO 2 – Il Ruolo strategico del Distretto Sanitario

2.1 - Il Distretto Sanitario

Al fine di rispondere alla funzione di committenza assegnata alle Aziende Sanitarie Locali è necessario recepire e valutare le istanze della comunità di riferimento. Tali istanze si concretizzano attraverso la stesura del Piano delle Attività Territoriali (PAT) redatto dai Direttori Responsabili dei Distretti e si esplicitano attraverso la funzione di produzione, assegnata alle unità organizzative interne ed accreditate.

Il Distretto Sanitario si conferma dunque come il centro del sistema dell'Assistenza Territoriale, centro di analisi del bisogno, di programmazione ed allocazione delle risorse, di individuazione dei punti di erogazione, di monitoraggio delle cure e degli esiti delle stesse, di relazioni operose con l'Ente Comune, attraverso l'Ambito di riferimento, di cooperazione con le altre macrostrutture aziendali, specie con i Dipartimenti strutturali (Prevenzione e Salute Mentale, nonché quello delle Dipendenze che la Regione Campania ha identificato quale Dipartimento autonomo), con tutta l'area ospedaliera, con i professionisti convenzionati che, in questo piano di riordino e di sviluppo, entrano a pieno titolo nel sistema delle Cure Primarie.

Per tale rilevante funzione il Distretto Sanitario va considerato quale macrolivello assistenziale.

Già il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 aveva previsto, per la prima volta, che si adottasse un nuovo equilibrio tra attività e risorse dedicate all'ospedale e quelle dedicate al Distretto: per la prima volta si prevedeva che al territorio fossero erogate più risorse di quelle previste per l'ospedale, suggellando la rilevanza strategica del Territorio con pari dignità rispetto al macrolivello assistenziale ospedaliero. Di fatti tale ripartizione di risorse, almeno in Regione Campania, non si è ancora realizzata.

Il Decreto Legislativo 229/99 rimanda alla competenza regionale l'organizzazione del Distretto: esso viene configurato come il sistema organizzativo al quale è riconosciuta la responsabilità di governare la domanda (ruolo di committenza, valutando servizi e bisogni) e assicurare la gestione dei servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione).

Il Distretto copre un bacino d'utenza minimo di 60.000 abitanti. Nelle tabelle allegate sono individuati i bacini di utenza dei Distretti della Regione Campania: solo in 18 di essi, per motivi di densità abitativa o di vincoli oro geografici, ci si attesta a un'utenza al di sotto del minimo stabilito.

2.2 - Ruolo, funzioni e forme organizzative

Il Distretto Sanitario rappresenta il luogo sanitario dell'assistenza quotidiana di prossimità, dove vengono ricomposti, a cura dei professionisti della salute, il bisogno e la domanda con l'offerta assistenziale, secondo processi di governance clinica, basati sull'Evidence Based Medicine (EBM), rispondenti principalmente a logiche di efficacia e di appropriatezza, nonché di umanizzazione e di integrazione.

Infatti, dalla capacità del Distretto di governare questi processi deriva appropriatezza di cure, governo economico della spesa territoriale (in ambito farmaceutico, diagnostico, riabilitativo) e utilizzo adeguato delle prestazioni per acuti, potendosi ipotizzare, infine, in una forma più completa, un ruolo addirittura di committenza del Distretto Sanitario rispetto all'Ospedale di riferimento. Rafforzare la relazione integrata Territorio-Ospedale rappresenterà per le Aziende Sanitarie un obiettivo strategico, più volte indicato, ancora scarsamente realizzato.

Il Distretto è la vera interfaccia tra utente e sanità. In questo ruolo assegnato al Distretto, fondamentale è la profonda conoscenza del territorio, non solo di carattere sanitario ma estesa a tutte le variabili demografiche, sociali, economiche, culturali, necessaria a interpretare i bisogni di popolazione, decodificare la domanda e predisporre gli adeguati servizi. Il Distretto è anche capofila di processi di interazione e cooperazione attraverso un dialogo continuo con i soggetti civici, la Municipalità, le Associazioni del territorio con i cui organismi studia soluzioni di prossimità, garantendo accessibilità, equità e trasparenza.

La metodologia efficace che il presente Piano intende mostrare quale modello di riferimento per l'assistenza territoriale è quella della presa in carico globale del paziente, con un'assistenza che non si limiti, dunque, ad erogare prestazioni a domanda, ma che si faccia carico dell'analisi di efficacia dei percorsi di cura, monitorando e valutando gli output ma soprattutto gli outcomes del sistema di cure.

L'attuale logica organizzativa distrettuale è ancora troppo spesso costruita a canne d'organo, senza una vera e propria rete operativa, dove la multidisciplinarietà si declina a fatica, dove la ricerca dell'integrazione efficace è spesso solitaria, dove il paziente è ancora solo nella ricerca del proprio percorso.

Il presente piano prevede, dunque, che le Aziende Sanitarie Locali dovranno attuare una azione di rafforzamento dei Distretti Sanitari, dovranno chiedere e pretendere annualmente dai Direttori Responsabili un'analisi di popolazione, una strategia di azione, nella declinazione del Piano Annuale delle Attività Territoriali. In sintesi, un Distretto non deve andare dove è trascinato dagli eventi ma li deve prevedere e governare. Difficilmente, infatti, Distretti contigui evidenzieranno analoghe problematiche di salute, vuoi per gli aspetti demografici che economicosociali, per cui è fondamentale che il Direttore del Distretto, pur nel solco degli obiettivi generali assegnati, traduca in azioni di programmazioni specifiche gli obiettivi territoriali da raggiungere.

Notevole deve essere l'impegno delle Aziende nella costruzione di Percorsi Diagnostici Terapeutici per la clinical governance di patologie croniche affinché la presa in carico quale modello organizzativo si traduca in una presa in carico assistenziale, equa, omogenea.

Fondamentale è, nel compito del Direttore di Distretto, il possesso di competenze gestionali che necessariamente devono accompagnarsi alle fasi di valutazione e di decisione.

La gestione di un Distretto Sanitario si basa fundamentalmente su principi di:

- autonomia organizzativa;
- responsabilità gestionali;
- attenzione alle reali necessità, aspettative e preferenze dei cittadini.

Il Distretto Sanitario viene dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio. E', infatti, in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento che al Distretto vengono attribuite le necessarie risorse ed è in tal senso che va orientata la necessità di distinzione operativa tra competenza tecnico-professionale e competenza gestionale del distretto.

2.3 - Le competenze del Distretto Sanitario

Al distretto competono, in primo luogo, l'analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, l'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione e di integrazione sociosanitaria, secondo quanto previsto dai livelli uniformi di assistenza.

Il Distretto si identifica con l'area territoriale dove sono presenti tutti i punti di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie sia pubbliche che private accreditate.

Esso deve sviluppare soluzioni che vadano verso l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi, a partire dalla Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta verso una funzione di accoglienza e prima valutazione (Porta Unica di Accesso - P.U.A.) o di valutazione funzionale Multidimensionale, fino alla definizione di Progetti Assistenziali Individuali.

Il Distretto si configura pertanto quale principale punto d'accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari e sociosanitari.

Tale soluzione si sostanzia, operativamente, nell'organizzazione di punti di accesso territoriali, governati logicamente dalla P.U.A. distrettuale. La P.U.A. è una modalità organizzativa che può prevedere specifici spazi ma deve essere intesa soprattutto come modello e funzione di integrazione e raccordo stabile dei diversi punti e nodi di accesso sanitari e sociali a cui il cittadino si rivolge, eliminando duplicazioni e sovrapposizioni.

Ad essa compete:

- la funzione di accoglienza e informazione;
- la funzione di valutazione di primo livello, finalizzata ad avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere:
 - l'invio ai servizi sanitari o sociali;
 - l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata;
 - la attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.

Gli operatori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi sanitari o sociali o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

Tra i principali compiti specifici del Distretto si individuano:

- l'elaborazione del Piano delle Attività Territoriali (P.A.T.), avendo attenzione al sistema delle compatibilità tra risorse e bisogni;
- la garanzia del presidio permanente delle attività assistenziali assicurando il continuo adeguamento quali-quantitativo ai bisogni della popolazione e alla disponibilità delle risorse;
- la garanzia, in collaborazione con le funzioni di programmazione e controllo, del buon funzionamento del sistema informativo, e puntuale ed esaustivo assolvimento dei debiti informativi e, attraverso il controllo di budget, dell'efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse;
- la redazione della relazione annuale del distretto;
- il monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini quantitativi e qualitativi;
- la partecipazione al processo di budget con il presidio di riferimento per gli obiettivi di competenza;
- la promozione di modelli assistenziali avanzati e sperimentali.

A capo del Distretto è preposto un Direttore Responsabile. L'incarico, a tempo determinato, viene attribuito dal Direttore Generale dell'Azienda, come previsto dalla normativa vigente.

Il Direttore di Distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. Egli si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. E' responsabile, in particolare, delle attività del distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie e risponde al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

Laddove siano previsti dalle singole AA.SS.LL. funzioni di Coordinamento di Aree specialistiche o Servizi, esse non potranno in alcun modo non confrontarsi con i Direttori di Distretto per le modalità di presa in carico, valutazione del bisogno, della prestazione, degli esiti; con lo stesso concorreranno ad una programmazione condivisa ed allo stesso renderanno conto delle attività rese, delle risorse impegnate, degli obiettivi conseguiti per la popolazione di riferimento. Resta inteso che alle funzioni di Coordinamento o Servizi restano affidati esclusivamente compiti di natura tecnico-professionale, per una necessaria omogeneità di visione, rimanendo nella responsabilità del singolo Direttore di Distretto la natura gestionale ed organizzativa del processo.

Al Direttore del Distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel Programma delle Attività Territoriali distrettuali approvato dal Direttore Generale.

Il budget di Distretto rappresenta il contenitore logico di tale assunto organizzativo, di cui rappresenta anche il coerente strumento gestionale.

La Direzione del Distretto è individuata come Centro di Responsabilità, che contratta il budget con la Direzione Strategica. Il Distretto pertanto è una struttura operativa dell'Azienda dotata di

autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda stessa.

All'interno del Distretto vengono identificati Centri di Responsabilità e Centri di Costo per la necessaria tenuta contabile ai sensi di legge.

Il Direttore di Distretto, con il Responsabile del Coordinamento Sociosanitario (o Servizio omologo), supporta la Direzione Strategica nei rapporti con i Sindaci del Distretto nonché con gli altri soggetti di cui all'art. 1 della Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali dell'8 novembre 2000 n. 328. Con costoro predispone e sottoscrive il Piano di Zona che viene sottoposto alla validazione dal Direttore Generale.

Il Distretto deve garantire al proprio bacino d'utenza le seguenti funzioni standard:

- assistenza di base;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività o servizi rivolti a disabili e anziani (ivi compresi servizi semiresidenziali e residenziali);
- attività o servizi di Assistenza Domiciliare Integrata;
- attività o servizi per patologie da HIV e per le patologie in fase terminale;
- relazioni funzionali con il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento delle Dipendenze.
- attività o servizi di Medicina Legale
- servizi farmaceutici territoriali

2.4 - Forme organizzative del Distretto

Nella funzione di governance del Territorio, il Direttore del Distretto deve coordinare i percorsi assistenziali utilizzando i servizi direttamente gestiti dal Distretto e quelli in convenzione, costruendo processi di integrazione di funzioni che richiedono identificazione di obiettivi, risorse e programmazione delle attività, in stretto coordinamento con tutti gli altri attori del sistema socio-sanitario e ospedaliero.

Le funzioni di produzione del Distretto devono essere organizzate almeno nelle seguenti attività:

- accoglienza e presa in carico delle persone con bisogno sociosanitario, che, attraverso la PUA e la valutazione multidimensionale in UVI, garantiscono l'accesso appropriato ai servizi sociosanitari e programmano l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- attività assistenziale a favore della comunità di riferimento assistenza primaria, declinata anche nelle nuove forme di cui al Capitolo 3 (A.F.T. e U.C.C.P.);
- medicina specialistica territoriale in particolare a livello distrettuale o interdistrettuale, che a mezzo di PDTA, Linee Guida, relazioni interdisciplinari ed integrazione Ospedale-Territorio, assicura la presa in carico del paziente post- acuto e cronico, anche integrata nelle UCCP ove previste;
- salute della donna e dell'età evolutiva, che garantisce la tutela della salute della donna e dell'infanzia-adolescenza, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta e dai consultori familiari e partecipando, ove previsto alla funzionalità delle UCCP;
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto (sopra i 18 anni), ivi compresa l'assistenza protesica che, attraverso equipe multidisciplinari, garantisce gli interventi di cura e riabilitazione, programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari, anche domiciliari;
- assistenza domiciliare integrata, indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità, in stretto raccordo con le rispettive Unità operative di riferimento (materno-infantile, salute mentale, riabilitazione, ecc);
- non autosufficienza ed anziani fragili;
- Medicina Legale;
- Tutela della Salute Mentale e dei soggetti affetti da Dipendenze

□□Cura e sostegno al benessere psicologico e riabilitazione dell'età evolutiva, che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale. Questa funzione assistenziale, va assolutamente rafforzata stante l'attuale debolezza organizzativa e professionale con l'istituzione o rafforzamento dei Nuclei Distrettuali di Neuropsichiatria infantile, come meglio specificato nei capitoli successivi. Questi, come specificamente determinato in apposito capitolo, dovranno governare prioritariamente ed in autonomia i processi assistenziali del minore e favorire, attraverso un graduale percorso di transizione, il passaggio alla U.O. di riferimento per l'età adulta.

□□diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini;

□□assistenza farmaceutica.

Questo modello organizzativo standard, nelle previsioni di riassetto aziendale deve essere poi rimodulato sulle singole territorialità, prevedendo, sulla base dell'analisi di popolazione, della disponibilità di risorse tecnologiche e umane immediatamente fruibili, anche punti di eccellenza che siano riferimento aziendale, a valenza sovra-distrettuale.

Le funzioni specialistiche troveranno, ove previsto, una nuova organizzazione del modello delle UCCP secondo il sistema di riordino delle Cure Primarie.

Inoltre, la Regione intende caratterizzare i singoli Distretti anche per specifiche reti assistenziali di livello superiore (es. rete oncologica, rete cardiologica, rete diabetologia) per quelle patologie croniche ad elevato impatto economico.

Relativamente al rapporto distretto/dipartimenti ospedalieri, il percorso di integrazione si declina prioritariamente attraverso la definizione di Procedure Aziendali, Linee Guida e PDTA.

In questo ambito devono essere definiti i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post-dimissione, per l'avvio tempestivo del paziente verso percorsi di cura di Riabilitazione, Residenzialità e Semiresidenzialità, Hospice. Sono richieste, a tal fine, iniziative formali di integrazione attraverso la partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante il sistema di reti professionali e i gruppi operativi interdisciplinari.

Per quanto attiene al rapporto distretto/dipartimento di prevenzione, l'area di integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria, di promozione di stili di vita salutari, di prevenzione secondaria, in particolar modo i programmi e le attività di screening.; a questo livello devono essere definite le modalità di coordinamento tra il Dipartimento - che detiene la responsabilità tecnica delle azioni - ed il Distretto che, con la sua organizzazione ed i suoi operatori, è tenuto a realizzarle.

Relativamente al rapporto Distretto/Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze devono essere definite le modalità di integrazione professionale per quanto attiene la valutazione e la progettazione congiunta degli interventi per i pazienti con problemi di particolare rilievo che richiedano valutazione multidisciplinare e collocazione in regime residenziale/semiresidenziale con compartecipazione sociale. Tali processi si compiono nel contesto dell'Ufficio Socio-Sanitario distrettuale mediante lo strumento della U.V.I.

Setting specifici di valutazione del bisogno devono essere previsti per l'età evolutiva, per la presa in carico dei minori.

Le modalità di funzionamento del Distretto sono oggetto di specifica regolamentazione interna all'Azienda. Tuttavia questo Piano ne riporterà un Modello regionale di riferimento a cui tendere per ridurre disomogeneità e disequità.

2.5 - L'Ufficio Socio sanitario

Al fine di realizzare all'interno della Azienda la integrazione delle attività di assistenza territoriale tra loro e con i Servizi Sociali, costituendo, pertanto, uno degli obiettivi di fondo per una programmazione sanitaria attualizzata al contesto normativo vigente, nel Distretto è individuato un Ufficio Socio Sanitario. Esso, in staff alla Direzione distrettuale e funzionalmente collegato al

Coordinamento/Ufficio/Servizio Socio Sanitario aziendale, in stretto rapporto con gli altri servizi distrettuali, supporta la direzione distrettuale nella programmazione e realizzazione dell'integrazione tra le attività di assistenza territoriale e sociale, sovrintende ai processi delle attività di accoglienza e prima valutazione (PUA) nonché a quelli della valutazione funzionale Multidimensionale e della definizione di Progetti Assistenziali Individuali.

A capo dell'Ufficio socio-sanitario vi può essere un Dirigente o un Referente (che può essere anche titolare di una Posizione Organizzativa).

2.6 – Assistenza territoriale rivolta agli stranieri

La Regione Campania assiste un numero di stranieri di notevole entità ma altrettanto fluido e variabile, considerata la migrazione interna di tali utenti.

I cittadini stranieri con regolare permesso di soggiorno, possono iscriversi al SSN, recandosi presso la ASL di residenza. Gli stranieri titolari di permesso di soggiorno hanno il diritto/dovere di chiedere l'iscrizione gratuita al Servizio Sanitario Nazionale presso la ASL del Comune di residenza o di dimora, per uno dei motivi individuati dalle norme vigenti.

Ai cittadini comunitari privi di copertura sanitaria sono assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono in particolare garantiti: tutela sociale della maternità e dell'Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG); la tutela della salute dei minori, ai sensi della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo; le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalla Regione; gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Il cittadino extracomunitario e gli apolidi che intendono iscriversi al SSN devono possedere il permesso di soggiorno valido e un'attività di lavoro subordinato o autonomo o anche solo l'iscrizione nelle liste di Collocamento.

Gli stranieri che hanno un permesso di soggiorno per motivi di studio e per quelli collocati alla pari possono iscriversi volontariamente al SSN mediante il pagamento di un contributo annuale. I figli nati in Italia sono iscritti, già alla nascita, anche se i genitori non hanno l'iscrizione.

Gli stranieri irregolarmente presenti possono usufruire delle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali per malattia ed infortunio. Sono estesi anche agli stranieri i programmi di medicina preventiva per la salvaguardia della salute individuale e collettiva erogate mediante l'utilizzo del codice per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) senza costi a carico dei richiedenti se privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità coi cittadini italiani.

La gestione e la organizzazione territoriale dei servizi prestati agli STP sono garantiti attraverso i distretti sanitari aziendali e le Unità di assistenza sanitaria di base che provvederanno all'applicazione delle linee guida nazionali e regionali vigenti, all'individuazione delle strutture atte all'assistenza e delle risorse umane necessarie per il corretto funzionamento del servizio.

La ASL, a seguito dell'esibizione del passaporto o titolo equipollente, la compilazione di una dichiarazione sostitutiva di certificazione di domicilio nell'ambito del territorio regionale e di un'altra attestante l'impossibilità momentanea di iscrizione al SSR, rilascia un codice ENI (Europeo Non Iscritto) che sostituisce il codice STP (eventualmente già assegnato in precedenza) con durata semestrale rinnovabile. Tutte le prestazioni saranno erogate a parità di condizione con il cittadino italiano per quel che riguarda l'eventuale partecipazione alla spesa (TICKET).

2.7 - Le funzioni di governo del distretto

Nella completa visione della mission distrettuale non può mancare una funzione di governo, che si esplicita quale

- governo clinico;
- governo tecnico-organizzativo;
- governo economico-finanziario e gestionale.

Il Governo clinico

Funzione prevalente nella mission assistenziale, il Governo clinico viene garantito attraverso l'applicazione di PDTA e Linee Guida, Regolamenti e Procedure, Monitoraggi del Sistema Salute, processi di Audit.

Documenti di riferimento per la programmazione sanitaria distrettuale saranno, oltre il presente documento e l'Atto Aziendale della ASL di appartenenza, anche il Piano Nazionale Esiti per le tematiche assistenziali a valenza territoriale, nonché direttive specifiche regionali relative alla cosiddetta "Terra dei Fuochi".

Quest'ultima tematica, come più avanti descritto, impatterà anche sulla programmazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione che deve necessariamente raccordarsi con il Distretto di riferimento per ogni azione di programmazione e verifica.

Nel Piano delle Attività Territoriali (PAT), annualmente il Direttore del Distretto elabora i bisogni assistenziali del territorio, secondo criteri epidemiologici e statistici, in stretta connessione con le richieste e le segnalazioni provenienti dai MMG e PLS, dai Servizi Sociali, dalla Comunità in generale, formula obiettivi annuali, identifica il budget finalizzato alle attività, lo negozia con la Direzione strategica, ne pianifica la distribuzione, ne monitorizza la realizzazione e l'efficacia.

Attraverso percorsi di verifica e confronto, di audit e di qualità, tende a migliorare servizi e prestazioni, anche in relazione alla qualità percepita dall'utenza.

La funzione di presa in carico del paziente avviene attraverso la P.U.A (Porta Unica di Accesso), la U.V.I. (Unità di Valutazione Integrata), la U.V.B.R. (Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo), a carattere Multidisciplinare ed a composizione variabile, compresa la presenza dell'Ambito, in relazione al bisogno del paziente.

Fondamentali sono le relazioni intra-distrettuali, tra le UU.OO. distrettuali, che si realizzano istituzionalmente all'interno dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (art. 3-sexies, comma 2 D.L.vo 502/92 e s.m.i.) che svolge funzioni propositive e tecnico-consultive. Nell'Ufficio di Coordinamento è prevista la presenza di un MMG per le funzioni integrate con le Cure Primarie, nonché per esercitare le previste funzioni di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, all'interno dei PDTA, Linee Guida, Regolamenti e Procedure aziendali.

L'azione di programmazione viene concretizzata attraverso l'assegnazione di Obiettivi annuali ai Responsabili delle UU.OO. e ai titolari di Posizioni Organizzative, rispetto ai quali è svolta l'azione di Valutazione della performance ad annualità conclusa.

Ciò permette che l'intero sistema Distretto proceda verso obiettivi comuni, condivisi, coerenti. Opportuni incontri periodici sono necessari per valutazioni in itinere, riposizionamento di obiettivi, correzioni di impostazioni operative, adozione di atti e decisioni, anche di tipo disciplinare.

La Clinical Governance si attua naturalmente anche nei confronti delle strutture private accreditate che rispondono agli stessi principi di equità, appropriatezza, adesione a Procedure, Linee Guida e PDTA aziendali e regionali.

Verso gli erogatori accreditati sono svolte le dovute azioni di verifica amministrativa, giuridica, contabile, previste dalle norme nazionali e regionali.

L'appropriatezza nella prescrizione e nella dispensazione dei farmaci è aspetto rilevante nella Clinical Governance del territorio, sia per quanto riguarda il rispetto delle note e prescrizioni AIFA, sia per le azioni di controllo sui Centri Prescrittori, sia per il rispetto dei flussi informativi e per le modalità di erogazione.

Il Governo Clinico non può realizzarsi senza un costante processo di Formazione Continua: il Direttore di Distretto propone specifici Corsi di Formazione aziendale relativi a tematiche di nuovo impatto, a procedure di nuova introduzione, all'adozione di nuove Linee Guida e PDTA aziendali o regionali e attinge a percorsi formativi aziendali per tematiche di carattere generale. Il Servizio Formazione aziendale rileva annualmente i bisogni formativi dei Distretti e ne soddisfa le richieste nell'ambito del budget aziendale assegnato.

Integrare figure professionali diverse, aprire alla formazione aziendale il personale convenzionato, integrare professionisti di più Distretti consente una condivisione di linguaggi ed obiettivi, aumentando il livello di performance professionale globale per una qualità diffusa dell'assistenza.

Il Governo Tecnico-organizzativo

Fondamentale per il buon andamento dell'assistenza è un solido governo tecnico-organizzativo, con il quale venga garantita equità di accesso alle cure, trasparenza, ridotta attesa nell'erogazione delle prestazioni, diritto alla privacy, rispetto degli impegni assunti con la Carta dei Servizi, logistica adeguata alle aspettative ed alle normative, sicurezza e gestione delle emergenze all'interno delle strutture.

Dalla gestione CUP alla gestione delle liste di attesa, dall'abbattimento delle barriere architettoniche a percorsi di facilitazione nell'accesso, dalla gestione magazzino all'approvvigionamento di farmaci e presidi, dalla tenuta amministrativa documentale ed autorizzativa delle strutture agli adempimenti in materia di tutela del personale, il governo tecnico-organizzativo provvede a che la "macchina distretto" sia funzionale, accogliente, produttiva.

Un costante adeguamento delle risorse tecnico-diagnostiche, la garanzia di una manutenzione strutturale e tecnologica continua, il miglioramento dei percorsi di accesso, la modernizzazione dei sistemi, la garanzia del debito informativo sono altrettanti drivers su cui far procedere le attività distrettuali.

La modernizzazione dei processi, l'informatizzazione dei sistemi, la dematerializzazione e digitalizzazione degli atti saranno modalità operative per declinare con maggiore velocità gli adempimenti formali del Distretto.

In tal senso le Direzioni strategiche devono conferire ai Servizi Tecnici di supporto aziendali (o Tecnostruttura) ed ai Servizi Prevenzione e Protezione ogni strumento ed ogni risorsa per favorire adeguamenti, manutenzione, miglioramento dell'accoglienza, affiancamento al Direttore di Distretto per l'adempimento a tutti gli obblighi di legge in materia di sicurezza, tutela dei lavoratori, abbattimento delle barriere architettoniche, funzionalità dei servizi, erogazione di prestazioni a mezzo tecnologie funzionali e moderne.

I Servizi Informatici ed il Controllo di Gestione che ricevono informazioni in entrata dai Distretti hanno l'obbligo di fornire una reportistica in tempi adeguati dei processi assistenziali e dell'utilizzo delle risorse, permettendo anche l'accesso al Direttore del Distretto alle piattaforme dati aziendali, relative al suo livello di Governo, affinché ne possa valutare la corrispondenza a quanto previsto.

Il Governo economico-finanziario e gestionale

Il Direttore del Distretto riceve un budget negoziato per lo svolgimento delle attività territoriali e di integrazione.

Attraverso un supporto amministrativo-contabile provvede alla gestione dei fondi assegnati, a procedure di gara, a liquidazione fatture, alla gestione dei flussi di cassa, ad acquisti in conto economato; assegna budget condivisi alle singole UU.OO.

Governa la gestione del personale, ne determina i costi accessori, ne liquida le competenze, ne valuta l'efficienza e i risultati.

Nella configurazione di Datore di Lavoro risponde, ove previsto dal modello aziendale, per le funzioni delegate dal Direttore Generale, al governo della sicurezza sui luoghi di lavoro e tutto quanto previsto dal D.Lg.vo 81/08 e s.m.i.i. Il Direttore Responsabile del Distretto ottiene un budget dedicato alla Sicurezza sui luoghi di lavoro, proporzionale alle dimensioni delle strutture gestite, periodicamente reintegrabile, utilizzabile in caso di emergenze. Riceve, per queste funzioni, supporto prioritario da parte dei Servizi Tecnici o Tecnostruttura aziendale e dai Servizi Amministrativi (Provveditorato, Economato, Affari Legali).

2.8 - Diritti degli utenti e dei dipendenti e la partecipazione del cittadino

Ogni Azienda, attraverso i Distretti Sanitari e tutte le altre articolazioni territoriali, deve individuare i diritti garantiti agli utenti in termini di:

- accessibilità ed equità
- trasparenza e riservatezza
- ascolto e risposte
- informazione sui servizi e sulle modalità di erogazione
- gestione reclami e comunicazione

Il cittadino ha diritto a partecipare individualmente o attraverso organizzazioni e/o associazioni alla vita dell'Azienda. Le ASL dovranno declinare negli Atti Aziendali le modalità previste di partecipazione, informazione, tutela dei cittadini.

Si richiama in tutte le Aziende la istituzione ed il corretto funzionamento del C.U.G. entro 90 giorni dall'adozione del presente Piano.

2.9 - Un modello regionale di riferimento per il superamento della Legge Regionale n. 32/94: il DCA n. 67 del 14.7.2016

L'unica normativa strutturata vigente in Regione Campania relativa al SSR è rappresentata dalla Legge Regionale n. 32 del 3 novembre 1994. In questi anni varie e talvolta sostanziali modifiche normative sono intervenute nel governo del SSR, compresa la fase di Commissariamento, avente inizio dall'anno 2008.

Sebbene attuale nei principi fondanti, in quanto riferita alle norme nazionali dei Decreti Legislativi 502/92 e 517/92, la Legge Regionale n. 32/94 risulta già discosta dalle nuove garanzie assistenziali e dai nuovi processi di appropriatezza indicati nel Decreto Legislativo 229/99, successivo alla 32/94.

La Legge Regionale n. 32/94 riguarda l'intero SSR e, dunque, anche l'assistenza Territoriale, declina bene le funzioni del Distretto Sanitario, meno quelle del Dipartimento di Prevenzione, per nulla quelle del Dipartimento di Salute Mentale e quello delle Dipendenze. Atti successivi hanno normato l'avvio di queste articolazioni aziendali ed hanno modificato o introdotto nuovi capitoli assistenziali, soprattutto nell'ambito distrettuale.

L'allegato D) della Legge 32/94 fornisce Linee Guida per l'organizzazione ed il funzionamento del Distretto Sanitario e risulta articolato in:

A. ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE

B. PRESIDI

C. LIVELLI DI RESPONSABILITA'

D. UNITA' OPERATIVE: funzioni e standard di personale

Quest'ultimo paragrafo, in particolare, individua lo standard di personale destinato alle singole articolazioni organizzative distrettuali: esso viene previsto secondo un macrostandard fissato a 4,97 operatori/1000 abitanti per le attività distrettuali e di 1 operatore/1000 abitanti per l'intero Dipartimento di Prevenzione.

Tali indicazioni organizzative necessitano senza dubbio di una revisione nella direzione delle nuove indicazioni normative vigenti più recenti (Patto della Salute, nuovi LEA, nuovi contratti della Medicina Generale, della Pediatria di Libera Scelta e della Specialistica Ambulatoriale) e delle variate funzioni assistenziali territoriali.

Il DCA n. 67 del 14.7.2016 "Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania" ridefinisce i criteri parametri di riferimento per la quantificazione delle unità di personale da prevedere nell'ambito delle dotazioni organiche, anche allo scopo di garantire una sostanziale omogeneità di interventi da parte delle Aziende sanitarie.

Ad esso si fa specifico riferimento nell'applicazione anche del presente Piano Territoriale.

Va tenuto presente, infine, che il Distretto è un'entità organizzativa strutturata ma fluida, che deve rispondere con una rimodulazione veloce alle mutate richieste assistenziali, amministrative, epidemiologiche della popolazione assistita. Va dunque riconfermata, in tal senso, la facoltà del Direttore Responsabile del Distretto di riconfigurare gli organici delle singole UU.OO. nell'ambito delle risorse globali assegnate.

CAPITOLO 3 - Le nuove articolazioni organizzative del Distretto Socio-Sanitario

3.1 - Introduzione

Le malattie croniche rappresentano circa l'80% di tutte le patologie ed assorbono il 70% delle risorse; tale incremento richiede che il sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria persegua l'integrazione dei servizi sul paziente, lo sviluppo della medicina di iniziativa, il coordinamento e la continuità delle cure.

Il modello assistenziale fin qui seguito in regione Campania può essere definito ancora di tipo settoriale-specialistico: in esso ciascun professionista eroga prestazioni con diverso grado di complessità senza che vi sia una reale adozione di linee guida e/o protocolli diagnostico terapeutici condivisi.

Tale assetto organizzativo ha condotto ad una consistente moltiplicazione dell'offerta che, in assenza di integrazione e coordinamento, determina la frammentazione e duplicazione degli interventi ed allungamento dei tempi di attesa dei livelli assistenziali.

In tale scenario non è stata l'organizzazione a ruotare intorno alla persona malata ma è lo stesso cittadino che ha cercato di ricomporre in prima persona l'offerta assistenziale presentandosi ai diversi punti di erogazione dei servizi per ricevere una risposta al proprio bisogno di salute.

Tale dispersione di offerta non ha permesso nemmeno l'organizzazione di quella azione di filtro esercitata dal territorio per cui gli assistiti si rivolgono direttamente al pronto soccorso ospedaliero bypassando del tutto il livello delle cure primarie.

La riorganizzazione dell'assistenza Territoriale deve dunque necessariamente transitare attraverso una profonda revisione che interessi intensamente l'area delle Cure Primarie, fondamentale trait d'union tra il cittadino e il SSR, recuperando la propria mission di prossimità, di fiducia, di presa in carico. Tutti gli attori del mondo sanitario sono ormai consapevoli che soltanto attraverso questa fase di ristrutturazione organizzativa, capace di coinvolgere l'intera area delle Cure Primarie, riassegnandole la priorità di incontro con il cittadino, il SSR potrà volgersi verso risposte più eque, più solidali, più appropriate.

Nella dimensione distrettuale si programmano dunque, in aderenza alla normativa vigente, nuove forme aggregative che saranno lo strumento operativo per la realizzazione di una nuova assistenza territoriale integrata, multidisciplinare, potenziata, di "iniziativa".

Tali forme aggregative sono descritte nel presente capitolo e costituiscono impegno programmatico per tutte le ASL Campane. Alla loro realizzazione la Regione Campania contribuisce attraverso l'emanazione di modelli organizzativi e la destinazione di fondi vincolati per le annualità 2014, 2015, 2016, nonché con la possibilità di utilizzo dei fondi e finanziamenti europei (cfr. specifico capitolo).

3.2 - Definizione, ruolo e normativa di riferimento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)

Ai sensi dell'art. 1 della L. 189 del 08.11.2012 le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono:

- forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi;
- forme organizzative multi-professionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Per quanto evidenziato in premessa, la Regione Campania disciplina nel presente Piano le Unità Complesse di Cure Primarie, privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali, dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione. Tali aggregazioni devono operare in coordinamento ed in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Attraverso l'adozione di idonei sistemi informatici, i Medici partecipanti concorrono al sistema informativo nazionale, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del Decreto-Legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive

modificazioni, e assicurano la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

Le stesse Regioni, ai sensi del Patto per la Salute 2014/2016 (art. 5 co. 1), al fine di promuovere un modello multi-professionale ed interdisciplinare, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.

Per quanto attiene al ruolo di tali articolazioni organizzative del Distretto Sanitario il medesimo articolo 5 del Patto al successivo co. 3 stabilisce che *“le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione delle cure primarie, per cui in esse confluiscono le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni (di cui all'art. 54 dell'ACN 2009)”*. In effetti già l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Generale quadriennio normativo 2006/2009 agli artt. 26 bis e 26 ter disciplinava le AFT e le UCCP e il successivo Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Campania per la Medicina Generale del 2013 all'art. 11 prevedeva *l'attuazione di tali forme sperimentali*.

Nell'anno 2015, inoltre, sono intervenuti sulle modalità di riorganizzazione dell'assistenza territoriale l'AIR della Campania per la Pediatria di Libera Scelta (artt. 20 e 21) e l'ACN per la Specialistica Ambulatoriale (artt. 4- 5 - 6 - 7 - 8) e, da ultimo, diversi Documenti integrativi dell'Atto di indirizzo per la Medicina Convenzionata deliberato in data 12.02.2014.

La Regione Campania, in tale contesto normativo in continua evoluzione, con Decreto Commissariale n. 18 del 18.02.2015 ha approvato un modello di riorganizzazione delle cure primarie che il presente Piano integra ed aggiorna con l'obiettivo di:

- riequilibrare il rapporto ospedale-territorio;
- delineare una rete di servizi territoriali che si integra con quella ospedaliera realizzando un continuum di snodi assistenziali ad intensità variabile;
- individuare, in conformità alla L. 189/2012, al Patto per la Salute 2014/2016 e ai Programmi Operativi regionali, un modello organizzativo unitario, da realizzare nelle 7 Aziende Sanitarie, che garantisca equità di accesso e trattamento ai cittadini campani;
- stabilire che il governo della rete di assistenza territoriale e le possibilità di continuità e integrazione con il livello ospedaliero è affidato al Direttore di Distretto che adotta la modalità di gestione per processi con presa in carico globale dell'assistito;
- evidenziare che le nuove forme organizzative costituiscono articolazioni del Distretto sanitario.

3.3 - Il governo delle nuove articolazioni organizzative dell'assistenza territoriale

Come riportato nella premessa al presente Piano, l'utilizzo appropriato dell'ospedale è strettamente connesso al riequilibrio ospedale-territorio e al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale nelle strutture intermedie. Elementi fondamentali della riorganizzazione sono rappresentati dalla realizzazione delle reti di assistenza per intensità di cura, dal livello di integrazione raggiunto tra le diverse strutture territoriali e tra queste e le strutture ospedaliere.

E' ormai ampiamente riconosciuto il ruolo esercitato dalle varie tipologie di servizi e strutture territoriali nel contenere i ricoveri ospedalieri inappropriati.

Allo stesso modo, il territorio assume una forte responsabilità di controllo dei flussi in uscita dagli ospedali. Tale potere, in pratica, si estrinseca nella capacità di gestire le dimissioni protette e di assicurare la continuità assistenziale nel setino più appropriato.

Il governo dell'intero sistema è affidato al Direttore di Distretto che, attraverso la promozione della medicina di iniziativa, della gestione attiva della cronicità, della presa in carico dell'assistito, dell'integrazione professionale ed organizzativa, esercita la funzione di filtro degli accessi impropri al pronto soccorso, dei ricoveri inappropriati, dei ricoveri ripetuti e/o prolungati.

La programmazione distrettuale che si estrinseca nel Programma delle Attività Territoriali (PAT) include, dunque, le nuove forme organizzative previste dal presente Piano anche al fine di evitare ogni possibile rischio di duplicazione e frammentazione dei servizi e relative attività. (In particolare,) Per la UCCP è previsto un sistema di finanziamento a budget e nell'ambito del processo sono definiti obiettivi di salute da perseguire, indicatori, frequenza del monitoraggio, tempi di verifica intermedia e finale con possibilità di apportare modifiche in corso d'opera.

La presente programmazione impegna le Direzioni Generali delle Asl ad adottare, in linea con le indicazioni ivi presenti, il PAT entro 90 giorni dalla data di pubblicazione di questo Piano sul BURC. Entro 120 giorni dalla pubblicazione le stesse Aziende sono impegnate ad adottare specifico cronoprogramma operativo del PAT con la esplicitazione specifica di responsabilità e scadenze.

3.4 - Finalità delle nuove articolazioni organizzative dell'assistenza territoriale

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale attraverso la realizzazione delle AFT, delle UCCP, degli Ospedali di Comunità e delle ulteriori strutture intermedie previste dal presente Piano persegue le seguenti finalità:

- ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri inappropriati e i ricoveri ripetuti per frequenti riacutizzazioni di patologie croniche e relative complicanze;
- assicurare l'appropriatezza dell'ambito di cura, la permanenza della persona al proprio domicilio, la continuità assistenziale e le dimissioni protette;
- implementare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) per la cronicità garantendo l'addestramento del paziente all'autogestione consapevole della malattia e l'adozione della medicina di iniziativa;
- perseguire una maggiore umanizzazione dell'offerta assistenziale l'assunzione di più corretti stili di vita;
- effettuare una maggiore azione di contrasto al fenomeno della migrazione sanitaria nelle aree di confine con altre regioni;
- mirare al recupero in efficacia ed in efficienza a garanzia di una maggiore sostenibilità delle cure.

3.5 - Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Il presente Piano prevede la realizzazione nell'intero ambito regionale delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della medicina generale, della pediatria e della specialistica ambulatoriale quali articolazioni dei Distretti Sanitari.

3.5.1 - Definizione e caratteristiche generali

La AFT rappresenta un'articolazione organizzativa del Distretto Sanitario nell'ambito della quale operano MMG o PLS o specialisti ambulatoriali coordinati in team funzionali.

Ai sensi dell'art 26 dell'ACN i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera Scelta partecipano obbligatoriamente alle AFT. Analogamente, ai sensi dell'art.4 dell'ACN, gli specialisti ambulatoriali operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative.

Ciascuna AFT funzionalmente collegata alla Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP):

- ha carattere monoprofessionale;
- è costituita dall'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino il quale esercita la scelta nei confronti del singolo medico;
- rappresenta, insieme alla UCCP, l'unica forma di aggregazione possibile e con la sua istituzione vengono superate e sostituite tutte le forme associative della medicina convenzionata sino ad ora realizzate in Campania.

3.5.2 - Bacino di utenza, numero di AFT e orario di attività

Le AFT della medicina generale in relazione alle caratteristiche demografiche, orografiche e socio-culturali del territorio hanno una popolazione di riferimento non superiore a 30.000 assistiti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa. Le stesse vengono configurate avendo a riferimento anche gli ambiti territoriali della medicina generale.

Considerata la popolazione massima di ciascuna AFT della medicina generale e quella residente in Campania di età uguale o superiore a 15 anni, pari a 4.960.096 (pop.ne totale 5.850.850 – pop.ne 0-

14 anni 890.754 – dato ISTAT 2016), **si stima di realizzare in ambito regionale almeno 165 AFT di assistenza primaria.**

Il presente Piano prevede che tale forma di aggregazione sia realizzata anche per i pediatri di famiglia. L'Azienda deve attivare almeno una AFT pediatrica per ciascun distretto sanitario e, comunque, nella definizione del numero, adotta i seguenti ulteriori criteri di contesto:

- ambiti territoriali della pediatria;
- numero di PLS, di norma non inferiore a 5 unità per ciascuna AFT;
- numero di residenti 0-14 anni;
- caratteristiche orografiche del territorio e isole;
- numero di comuni e relativa estensione.

Per le isole e le zone cosiddette disagiate, ove il numero di PLS non consente di realizzare le relative AFT, al fine di garantire l'equità nell'accesso e fruibilità dei servizi, il presente Piano prevede la possibilità che siano attivate AFT della pediatria di libera scelta integrate con le AFT della medicina generale i cui medici partecipano annualmente a specifica attività formativa inerente all'età pediatrica.

Considerato quanto sopra, si stima di realizzare in ambito regionale 84 AFT pediatriche.

In virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, la sua costituzione individua automaticamente anche il bacino di assistiti ai quali sono rivolte le relative attività dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dei giorni feriali dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 10.00 del sabato, articolando l'apertura degli studi che ne fanno parte e secondo quanto previsto dal vigente A.C.N.

Inoltre, per garantire l'assistenza durante l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, in esecuzione dell'art. 1 della L. 189/2012, i medici a rapporto orario (continuità assistenziale) costituiscono per gli assistiti un preciso riferimento a cui rivolgersi negli orari di chiusura dello studio del MMG o del PLS, ovvero dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni della settimana, dalle ore 10.00 alle ore 20.00 del sabato e dalle ore 8.00 alle 20.00 di tutti i giorni festivi. La descritta articolazione degli orari di attività della AFT dovrà essere adeguata dalle ASL in caso di eventuale diversa definizione stabilita dai prossimi ACN per la medicina convenzionata e/o in presenza di specifici accordi aziendali ai sensi del co.6 dell'art.5-capo 4° del vigente AIR, anche in relazione alla istituzione del numero unico per le chiamate mediche non urgenti.

Con tale articolazione organizzativa del Distretto Sanitario viene, dunque, salvaguardata la capillare diffusione degli studi medici ed il rapporto di fiducia medico/paziente, favorendo una consistente diffusione territoriale delle sedi di erogazione al fine di garantire l'equità di accesso. In ogni caso, ciascuna AFT ha una sede di riferimento per le funzioni di coordinamento, condivisione e audit, la quale può costituire anche il luogo unificato di erogazione dei servizi della stessa AFT e dell'Azienda.

3.5.3 - Compiti e funzioni

I medici della AFT (possono essere dotati di attrezzature per la diagnostica di primo livello (e) assicurano l'audit tra i componenti nonché la condivisione in forma organica di attività, obiettivi, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità e linee guida, così come definiti dalla Regione e concordati con la ASL e il Distretto Sanitario di riferimento.

La AFT dei MMG si impegna principalmente:

- nell'assistere in ambulatorio e a domicilio la popolazione in carico valutandone i bisogni;
- nell'assicurare la diagnosi precoce delle patologie croniche e relative complicanze;
- nel partecipare ai Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) per le principali patologie croniche stabiliti dal Piano (diabete – piede diabetico e ulcere cutanee - scompenso cardiaco - ipertensione – broncopneumopatia cronica ostruttiva - nefropatie croniche - sclerosi laterale amiotrofica - demenze) e agli ulteriori percorsi che la Regione Campania individua con il coinvolgimento dei medici convenzionati;
- nell'assicurare la continuità ospedale/territorio con riferimento alle ammissioni e dimissioni protette;
- nell'adottare la medicina di iniziativa;

nel partecipare all'attività di formazione funzionale al modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale

La AFT dei PLS, inoltre, si impegna principalmente:

nell'attività di sostegno alla genitorialità in collegamento e raccordo con il Consultorio familiare;

nell'attività di prevenzione;

nella diagnosi precoce e nei percorsi di gestione delle patologie croniche in età pediatrica condividendo ed implementando i PDTA e coordinandosi con le AFT della medicina generale.

La AFT degli specialisti ambulatoriali si impegna principalmente:

nell'assicurare i LEA partecipando alla realizzazione della continuità dell'assistenza, ivi compresi i PDTA, come sopra riportato, i percorsi integrati ospedale-territorio e le dimissioni protette con presa in carico dell'assistito attraverso la promozione della medicina di iniziativa.

3.5.4 - Scopi

Di seguito si riportano i principali scopi perseguiti dalla AFT:

equità di accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

diffusione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della EBM;

appropriatezza clinica ed organizzativa;

comportamenti che valorizzano la qualità;

miglior uso possibile delle risorse applicando i principi dell'efficienza e dell'efficacia nell'ambito dell'esercizio delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

3.5.5 - Coordinamento

Tra i medici che compongono la AFT viene individuato un coordinatore, resosi disponibile a svolgere tale funzione, che abbia specifica esperienza e formazione nell'ambito del governo clinico, dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione e gestione dei processi di cura.

Al coordinatore di AFT, l'Azienda, oltre ad affidare la responsabilità organizzativa della AFT, assegna il compito di:

assicurare il coordinamento e l'integrazione professionale tra i medici che ne fanno parte;

raggiungere l'omogeneità dei comportamenti assistenziali;

promuovere comportamenti orientati all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse;

garantire il collegamento con le restanti realtà sanitarie del territorio;

rapportarsi con il Direttore di Distretto e gli ulteriori dirigenti del territorio;

garantire la presa in carico dei pazienti affetti da patologia cronica e pluripatologie;

perseguire gli obiettivi di salute definiti dal Distretto Sanitario di riferimento.

La funzione esercitata dal Coordinatore di AFT consente di mirare alla omogeneità dei comportamenti assistenziali e dei servizi di medicina generale e di pediatria resi agli assistiti, i quali devono essere necessariamente erogati in funzione degli obiettivi di salute definiti dalla Regione, coerentemente con le condizioni di contesto e gli indicatori epidemiologici delle Aziende Sanitarie territorialmente competenti.

L'incarico di coordinatore, che la ASL dovrà deliberare formalmente, dura tre anni rinnovabili alla scadenza naturale previa rielezione, lo stesso decade e si procede a nuova elezione in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi programmati.

Si realizza così una rete orizzontale di medici che pone le condizioni per l'attivazione di una rete verticale con le altre strutture del sistema per garantire la continuità dell'assistenza. Infatti, la AFT si integra con gli ulteriori professionisti territoriali del SSR e si coordina con quelli ospedalieri partecipando attivamente ai processi di clinical governance.

3.5.6 - Sistema informatico e informativo

Il successo del modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale in Regione Campania dipende anche dallo sviluppo di adeguati sistemi informatici ed informativi. A tal fine, i MMG e i PLS:

costituiscono la rete della AFT;

- garantiscono che questa sia in grado di interfacciarsi con i sistemi operativi della Azienda Sanitaria (CUP - Sistema TS - ricetta elettronica);
- per ciascun assistito di AFT attivano la scheda sanitaria informatizzata individuale e il fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- condividono, nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy e di sicurezza, i dati clinici degli assistiti che ne fanno parte.

Ciò consente di garantire la continuità delle cure, di supportare le previste attività di peer review e di monitorare l'attività dell'aggregazione. Anche gli specialisti ambulatoriali aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo in uso.

Relativamente alla gestione della cronicità il sistema informativo deve prevedere:

- l'attivazione del registro pazienti per patologia;
- la funzione di promemoria per le singole fasi dei percorsi diagnosticoterapeutico- assistenziali avviati per ciascun assistito;
- la misurazione degli indicatori di processo ed esito.

3.5.7 - Fondo di AFT

Le indennità e gli incentivi attualmente erogati per lo sviluppo strumentale ed organizzativo della medicina convenzionata (associazionismo, collaboratore di studio, infermiere e funzione informatica/informativa), ovvero per la remunerazione dei fattori produttivi, insieme a quelle liberatesi dalla cessazione degli incarichi, dovranno essere utilizzate da ciascuna Azienda per istituire un "fondo di AFT" destinando, le prime, al mantenimento del trattamento economico dei medici che attualmente le percepiscono e, le seconde, all'introduzione di meccanismi di perequazione del trattamento economico dei medici di scelta operanti nella medesima AFT e nelle ulteriori AFT del territorio.

Nell'ambito del processo di revisione del trattamento economico dei medici di cure primarie e dei pediatri di libera scelta dovranno essere salvaguardati gli investimenti già effettuati da ciascun convenzionato, il mantenimento del trattamento economico attualmente raggiunto e l'invarianza delle risorse finanziarie già disponibili, fermo restando la quota capitaria e quella oraria definite dai rispettivi ACN.

Le risorse liberate dal processo riorganizzativo del Servizio Sanitario Regionale, ovvero dalla dismissione dei presidi ospedalieri di piccole dimensioni o con ridotta attività e dalla implementazione dei percorsi di appropriatezza, sono destinate alle dotazioni strutturali, strumentali e umane necessarie per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

3.6 - La Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)

Sia la AFT delle cure primarie che quella dei pediatri di libera scelta è collegata ad una Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) che rappresenta un'articolazione organizzativa strutturale complessa del Distretto Sanitario di cui è parte essenziale e fondamentale. Presso la UCCP operano anche i componenti della AFT degli specialisti ambulatoriali.

3.6.1 - Definizione e caratteristiche generali

La UCCP rappresenta una articolazione complessa del Distretto sanitario che non è alternativa alla AFT ma è a questa collegata, comprendendo i medici che ne fanno parte, e che si avvale di risorse umane rese disponibili dal Distretto e dal Comune – Ambito Sociale di Zona.

Detta forma organizzativa presenta le seguenti fondamentali caratteristiche:

- costituisce uno dei nodi della rete dei servizi distrettuali ed aziendali;
- ha carattere multi-professionale e multidisciplinare;
- ha operatività h 24 per l'intero arco della settimana;
- assicura l'attività di medicina generale sia ambulatoriale che domiciliare, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale;
- assicura l'assistenza ambulatoriale specialistica;
- assicura l'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa e sociale a rilevanza sanitaria;
- effettua la diagnostica di 1° livello;

garantisce i necessari servizi di supporto alle attività.

3.6.2 - Bacino di utenza e orari di attività

In considerazione della densità abitativa, il presente piano prevede di collegare di norma a ciascuna UCCP fino ad un massimo di quattro AFT della medicina generale e di tre AFT della pediatria.

La UUCP dovrà essere di norma a sede unica, ma potrà avere anche una sede di riferimento con eventuali altre sedi dislocate sul territorio, in rete tra loro.

Per definire concretamente l'area territoriale di riferimento di ciascuna struttura ciascuna ASL dovrà considerare la distanza dell'assistito dalla sede della UCCP e i tempi di percorrenza che, in considerazione delle diverse condizioni orografiche e individuata l'automobile come mezzo di trasporto principalmente utilizzato, di norma, possono essere al massimo di 30/40 minuti.

In ogni caso, la UCCP dovrà offrire i propri servizi a tutta la popolazione afferente al bacino territoriale di riferimento, mentre, l'assistenza primaria è rivolta agli assistiti dei MMG che vi operano il cui ambito territoriale si identifica con quello in cui è costituita la UCCP ai sensi del vigente ACN.

L'operatività della UCCP dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 10.00 del sabato è assicurata dai professionisti del ruolo unico della medicina generale che si integrano con tutte le altre professionalità sanitarie e non sanitarie contemporaneamente presenti nella struttura, mentre, dalle ore 20.00 alle ore 8.00 dell'intera settimana e nei restanti orari del sabato e di tutti i giorni festivi la continuità dell'assistenza è garantita dai medici a rapporto orario della continuità assistenziale.

Le Aziende Sanitarie dovranno adeguare la descritta articolazione degli orari di attività della UCCP in caso di diversa definizione stabilita dai prossimi ACN per la medicina convenzionata.

3.6.3 - Compiti e funzioni

Nella UCCP si prevedono i seguenti compiti e funzioni attraverso i correlati servizi e attività:

intercetta e decodifica la domanda di salute;

garantisce l'equità e facilità di accesso attraverso l'attivazione del Punto Territoriale della Porta Unica di Accesso (PUA) per il recepimento unitario della domanda;

effettua l'attività di prevenzione ;

prevede la partecipazione attiva dei MMG alle campagne di screening promosse dalle Aziende;

assicura la presa in carico globale del paziente fragile e di quello che presenta problematiche sanitarie differibili (c.d. codici bianchi);

adotta un approccio proattivo di iniziativa ed il modello del disease management per le principali patologie croniche (diabete, piede diabetico e ulcere cutanee, scompenso cardiaco, ipertensione, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, nefropatie croniche, sclerosi laterale amiotrofica, demenze) prevedendo che agli ambulatori dedicati per patologia tenuti dal MMG sia presente, ove necessario, anche lo specialista ambulatoriale;

persegue lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati ospedale/territorio;

sviluppa l'assistenza domiciliare, le ammissioni/dimissioni protette e la terapia del dolore, nonché, la risposta al bisogno sociosanitario di natura complessa adottando gli strumenti della valutazione multidimensionale e della definizione del progetto assistenziale personalizzato in collegamento con il Distretto di riferimento;

garantisce la continuità delle cure e la presa in carico con follow-up multidisciplinare dei bambini e adolescenti con malattie croniche e rare in integrazione con i servizi ospedalieri e i centri di riferimento della regione Campania.

La capacità delle UCCP di attivare processi di assistenza efficaci efficienti richiede necessariamente il superamento del lavoro per compartimenti stagni da parte delle varie figure professionali, lo sviluppo della flessibilità organizzativa, la responsabilizzazione e valorizzazione, oltre che dei medici a ciclo di scelta, anche di quelli a rapporto orario che vanno inseriti a pieno nelle attività.

La UCCP deve garantire le attività in stretto collegamento con i servizi distrettuali della terapia del dolore (assicurata da medico formato ed esperto) e delle cure domiciliari ivi incluse quelle erogate

ai pazienti terminali. Ulteriore collegamento è realizzato con il Servizio Dipendenze (Ser.D.) e con la Unità Operativa di Salute Mentale (UOSM).

In presenza di adeguate condizioni logistiche, la UCCP ospita anche la Farmacia distrettuale.

3.6.4 - Modalità di Accesso

Alla UCCP l'assistito accede attivando uno dei seguenti canali:

- per chiamata diretta nell'ambito della medicina di iniziativa assicurata dalla UCCP;
- per accesso spontaneo: codice bianco o verde e attività consultoriale e di prevenzione;
- attraverso un percorso dedicato ai casi in dimissione protetta;
- attraverso il CUP.

Il recepimento unitario della domanda, per la presa in carico dei bisogni sociali - sociosanitari e sanitari, viene assicurato, ai sensi della DGR n. 790/2012 e relative Linee Operative, dal Punto territoriale della Porta Unica di Accesso (PUA) che garantisce le seguenti funzioni:

- accoglienza dell'utenza;
- ascolto attivo;
- prima lettura-valutazione del bisogno;
- informazione relativa a prestazioni, risorse, opportunità, possibili agevolazioni e sistema dei servizi esistenti e accessibili;
- orientamento nell'utilizzo dell'informazione fornita verso il canale più adatto per ottenere una risposta adeguata.

3.6.5 - Scopi

Di seguito si riportano i principali obiettivi perseguiti dalla UCCP:

- favorire la presa in carico integrata dell'assistito;
- assicurare le ammissioni e dimissioni ospedaliere protette;
- garantire l'appropriatezza prescrittiva sia per quanto attiene all'assistenza farmaceutica che quella specialistica;
- ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri ripetuti e i ricoveri inappropriati;
- implementare i percorsi assistenziali integrati ospedale – territorio.

3.6.6 - Collegamento ed integrazione con le altre strutture sanitarie e sociosanitarie

La UCCP deve operare in collegamento con le altre strutture intermedie aziendali (Ospedali di Comunità, Hospice, Residenze Sanitarie Assistite anziani e disabili - RSA, Strutture Residenziali Intermedie della salute mentale - SIR, Centri Diurni, ecc.) ed in integrazione professionale ed operativa con i presidi ospedalieri e con i servizi sociali dell'Ente locale / Ambito Sociale di Zona.

Tali sinergie sono raggiunte con l'attività assicurata dal Coordinatore di UCCP e attraverso la condivisione di specifiche intese definite dal Direttore di Distretto.

3.6.7 - Coordinamento

La responsabilità organizzativa e gestionale della UCCP è affidata dall'Azienda ad un coordinatore individuato tra i medici in possesso di adeguata formazione ed esperienza nella organizzazione dell'assistenza utilizzando lo strumento della gestione per processi, con particolare riferimento al paziente fragile affetto da malattia cronica e/o pluripatologie.

Il Coordinatore di UCCP ha il compito di favorire i processi di integrazione e collegamento sia tra i diversi professionisti, che sono impegnati nei processi di cura, che tra le diverse strutture presenti nella rete di assistenza; pertanto, di intesa con il Direttore di Distretto, egli si raccorda costantemente con i coordinatori delle AFT collegate alla UCCP e le restanti realtà sociosanitarie e sanitarie del territorio, ivi inclusi i presidi ospedalieri. Altro compito assicurato è quello di coordinare l'attività formativa degli operatori della UCCP e di quelli che con questa si integrano o collaborano. Il coordinatore risponde degli obiettivi della UCCP.

L'incarico di coordinatore dura tre anni, lo stesso decade in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi programmati.

3.6.8 - Sistema informatico ed informativo

Anche per la UCCP la presente programmazione sottolinea l'importanza di un adeguato sistema informatico e informativo con le medesime caratteristiche e finalità descritte per la AFT. In

aggiunta, le Aziende nel corso di validità del presente Piano, assicurano l'attivazione degli strumenti della telemedicina e del teleconsulto con le ulteriori realtà aziendali ed il collegamento con le strutture private accreditate (ricezione telematica di referti) e con i Comuni/Ufficio di Piano di riferimento in modo da realizzare un sistema informativo sociosanitario integrato che consenta anche di rispondere, con prontezza ed attendibilità, al debito informativo relativo ai flussi ministeriali (NSIS).

3.6.9 - Partecipazione dei cittadini e delle Associazioni di volontariato

I cittadini e le loro associazioni di rappresentanza contribuiscono al miglioramento dei servizi resi dalla UCCP attraverso la proposizione di suggerimenti e/o reclami.

Le Aziende Sanitarie effettuano indagini di customer satisfaction e rendono trasparenti, con frequenza annuale, obiettivi e risultati raggiunti utilizzando il sito istituzionale e/o specifici incontri-manifestazioni.

Le associazioni di volontariato senza scopo di lucro e regolarmente iscritte allo specifico Albo regionale partecipano alle attività di accoglienza e informazione previa sottoscrizione di Protocollo di Intesa con il Distretto.

3.6.10 - Articolazione della struttura in tre aree

Le UCCP devono essere realizzate in conformità a quanto stabilito dalla Regione Campania con D.G.R. n. 7301/01 con riferimento ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi da rispettare e in osservanza della normativa in materia di privacy di cui al D.Lgs. n.196/2003.

L'ampiezza delle superfici e degli spazi nonché la quantità di risorse umane e tecnologiche sono rapportate al bacino di utenza della UCCP e, pertanto, alla consistenza di ciascun servizio attivato. Infatti, il "corretto" dimensionamento non può prescindere dai volumi di domanda potenziale da soddisfare.

Il Piano individua una articolazione degli spazi in 3 aree:

- area clinico-assistenziale: deputata alle attività di prevenzione e alla erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari
- area di supporto: deputata alle attività di accoglienza - informazione - CUP - gestione delle agende dei MMG/PLS - ticket - attesa, all'attività di coordinamento medico e delle professioni sanitarie, a quella amministrative di back-office e agli spazi per le riunioni e per le attività formative degli operatori
- area dei servizi: da destinare ad archivio – depositi – spogliatoi – servizi igienici.

3.6.11 - Criteri e individuazione delle sedi in cui realizzare le UCCP e le SPS

Le UCCP e le SPS sono collocate in sedi facilmente riconoscibili e identificabili da parte della comunità di riferimento.

La UCCP è di norma realizzata a sede unica e le Aziende solo in casi ben selezionati e motivati, ovvero, nelle aree montuose e/o rurali caratterizzate da bassa densità abitativa e in quelle metropolitane ad elevata popolosità, possono realizzare UCCP con più sedi dislocate sul territorio che, però, devono necessariamente avere una sede di riferimento a cui risultano collegate.

Il presente Piano prevede che, a regime, ciascuna Azienda Sanitaria realizzi almeno una UCCP in ogni Distretto Sanitario.

Per l'individuazione delle sedi in cui programmare la loro realizzazione in ciascuna ASL sono stati adottati i seguenti criteri:

- tipologia e quantità di strutture sanitarie pubbliche e private accreditate già funzionanti;
- presenza di strutture ospedaliere da riconvertire;
- possibilità di realizzazione all'interno e/o in contiguità della struttura distrettuale (presenza di aree non utilizzate);
- disponibilità di immobili o parte di immobili di proprietà delle AA.SS.LL. inutilizzati;
- esistenza di beni confiscati con nulla osta all'utilizzo e liberi da ogni vincolo;
- presenza di strutture rese disponibili dai Comuni o altri Enti Pubblici;
- valutazione dei collegamenti, della viabilità e dei tempi di percorrenza;
- aspetti demografici (densità abitativa) ed orografici (area costiera, interna, rurale, montana);

- appartenenza del territorio ad un'area di confine con altre regioni;
- condizioni socio-economiche e culturali della popolazione;
- investimenti già destinati a determinate strutture.

L'applicazione dei citati criteri ha condotto alla definizione delle sedi, indicate nel prossimo paragrafo individuate per la realizzazione delle UCCP e delle SPS in regione Campania, nell'arco di vigenza del presente Piano.

La realizzazione del modello di riorganizzazione delle cure primarie costituisce obiettivo prioritario per i Direttori Generali/Commissari Straordinari di ciascuna ASL.

3.7 - La unità complessa di cure primarie pediatrica

Il presente piano prevede la realizzazione di almeno 2UCCP pediatriche che si configurano quali esperienze pilota per la successiva attivazione di ulteriori strutture a vocazione pediatrica anche in integrazione con quelle per la medicina generale:

- una nella A.S.L. Napoli 1 Centro presso il P.O. SS. Annunziata, che insiste sul territorio del Distretto Sanitario n. 31, così come previsto con Decreto n. 28 del 10.03.2015, ad oggetto interventi di riorganizzazione della rete materno – infantile per livelli di assistenza nella città di Napoli, e con il Decreto n. 33 del 17.05.2016, ad oggetto Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015;
- una nella A.S.L. Napoli 3 Sud presso il P.O. di Torre del Greco, che insiste sul territorio del Distretto Sanitario n. 57, il quale ospiterà anche un ulteriore struttura territoriale rappresentata da un Centro residenziale per le cure palliative – Hospice pediatrico, così come previsto con il citato Decreto 33 del 17.05.2016.

La realizzazione delle UCCP pediatriche si concretizza previa sottoscrizione di specifiche intese tra la ASL NA 1 Centro e l'A.O. di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione Santobono Pausilipon, che risultano essere già in fase avanzata, e tra il Distretto Sanitario n. 57 e il P.O. Maresca di Torre del Greco, da intraprendere con l'adozione del presente Piano.

Tali strutture, vista la specificità del modello, assumono il significato di esperienze pilota in ambito regionale pur registrandosi precedenti progetti avviati da diverse Aziende Pediatriche di Alta Specializzazione (Bambino Gesù, Gaslini, Burlo Garofalo) che hanno orientato parte della propria capacità di offerta verso i servizi territoriali.

3.7.1 - Caratteristiche generali

La UCCP pediatrica ha carattere sovra-distrettuale e rappresenta luogo di incontro o meglio di connubio della funzione territoriale con quella ospedaliera attraverso la realizzazione di una forte integrazione ospedale-territorio in materia di assistenza pediatrica.

I Pediatri di Libera Scelta che hanno in carico il piccolo paziente e che afferiscono alla UCCP si integrano con le competenze specialistiche rese disponibili dall'ambito ospedaliero per prestazioni ambulatoriali e a ciclo diurno non riconducibili alla degenza ma relative all'area della post-acuzie e dell'integrazione sociosanitaria.

Il Direttore di Distretto in questa forma di UCCP assume con ancora maggiore forza il ruolo di collante e di facilitatore dei processi di integrazione ospedale-territorio-ambito sociale di zona garantendo la sinergia e unitarietà dei percorsi personalizzati attivati per i pazienti di età pediatrica i quali trovano in questo modello di assistenza una risposta che assicura l'appropriatezza non solo clinica, ovvero specialistica, ma anche organizzativa, ovvero adeguata sia nel tempo che nello spazio.

3.7.2 – Scopi

Di seguito si riportano le principali finalità perseguite dalle due U.C.C.P. pediatrica sperimentali previste prioritariamente dal piano:

- esercitare una funzione di filtro agli accessi impropri al Pronto Soccorso e ai ricoveri inappropriati in età pediatrica per casi che trovano nel territorio competenze e risposte specialistiche fino ad oggi assicurate solo dal livello di assistenza ospedaliero;
- garantire la continuità dell'assistenza in età pediatrica attraverso la realizzazione delle ammissioni e dimissioni protette;

operare un riassetto della rete ospedaliera e territoriale realizzando interventi tesi a riconvertire presidi o loro parti che non sono in grado di erogare cure adeguate con riferimento sia all'efficacia che all'efficienza degli interventi;

valorizzare l'antica vocazione materno-infantile del P.O. SS. Annunziata sito nel centro storico di Napoli rafforzandone il legame con il tessuto sociale di riferimento;

aprire alle tematiche dell'integrazione sociale, multiculturale e multi-etnica i servizi resi alla popolazione pediatrica.

3.7.3 – Funzioni della UCCP pediatrica

Di seguito si elencano le funzioni assicurate dalla UCCP pediatrica realizzata, presso il P.O. SS. Annunziata, prevedendo la valorizzazione delle risorse rese disponibili dalla ASL Napoli 1 Centro e dall'AORN Santobono Pausilipon che vengono ricondotte all'unitarietà e alla personalizzazione dei percorsi assistenziali attivati per i piccoli pazienti.

In particolare, nell'ambito dell'area clinico-assistenziale della UCCP, si distinguono:

funzioni a prevalenza ASL – Distretto Sanitario;

funzioni a prevalenza AORN;

funzioni miste ASL-AORN.

Le Funzioni a prevalenza ASL- Distretto Sanitario comprendono:

il punto di accesso territoriale;

la Unità di Valutazione Integrata (UVI) che riconosce quale luogo privilegiato di intervento la casa del piccolo assistito e, pertanto, è in stretto collegamento con le cure domiciliari pediatriche;

l'ambulatorio del PLS;

la U.O. Materno Infantile distrettuale con il consultorio familiare di II livello, il centro vaccinale e l'ambulatorio infermieristico;

la Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo pediatrico (UVBR) che assicura la continuità territoriale per l'assistenza riabilitativa pediatrica;

il punto di continuità assistenziale a vocazione pediatrica;

il punto prelievi;

la mediazione culturale.

Le Funzioni a prevalenza AORN comprendono:

l'osservazione ambulatoriale breve diurna;

il Day Service e gli ambulatori pediatrici specialistici

la riabilitazione pediatrica ambulatoriale;

l'attività del Centro Regionale per lo screening delle malattie metaboliche;

l'attività del Centro Regionale per la diagnosi e l'assistenza per le malattie rare;

l'odontoiatria ed ortodonzia che comprende il follow-up ortodontico per i pazienti con pregresso intervento di cheilo-gnato-palatoschisi e l'attività ortodontica e odontoiatrica rivolta ai bambini con bisogni speciali.

Il day-service è attivato in particolare per alcuni PDTA (quali asma, diabete in età pediatrico-adolescenziale, malattie infiammatorie croniche intestinali, cardiopatie congenite, errori congeniti del metabolismo, endocrinopatie, ecc.,)

Le Funzioni miste ASL-AORN comprendono:

la neuropsichiatria infantile e dell'adolescente;

il centro di consultazione psicologica del bambino e dell'adolescente;

il centro obesità infantile;

il centro vaccinazioni a rischio;

il centro per il bambino immigrato;

il centro per il bambino adottato.

3.8 - Le Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS)

Il presente Piano prevede la realizzazione delle Strutture Polifunzionali per la Salute (SPS) all'interno degli stabilimenti ospedalieri dismessi, così come previsto dal Piano Sanitario Regionale

2011/2013 e dall'art. 11 dell'AIR per la Medicina Generale pubblicato sul BURC n. 46 del 22.08.2013.

La SPS è costituita da un immobile o plesso che al suo interno ospita più tipologie di strutture e/o servizi sanitari territoriali, quali: UCCP, Servizio Assistenza Urgenza Territoriale (SAUT), Punto di Primo Intervento Territoriale (PPI - PSAUT), Ospedale di Comunità (OdC), Residenza Sanitaria Assistita per anziani o disabili (RSA), Centri residenziali per le cure palliative - Hospice, Centri residenziali per il trattamento terapeutico-riabilitativo dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), ecc

La SPS rappresenta un presidio strategico del Distretto Sanitario, una forma organizzativa avanzata, a complessità variabile e ad elevata flessibilità, un centro attivo e dinamico in grado di accogliere la domanda di salute e di pianificare la relativa risposta attivando il setting assistenziale più appropriato, nell'ottica di perseguire una più elevata economia di scala.

In altri termini, all'interno della SPS, è possibile condividere spazi, attrezzature e professionalità realizzando una organizzazione che supera l'attuale rigidità del sistema per tendere ad un modello flessibile che consente all'assistenza territoriale di recuperare sia in efficacia che in efficienza.

La responsabilità igienico-organizzativa e gestionale dell'intera struttura fa capo al Direttore di Distretto.

3.9 – Gli Ospedali di Comunità (OdC)

Il presente Piano prevede la realizzazione dell'Ospedale di Comunità (OdC), in linea con quanto previsto dai Piani Sanitari Nazionali 2006-2008 e 2011-2013, dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013, dalla Legge 135 del 07.08.2012 di conversione dell'art. 15 co. 13 lett. C) del D.L. n. 95 del 06.07.2012, dall'art. 5 co. 17 del Patto della Salute 2014/2016 e dal Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 approvato con D.C.A. n. 33 del 17.05.2016.

3.9.1 - Definizione e caratteristiche generali

L'OdC costituisce un presidio di degenza residenziale delle cure primarie con un numero limitato di posti letto (15-20 PL), gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta che gestiscono l'intero percorso sanitario del paziente

assumendosene la responsabilità clinica, mentre, la responsabilità igienicoorganizzativa e gestionale fa capo al Direttore di Distretto che garantisce anche le necessarie consulenze specialistiche. L'Azienda individua un MMG che assume la funzione di coordinare l'OdC rappresentando l'interfaccia professionale tra la gestione clinica e la direzione distrettuale.

L'OdC possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero, le risposte assistenziali residenziali (RSA) e quelle domiciliari (ADI) con le quali non si pone in una condizione di alternativa o di duplicazione, bensì, in stretto rapporto di collaborazione funzionale quale ulteriore nodo della rete di assistenza territoriale.

3.9.2 - Target, tipologia e durata del ricovero

I pazienti ricoverati presso l'OdC potranno provenire:

da una Unità Operativa di Presidio o Azienda Ospedaliera in quanto necessitano di prolungare la permanenza in un ambiente protetto al fine di:

raggiungere la completa stabilizzazione delle proprie condizioni cliniche prima del rientro a domicilio;

consolidare i risultati ottenuti durante il ricovero in reparto per acuti con recupero dell'autonomia prima del rientro a domicilio, nei casi non sia possibile attivare l'ADI.

dal proprio Domicilio, anche se in ADI o ADP, in quanto necessitano di:

ricovero in OC in mancanza di idoneità, strutturale o familiare, dell'abitazione;

assistenza/sorveglianza infermieristica continuativa;

approfondimenti per un corretto inquadramento diagnostico;

intraprendere una terapia in ambiente protetto.

I ricoveri in OdC sono sempre programmati, per casi non complessi e di breve durata (degenza max 20 giorni).

3.9.3 – Scopi

Gli scopi che si pone la realizzazione dell’OdC sono di due tipi:

- preventivi, ovvero evitare l’ospedalizzazione;
- riabilitativi, ovvero supportare la dimissione e favorire il rientro a domicilio.

3.9.4 - Modalità di ammissione

L’ammissione nella struttura avviene su proposta del Medico ospedaliero sentito il MMG, se il paziente proviene da un ospedale, o dello stesso MMG, che ha la responsabilità clinica del proprio assistito, se proviene dal domicilio; la possibilità di ricovero è prevista anche per i pazienti provenienti direttamente dal Pronto Soccorso sulla base di protocolli operativi stilati e condivisi dal Direttore Medico di Presidio e dal Direttore di Distretto.

Il ricovero in OdC prevede la valutazione multidimensionale e la definizione del piano assistenziale individuale condiviso con il paziente e/o il relativo caregiver.

3.9.5 - Tipologia di prestazioni e elementi chiave

Il MMG e il PLS si avvalgono delle consulenze specialistiche e delle possibilità di accertamenti diagnostici presenti nella UCCP realizzata all’interno della stessa SPS che ospita l’OdC; allo stesso modo il presidio di medici a rapporto orario (Continuità Assistenziale) ed il SAUT intervengono ogni qual volta necessario.

All’interno della struttura, oltre a quelle di cui si è detto, sono previste prestazioni infermieristiche, dell’operatore sociosanitario e, quando necessarie, riabilitative.

Il modello previsto dal presente Piano valorizza, in particolare, la figura dell’infermiere che è presente nella struttura per tutti i giorni della settimana e per l’intero arco della giornata e assume il ruolo di case-manager.

Elementi chiave per la piena funzionalità ed efficacia delle cure erogate dall’OdC sono rappresentati:

- dall’attenzione posta dagli operatori nel favorire lo sviluppo dell’empowerment di pazienti e caregiver;
- dall’attivazione delle risorse della comunità (associazioni di volontariato).

CAPITOLO 4 - Area della Fragilità

Il Paziente Fragile

Da alcuni decenni sia in ambito sociale che sanitario il concetto di fragilità sta riassumendo, in una definizione fine e sensibile, una condizione di ridotto equilibrio psico-fisico-sociale, nella quale plurimorbosità, politerapie, cronicità, disagio sociale concorrono a rendere più esposto l’individuo, determinandone una perdita progressiva della capacità di rispondere alle noxae in maniera reattiva, senza energia propria, piuttosto subendole in forma progressiva, risultando perciò ad esse “fragile”, richiedendo dunque cure e attenzioni più che in condizioni di normale malattia.

Questa condizione sebbene più frequentemente riscontrantesi in età senile, può tuttavia, per le caratteristiche descritte, interessare ogni età con un variabile coinvolgimento sociale, frequentemente condizionante anche la condizione generale del nucleo familiare di appartenenza del paziente stesso.

La fragilità si manifesta a più sfaccettature, da quella della patologia cronica e/o invalidante, a quella della biologia legata alla senescenza, a quella del disagio sociale in contesti di solitudine o di povertà, tutte tra loro condizionantesi con un potenziale effetto di sinergia negativa. A questa fragilità ed alle sue declinazioni cliniche va posta l’attenzione dell’assistenza territoriale, prima ad essere vicina al paziente, prima a dover rispondere, mai come in questo caso, ad una presa in carico complessiva e di integrazione.

Nell’ottica dell’individuazione di questa condizione vengono di seguito esplicitate le indicazioni programmatiche che questa Regione Campania individua per tali pazienti.

4.1 - La Cronicità

4.1.1 - Introduzione

L'aumento delle patologie croniche sta ormai assumendo le caratteristiche di una pandemia tanto da rappresentare un'emergenza che, se non adeguatamente gestita, potrà assumere aspetti destabilizzanti per il Servizio Sanitario.

Dalla lettura dei dati riportati in un'indagine effettuata dal Ministero della Salute nel corso del 2013 scaturisce che il 48,7% della popolazione dai 65 ai 74 anni si dichiara affetta da almeno 2 malattie croniche e che tale percentuale sale al 68,1% se si considerano le persone con più di 75 anni di età. Inoltre, si stima che il 70-80% delle risorse destinate nel mondo all'assistenza sanitaria sia assorbito per la cura delle malattie croniche e che nel 2020 queste rappresenteranno l'80% di tutte le patologie.

L'OMS, nell'ambito dei Piani d'azione 2008-2013 e 2013-2020, evidenzia l'importanza che i Governi e le Amministrazioni intervengano nella prevenzione e controllo delle malattie croniche che vengono definite *“problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”* con chiaro riferimento ai costi, sia diretti che indiretti, da sostenere per la loro cura.

In tale scenario il presente Piano assume a riferimento gli ultimi Piani Sanitari Nazionali, che riconoscono l'impatto sia sanitario che sociale delle malattie croniche, i Piani Sanitari della Prevenzione, che sin dal 2005 identificano il contrasto alla cronicità quale obiettivo determinante da inserire nella pianificazione regionale, il Patto della Salute 2014-2016 che sottolinea il ruolo della medicina di iniziativa, il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 e i Programmi Operativi 2013- 2015, che assumono il modello della gestione integrata quale modalità operativa da seguire quotidianamente, nonché la recente bozza del primo Piano Nazionale della Cronicità.

Il paziente cronico è spesso rappresentato da una persona anziana e affetta da più malattie le cui esigenze di assistenza scaturiscono non solo dalle specifiche condizioni cliniche ma, anche, dalle condizioni socio-familiari ed ambientali.

Inoltre, la presenza di pluripatologie aumenta il rischio che i diversi professionisti intervengano sulle singole malattie e non sulla gestione della persona nella sua interezza dando origine a duplicazioni diagnostiche e/o terapeutiche, interazioni farmacologiche, reazioni avverse e interventi che possono risultare finanche in contrasto tra loro con forte rischio di riduzione della compliance del paziente. L'approccio metodologico deve, dunque, differenziarsi da quello tradizionale e, sulla scorta della valutazione globale, mirare al miglioramento della qualità della vita.

I dati disponibili indicano che le malattie croniche rappresentano la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità.

Diventa dunque strategico:

- assicurare la prevenzione e il controllo della cronicità promuovendo programmi intersettoriali ed azioni che privilegino l'approccio unitario e centrato sulla persona;
- responsabilizzare tutti gli attori che intervengono lungo il percorso ivi incluso lo stesso paziente che deve partecipare in maniera proattiva all'intero processo e sottoscrivere un “patto di cura” con il team di assistenza;
- superare la contrapposizione tra ospedale e territorio e ancor più quella tra medico specialista ospedaliero e medico specialista territoriale, non solo perché tale distinzione può erroneamente configurare una gradazione di competenze e professionalità, bensì perché detta differenziazione pregiudica l'auspicato continuum territorio-ospedale-territorio;
- mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio riducendo al minimo il rischio di istituzionalizzazione;
- sviluppare un'adeguata formazione degli operatori anche al fine di definire appropriati percorsi di cura che identifichino le fasi, le sedi, i servizi e le prestazioni da erogare in base allo stadio della patologia;
- favorire l'aderenza della persona malata al percorso di cura, ovvero contrastare il rischio di abbandono del percorso rinforzando di continuo le informazioni relative allo stato di salute

dell'assistito, al fine di perseguire un buon livello di conoscenza e consapevolezza da parte paziente e dei suoi familiari.

4.1.2 - La promozione della salute, l'educazione sanitaria e la diagnosi precoce

Le principali patologie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie) riconoscono specifici fattori di rischio comportamentali comuni e modificabili (abitudine al fumo di tabacco, abuso di bevande alcoliche, sedentarietà, scarso consumo alimentare di frutta e verdura) che possono generare alcuni fattori di rischio cosiddetti intermedi (ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, sovrappeso, obesità).

Diventa, dunque, importante promuovere e coordinare programmi intersettoriali finalizzati alla modifica degli stili di vita non salutari.

Oltre all'attività di promozione alla salute e all'educazione terapeutica (per la prevenzione delle complicanze, comorbidità e disabilità), le principali azioni da potenziare per raggiungere buoni livelli di contrasto alle cronicità sono rappresentate dalla pronta individuazione delle condizioni di rischio e dalla diagnosi precoce.

4.1.3 - La rete di assistenza e il riequilibrio territorio-ospedale

Se si confrontano le principali caratteristiche delle malattie acute e delle malattie croniche, ben sintetizzate nella tabella che segue, si comprende la diversità dei bisogni presentati da questi pazienti e i motivi per cui si rende necessario prevedere risposte assistenziali differenti e personalizzate.

MALATTIE ACUTE	MALATTIE CRONICHE
Insorgenza improvvisa	Insorgenza graduale nel tempo
Episodiche	Continue
Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
Cura specifica a intento risolutivo	Cura continua, raramente risolutiva
Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	Terapia causale spesso non disponibile
La cura comporta il ripristino dello stato di salute	La restitutio ad integrum è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
Assistenza sanitaria di breve durata	Assistenza sanitaria di lungo termine (presa in carico del malato)
Fonte: <i>Il Sole 24 Ore Sanità – Bozza Piano Nazionale della Cronicità</i>	

Per una corretta gestione del paziente cronico il presente Piano persegue il riequilibrio territorio-ospedale e l'integrazione tra assistenza territoriale ed assistenza ospedaliera privilegiando il pieno coinvolgimento delle strutture distrettuali e l'utilizzo di strumenti operativi che si ispirano al disease management: solo così l'ospedale potrà finalmente rappresentare un nodo della rete impegnato per i soli interventi di alta specializzazione e in grado di interagire con il Distretto Sanitario.

Pertanto, i tre classici livelli di assistenza (primaria, specialistica ambulatoriale e degenza ospedaliera) costituiscono un continuum, una rete in cui viene utilizzato lo strumento della gestione integrata e in cui ciascun professionista e l'intero team adotta un Percorso Diagnostico-terapeutico-Assistenziale (PDTA) condiviso e costruito sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, con l'ottica di valorizzare il contributo di tutti gli attori della filiera assistenziale di cui l'assistito diventa parte attiva sottoscrivendo un patto di cura con l'equipe operativa.

In particolare, il presente Piano stabilisce l'attivazione prioritaria dei PDTA relativi alle seguenti condizioni croniche:

diabete in applicazione della DGR n. 1168/2005, della L.R. n. 9/2009, dell'art. 9 dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale del 2013, dei Programmi Operativi 2013-2015 – intervento 13.2 – DCA n. 108/2014 e del DCA n. 26/2014;

piele diabetico e ulcere cutanee in applicazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, dei Programmi Operativi 2013-2015 – intervento 13.3 – DCA n. 108/2014 e del DCA n. 43/2014;

- *bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)* in applicazione dei Programmi Operativi 2013-2015 – intervento 13.2 – DCA n. 108/2014 e del DCA n. 40/2015;
- *scompenso cardiaco e ipertensione* in applicazione delle Linee Guida di cui alla DGR n. 6960/2002, dei Programmi Operativi 2013-2015 – intervento 13.2 – DCA n. 108/2014 e delle Linee Guida di riferimento - con adozione del relativo PDTA ;
- *nefropatie* in applicazione delle Linee Guida di riferimento - con adozione del relativo PDTA;
- *sclerosi laterale amiotrofica (SLA)* e malattie del motoneurone in applicazione del DCA n. 51/2015;
- *demenze* in applicazione del DCA n. 52/2015.

In prosieguo sono attivati gli ulteriori PDTA che la Regione individua con il coinvolgimento dei medici convenzionati, anche per le aree di cronicità della età pediatrica.

Il modello di rete, centrato sui bisogni e sulla stadiazione, consente di attivare percorsi personalizzati con individuazione del responsabile della gestione dell'intero processo di cura e previsione della partecipazione attiva dell'assistito e del caregiver previa sottoscrizione di consenso informato da parte del paziente o suo familiare.

In tal modo i casi meno complessi sono gestiti all'interno delle cure primarie, mentre, per quelli con maggiore complessità, vengono effettuati follow up più intensivi.

In ogni caso l'assistenza è erogata da parte dell'intero team integrato e i diversi professionisti apportano, alle previste cadenze temporali, contributi diversificati e al tempo stesso convergenti.

Tale impostazione garantisce la continuità assistenziale e un efficace raccordo tra i diversi livelli (territorio – ospedale – territorio, medicina di base e specialistica, strutture residenziali territoriali, centri diurni, ecc.) e, inoltre, consente di prevedere interventi di crescente intensività basati sulla logica della collaborazione e della corresponsabilità.

Al fine di evitare che il paziente abbandoni il proprio percorso e si rivolga, in maniera autonoma e non coordinata, ad un diverso punto di erogazione, il più delle volte inappropriato, è essenziale che le Direzioni delle Aziende provvedano a:

- individuare canali dedicati che consentano di superare le ordinarie liste di attesa;
- attivare anche nel territorio i Day Service Ambulatoriali per l'accesso ai Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC), di cui alla DGR n. 102/2009 e al DCA n. 17/2014, collegati ai 6 PDTA previsti dal presente Piano.

4.1.4 - Il sistema informativo

La disponibilità di un adeguato sistema informativo costituisce altro fondamentale presupposto per affrontare la cronicità.

A tal fine questo deve necessariamente consentire di identificare il target di riferimento e di rendere le informazioni tempestivamente disponibili per tutti gli operatori coinvolti nel percorso di cura e per lo stesso assistito.

Sarà così possibile promuovere anche la costruzione dei registri di patologia e misurare più agevolmente gli indicatori utilizzati per la valutazione degli interventi effettuati.

4.1.5 - Il ruolo del Distretto Sanitario e le Cure domiciliari

Il luogo privilegiato per presidiare i percorsi di cura delle persone affette da malattia cronica, improntati al *Chronic Care Model* e alla *Piramide di Kaiser*, è rappresentato dal Distretto Sanitario che opera in integrazione con i servizi sociosanitari e in continuità con i servizi ospedalieri per i casi ad alta complessità e severità.

Il presente Piano attua tale modello anche attraverso la realizzazione delle AFT e delle UCCP che favoriscono l'integrazione e il coordinamento operativo tra i diversi attori che partecipano al piano di cura e adottano la medicina di iniziativa e la gestione attiva della cronicità.

Gli Ospedali di Comunità e le restanti strutture intermedie residenziali e semiresidenziali territoriali, previste dal Piano, costituiscono gli ulteriori nodi della rete di assistenza al paziente cronico.

Tale riorganizzazione dell'assistenza territoriale viene attuata valorizzando il ruolo fondamentale ricoperto dal MMG e dal PLS, nonché, quello rivestito dalle famiglie, dalle reti parentali e dal volontariato.

Spetta, infatti, alle Cure Primarie, in raccordo con il Distretto Sanitario attraverso le sue strutture operative (PUA, UVI, UVBR) il compito di pianificare e coordinare gli interventi attraverso l'adozione di una medicina di iniziativa che garantisca ai pazienti e ai loro familiari la migliore qualità di vita possibile.

Obiettivo fondamentale del presente piano è quello di mantenere il più a lungo possibile la persona malata al proprio domicilio e di evitare l'istituzionalizzazione attivando ogni qual volta necessario e possibile (condizioni abitative e presenza del caregiver) le cure domiciliari che rappresentano il setting più appropriato per assistere la persona malata in condizione di fragilità e per promuoverne l'empowerment, sviluppando la sua capacità di autogestione consapevole dei bisogni.

In nessun caso l'erogazione delle Cure Domiciliari potrà avvenire al di fuori della compiuta valutazione distrettuale, multidisciplinare e multidimensionale, mediante gli strumenti operativi: PUA, UVI.

Tale setting domiciliare, inoltre, consente di realizzare le dimissioni programmate e/o protette dai reparti ospedalieri per acuti, dalle strutture riabilitative post-acute ed estensive e dalle RSA.

4.1.6 - La presa in carico dell'assistito

La presa in carico dell'assistito avviene attraverso la valutazione multiprofessionale che, in presenza di bisogni di diversa natura, è anche multidimensionale con attivazione della Unità di Valutazione Integrata (UVI) distrettuale e stesura del percorso assistenziale individuale / piano di cura personalizzato centrato sui bisogni globali (non solo clinici), sulle aspettative e sui desideri della persona malata.

Il piano di cura personalizzato, oltre a definire la pianificazione delle attività, prevede la valutazione evolutiva dei relativi esiti da intendere come insieme dei risultati intermedi e finali riferiti, oltre che agli aspetti clinici, anche alla disabilità e alla qualità della vita, utilizzando indicatori che siano in grado di esaminare lo stato di "salute globale" della persona.

Nei casi in cui non è possibile attivare l'ADI, per mancanza della rete sociofamiliare e/o per inidoneità dell'abitazione, l'assistito viene ospitato presso le diverse tipologie di strutture semiresidenziali o residenziali pubbliche o accreditate in relazione alla specificità del bisogno presentato.

Qualunque sia il setting di cura attivato è essenziale che il sistema assicuri l'equità di accesso, attraverso la Porta Unitaria di Accesso (PUA) distrettuale, la presa in carico globale e che la relazione con la persona malata e i suoi familiari sia improntata sull'accoglienza, l'ascolto attivo e l'empatia.

4.1.7 - Finalità

Gli scopi perseguiti dal presente Piano attraverso l'attivazione del modello descritto sono rappresentati da:

- ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e i ricoveri per frequenti riacutizzazioni delle patologie croniche;
- favorire le dimissioni protette;
- contrastare l'istituzionalizzazione;
- assicurare l'accessibilità e fruibilità dei servizi;
- garantire la continuità dell'assistenza e la presa in carico globale e unitaria;
- migliorare la qualità di vita e la dignità della persona malata;
- perseguire una maggiore umanizzazione delle cure;
- migliorare il quadro clinico e mantenere il più a lungo possibile le autonomie funzionali della persona malata;
- prevenire le possibili complicanze e disabilità;
- contrastare la frammentazione e duplicazione degli interventi;
- rafforzare l'aderenza al trattamento;
- perseguire più elevati livelli di appropriatezza diagnostico-terapeutica ed organizzativa;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

4.1.8 – Gli strumenti per l'integrazione e la gestione della cronicità: i Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)

Il piano prevede che all'interno di ciascuna azienda sanitaria vengano formalizzati, aggiornati e implementati i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) che devono mirare a garantire sia efficacia che efficienza nella gestione integrata di alcuni quadri nosografici prioritari. Infatti, il PDTA:

- pone al centro dell'esperienza socio-sanitaria il cittadino/paziente;
- mira a una presa in carico del cittadino/paziente - dalla prevenzione alla riabilitazione - che ha un problema di salute, per la cui gestione diventano spesso necessari interventi multi professionali e multidisciplinari in diversi setting sanitari e sociosanitari.

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali contestualizzano Linee Guida di una patologia o problematica clinica e permettono di delineare il miglior percorso praticabile all'interno della organizzazione.

Attraverso il modello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale di cui al presente Piano, sono assicurati prioritariamente i PDTA Regionali per i seguenti quadri nosografici:

- il diabete e le sue complicanze (piede diabetico e ulcere cutanee);
- lo scompenso cardiaco;
- l'ipertensione essenziale;
- le patologie respiratorie (asma e le bronco-pneumopatie croniche ostruttive);
- la sclerosi laterale amiotrofica (SLA),
- la nefropatia cronica;
- la demenza;
- il dolore cronico (come individuato dalla Legge 38/2010).

Le Aziende possono implementare ovviamente ulteriori PDTA con il coinvolgimento attivo dei medici convenzionati e dipendenti. Tutti i PDTA devono, comunque, possedere i seguenti elementi chiave:

- regolamentazione delle azioni di medicina preventiva o di iniziativa;
- indicazioni per attività di diagnostica;
- le modalità terapeutiche da adottare individuando la presa in carico del paziente e la formulazione di un piano di cura personalizzato (PAI - Piano di Assistenza Individuale);
- le attività di diagnostica post-terapia;
- le attività di follow-up valutando l'integrazione tra interventi strettamente clinici e socio-sanitari;
- le attività e le modalità di eventuale ospedalizzazione.
- le attività, i ruoli coinvolti, i setting sanitari e socio-sanitari interessati e gli indicatori di outcome da monitorare.

Le Fasi chiave per la realizzazione di un PDTA sono le seguenti:

- la scelta del problema di salute e ricognizione dello stato esistente;
- la costruzione di un percorso "ideale" con lo scopo di definire le migliori pratiche professionali e gestionali e disegnare un "percorso ideale" di riferimento oltre a valutare incongruenze e punti critici del percorso effettivo oggetto di modifica e monitoraggio;
- la costruzione del "*percorso di riferimento*", che identifica i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi e realizzabili. Dopo aver identificato i traguardi assistenziali e gli outcomes attesi, deve essere definita la successione delle azioni necessarie e realizzabili, le azioni ritenute non necessarie o ridondanti e da eliminare;
- la gestione del cambiamento attraverso una fase pilota per verificare ruoli, attività e indicatori di outcome.;
- il monitoraggio del PDTA per verificare i risultati complessivamente raggiunti dalle strutture organizzative (AFT, UCCP o altre organizzazioni Socio- Sanitarie).

4.1.9 – Partecipazione alla Rete Oncologica Regionale

I Distretti Sanitari partecipano alla Rete Oncologica Regionale tra i centri di I livello assistenziale, con funzioni di screening e diagnostico-stadiative. L'offerta assistenziale integra quella erogata anche dai Presidi Ospedalieri delle AASSL ed attiene alle indagini di screening oncologico ed attività ambulatoriali, laddove presenti, eroganti prestazioni previste nei PDTA oncologici patologia specifici, così come richieste nel Piano di Cura stabilito dai Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) che hanno effettuato la presa in carico del paziente affetto da neoplasia, previsti nell'apposito DCA "Rete Oncologica Regionale".

Nell'ambito della Rete Oncologica nel rispetto degli specifici ambiti di competenza, rientrano anche:

Hospice e Ambulatori di Terapia del Dolore, per la cui definizione ed organizzazione si rimanda alla Rete di Terapia del Dolore della Regione Campania istituita con Decreto del Commissario ad acta n.22 del 10/03/2015, con riferimento alla Legge 38/2010.

Nell'ambito del Distretto dovrà essere individuato, analogamente a quanto previsto nei GOM, un infermiere Case Manager, figura di collegamento territoriale, per la integrazione tra ospedale e territorio, che assicuri la presa in carico del paziente oncologico nelle fasi di passaggio tra il percorso ospedaliero e quello territoriale. Il Case Manager accompagna il percorso individuale di cura divenendo riferimento e facilitatore della continuità del percorso stesso, occupandosi del coordinamento organizzativo affinché non ci siano soluzioni di continuo nella erogazione delle cure.

4.2 - La disabilità

Presa in carico e valutazione del bisogno dei soggetti adulti

4.2.1 - Introduzione

In Regione Campania l'offerta territoriale di assistenza sanitaria e sociosanitaria per disabili è attualmente articolata in:

- attività di riabilitazione estensiva per disabilità complesse in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare;
- attività residenziale e semiresidenziale in "Residenze Sanitarie Assistenziali per disabili non autosufficienti/Centri Diurni Integrati", che erogano prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento;
- cure domiciliari integrate/ADI.

Le prestazioni di riabilitazione finora erogate in Regione Campania hanno rappresentato non solo una risposta a bisogni sanitari/riabilitativi della popolazione disabile ma anche una funzione di sussidiarietà, dando conto a diversi, seppur gravi, bisogni assistenziali di natura socio sanitaria. Negli anni, questo ha determinato poca chiarezza negli obiettivi dei diversi livelli assistenziali, delle strutture e degli stessi programmi riabilitativi.

Una rilevante criticità del sistema è rappresentata dallo scollamento esistente tra i presidi ospedalieri per acuti e i diversi setting assistenziali territoriali con frammentazione e/o duplicazione degli interventi.

Tenuto conto della classificazione del progetto ministeriale Mattone, delle indicazioni del Comitato di verifica Lea e delle valutazioni degli adempimenti LEA, la Regione Campania sta provvedendo alla riqualificazione ed al potenziamento dei servizi di assistenza distrettuale e territoriale, nell'ottica del complessivo riequilibrio tra l'offerta territoriale e quella ospedaliera dei livelli assistenziali residenziali e semiresidenziali e della ridefinizione dei livelli assistenziali ed organizzativi degli interventi a favore delle persone con disabilità, al fine di colmare le lacune nel sistema di offerta.

Il Piano di Indirizzo per la riabilitazione, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 10.02.2011, indica, infatti, la necessità di realizzare un uniforme modello organizzativo centrato sui bisogni di salute della persona, idoneo a garantire in maniera coordinata la presa in carico riabilitativa precoce e la continuità della stessa nei vari setting di cura, ospedalieri e territoriali.

4.2.2 – Presa in carico riabilitativa precoce e continuità assistenziale

La presa in carico riabilitativa coincide con il diritto dell'individuo a ricevere una valutazione diagnostico-prognostica al fine di individuare il percorso riabilitativo più idoneo ed efficiente e gli interventi più appropriati sulla base di un progetto riabilitativo individuale che tiene conto della valutazione clinica, della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma.

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), elaborato con i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), rappresenta il primo strumento di continuità della presa in carico riabilitativa e di interventi integrati tra i vari setting di cura, ospedalieri e territoriali.

L'ICF rappresenta il linguaggio unificante per conoscere la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento che ne è la base. I suoi tre elementi fondamentali (strutture e attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione) danno la possibilità di sintetizzare gli aspetti bio-patologici con quelli individuali, relazionali e ambientali, guidando la valutazione multidimensionale della persona e la definizione individuale degli outcome da raggiungere tramite il Progetto Riabilitativo e i suoi interventi: gli interventi (programmi) centrati sui diversi problemi (valutazione e trattamento di sintomi o patologie, ricostruzione/riapprendimento di funzioni o capacità, modifiche dell'atteggiamento soggettivo, dell'ambiente o del contesto anche tramite ausili ecc.) generano specifici output, step e contemporaneamente indicatori delle diverse fasi e settori; indicatori atti alla valutazione di risultato e contemporaneamente alle eventuali modifiche (anche in progress) del processo stesso.

Il riferimento costante delle attività riabilitative è il concetto di *modificabilità* ed è incluso nel processo decisionale che definisce l'ambito riabilitativo (intensivo/estensivo; ospedaliero/territoriale; socio-sanitario) nonché la necessaria appropriatezza dei programmi, e delle relative responsabilità degli stessi, che compongono il PRI, fino alla indicazione della uscita dalla presa in carico riabilitativa, come estesamente descritto nel Piano di Indirizzo per la Riabilitazione.

La dimissione del paziente dall'ospedale rappresenta una fase determinante per la continuità della presa in carico riabilitativa attivata precocemente in fase acuta: essa deve garantire la realizzazione di un'attenta valutazione del bisogno riabilitativo e/o clinico-assistenziale della persona e delle operazioni necessarie, anche dal punto di vista gestionale, organizzativo e informativo, per un appropriato trasferimento verso un altro setting di cura o al domicilio.

A tal fine risulta indispensabile il raccordo tempestivo con il distretto di residenza del paziente al fine di consentire la presa in carico territoriale già in fase di ricovero ospedaliero.

Le Linee Guida regionali per la riabilitazione, approvate con D.G.R. n. 482 del 25.03.2004, individuano l'U.V.B.R. quale equipe multidisciplinare responsabile dell'identificazione e della quantificazione dei bisogni riabilitativi per la definizione del percorso più appropriato, da attivare presso le AASSLL, le AA.OO, le AA.OO.UU.PP e gli IRCCS.

4.2.3 – Lo strumento operativo per la presa in carico precoce e la continuità assistenziale: L'Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UVBR) ospedale-territorio

In regione Campania si rileva un forte scollamento tra i presidi ospedalieri territoriali per acuti e i diversi setting assistenziali della riabilitazione in quanto l'individuazione e quantificazione del bisogno di assistenza riabilitativa, fatte salve alcune sporadiche ed isolate esperienze, è, di massima, disgiunta dal ricovero e dalla dimissione ospedaliera.

Tale carenza comporta che, di frequente, venga prolungato il periodo di degenza o che il paziente venga direttamente inserito dal reparto ospedaliero in una struttura di riabilitazione intensiva.

Nei restanti casi l'assistito rientra al proprio domicilio senza aver ricevuto alcun Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e i familiari si rivolgono al medico di medicina generale per acquisire la prescrizione di prestazione specialistica domiciliare e successivamente effettuano la prenotazione presso il Distretto Sanitario che, a sua volta, allerta la Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (U.V.B.R.).

Quest'ultima ha il compito di definire il livello di intensità delle cure da erogare ed il PRI: solo a questo punto l'assistito può essere inserito in un percorso di cura riabilitativo post-ricovero.

4.2.4 – Il Piano di indirizzo nazionale e linee guida regionali

Il Piano di Indirizzo per la riabilitazione approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 10.02.2011 nell'individuare **gli** indirizzi strategici che le Regioni devono seguire pone al primo posto *“la centralità del cittadino salvaguardata dal progetto individuale personalizzato e dal conseguente percorso assistenziale e riabilitativo, nonché dalla continuità del progetto riabilitativo individuale nei vari contesti e setting assistenziali”*.

Le Linee Guida regionali per le Attività di Riabilitazione, approvate con D.G.R. n. 482 del 25.03.2004 prevedono che:

- ciascuna Azienda Sanitaria dovrà impegnarsi a sviluppare e garantire il percorso riabilitativo integrato realizzando l'integrazione funzionale tra i presidi per acuti e quelli di riabilitazione;
- il mezzo per realizzare tale integrazione è rappresentata dall' Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi (UVBR);
- questa è struttura propria delle AA.SS.LL. con il compito di valutare il singolo bisogno individuale e l'insieme dei bisogni (bisogno globale) delle persone afferenti all'Azienda Sanitaria cui appartiene;
- la UVBR fa capo all'unità operativa fisiatrica competente per territorio o al Dipartimento di Riabilitazione Aziendale, ove esistente;
- nelle AA.OO. nelle AA.OO.UU.PP. e negli IRCCS, l'U.V.B.R. utilizza di base le professionalità dell'U.O. di Riabilitazione opportunamente integrata;
- la U.B.V.R. provvede all'individuazione e alla quantificazione dei bisogni e all'individuazione delle modalità gestionali dei soggetti disabili nell'ambito dei servizi sanitari intra ed extra-ospedalieri, ispirandosi ai tipici principi della valutazione funzionale globale e multidimensionale.

4.2.5 - La unità di valutazione del bisogno riabilitativo integrata ospedale - territorio

Il presente Piano, al fine di superare la separazione oggi esistente tra i presidi per acuti e i diversi setting assistenziali della riabilitazione, finalità raccomandata dalle Linee Guida regionali e dal Piano di Indirizzo nazionale, dispone che tutte le Aziende Sanitarie attivino entro il 31/12/2016 le U.V.B.R. integrate ospedale-territorio ciascuna delle quali assicura la propria operatività in uno o più Presidi Ospedalieri.

Infatti, la U.V.B.R. integrata ospedale-territorio si caratterizza per la sua flessibilità; al fine di perseguire maggiori economie di scala, fa capo alla Struttura centrale di Riabilitazione o al Distretto Sanitario ed ha competenza sovradistrettuale operando presso più presidi ospedalieri della stessa Azienda.

La stessa individua i seguenti ambiti prioritari di intervento:

- le UU.OO. di Ortopedia e Traumatologia;
- le UU.OO di Rianimazione;
- le UU.OO. di Neurologia;
- le UU.OO di Bronco-Pneumologia;
- le UU.OO di Cardiologia.

Le AA.OO., le AA.OO.UU. e gli IRCCS attivano proprie equipe per la presa in carico riabilitativa precoce in fase acuta del paziente, con l'attivazione degli interventi riabilitativi necessari già durante il ricovero ospedaliero e con la predisposizione del PRI che dovrà essere osservato anche nella successiva fase di dimissione.

Per le AA.OO., le AA.OO.UU. e gli IRCCS che non hanno attivato alcuna U.V.B.R. opera la U.V.B.R. della A.S.L. territorialmente competente previa sottoscrizione, entro il 31 dicembre 2016, di specifica intesa da parte delle aziende interessate.

Attraverso la costituzione della U.V.B.R. integrata ospedale – territorio si realizza:

- l'integrazione e continuità tra le strutture per acuti e quelle di riabilitazione ospedaliera ed extra-ospedaliera accreditate (ex codici 56 e 60, ex art. 26 - residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare);
- l'individuazione precoce del setting assistenziale più appropriato al bisogno di salute del singolo paziente il quale riceve il progetto terapeutico-riabilitativo individuale prima della dimissione dal reparto per acuti;
- l'attivazione, ogni qualvolta possibile e in alternativa alle strutture di riabilitazione, dell'assistenza domiciliare o l'avvio del paziente ad un percorso socio-sanitario;
- la presa in carico territoriale dell'assistito senza che vi sia alcuna soluzione di continuità;
- il punto di partenza per la strutturazione operativa del lavoro in rete tra le strutture e i setting coinvolti.

4.2.6 – Composizione della UVBR

Il nucleo base della U.V.B.R. è costituito da un team di professionisti di cui fanno parte i medici prescrittori (fisiatra e/o neuropsichiatra infantile e/o audiologo– foniatra e/o oculista e/o neurologo e/o pneumologo e/o cardiologo) e le seguenti ulteriori figure professionali:

- fisioterapista;
- assistente sociale;
- infermiere.

Tale nucleo è di volta in volta integrato in relazione:

- alla tipologia di disabilità e/o menomazione presentata dall'assistito: ortopedico, psicologo, terapeuta occupazionale, educatore professionale, logopedista, ecc.;
- alla sua età: terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, ecc.

Al processo di valutazione concorre anche il personale ospedaliero che ha avuto in cura l'assistito nella fase di acuzie al fine di individuare una risposta quanto più appropriata possibile al reale bisogno di salute.

4.2.7 - Scopi

La costituzione della U.V.B.R. integrata ospedale-territorio consente di perseguire le seguenti finalità:

- attivare le dimissioni protette attraverso l'integrazione con i reparti ospedalieri e la presa in carico territoriale del paziente;
- favorire le cure domiciliari e, comunque, l'inserimento precoce dell'assistito nel setting più appropriato al bisogno di salute;
- realizzare la valutazione funzionale globale e multidimensionale;
- ridurre il numero medio di giornate di degenza ospedaliera;
- abbassare i tempi medi di attesa per i ricoveri ordinari;
- migliorare la qualità dell'assistenza alla persona disabile favorendo il recupero e/o mantenimento delle proprie autonomie.

4.2.8 – La presa in carico dei soggetti disabili in età evolutiva

La peculiarità della disabilità in età evolutiva sta nel fatto che gli esiti dell'evento lesivo interagiscono con la dinamica dello sviluppo fisico, psichico e sociale del minore, determinando una cascata di possibili effetti negativi. I campi che vengono chiamati in causa non sono infatti relativi alla sola fenomenica minorativa (dal verificarsi dell'evento lesivo fino alla situazione di svantaggio esistenziale), ma si estendono anche alle tematiche dell'istruzione (dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale) e hanno implicanze nel sociale. Si tratta di aspetti che, pur non avendo una valenza di tipo strettamente sanitario, sono tuttavia strettamente essenziali se si vuole che il recupero (o il suo tentativo massimale) tenda al raggiungimento delle maggiori possibilità di integrazione sociale.

Gli interventi riabilitativi devono essere erogati con particolare attenzione all'efficienza delle procedure in termini di ottimizzazione delle condizioni necessarie per raggiungere il massimo sviluppo possibile. Il quadro diagnosticoprognostico del soggetto in età evolutiva, perché da esso si

possa delineare un programma terapeutico-riabilitativo, deve indicare: ciò che non si è sviluppato; ciò che manca perché tale sviluppo abbia luogo; che cosa deve essere provato per poter affermare che, anche in condizioni ottimali, lo sviluppo in questione non può aver luogo.

La riabilitazione partecipa in modo assai stretto ai processi di apprendimento, di sviluppo, di crescita. Abilitare in questo ambito significa promuovere, facilitare lo sviluppo senso-motorio, cognitivo, affettivo-relazionale del bambino in stretta collaborazione con gli operatori scolastici e la famiglia.

Il processo riabilitativo ha un carattere olistico in quanto si rivolge al bambino nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale ed ecologico poiché coinvolge la famiglia e il contesto ambientale e sociale relazionale del bambino in stretta collaborazione con gli operatori scolastici e la famiglia.

Gli interventi riabilitativi in età evolutiva si caratterizzano per essere rivolti a patologie in cui, nella maggior parte dei casi, il danno neuro-anatomofunzionale è precoce e, pertanto, le finalità terapeutiche non sono sempre volte al ripristino di funzioni o di abilità già presenti e secondariamente compromesse bensì a realizzare le condizioni per cui queste possano comparire ed evolvere malgrado il danno subito.

4.2.9 – La presa in carico del minore con disabilità: stato attuale

La presa in carico del minore con disabilità risulta oggi essere disomogenea sul territorio regionale e realizzata seguendo diversi percorsi, a volte indirizzati verso l'ambito della salute materno infantile, altre verso i Dipartimenti di Salute Mentale, altre ancora verso le Unità Operative di Riabilitazione. Gli interventi riabilitativi vengono erogati principalmente nei centri di riabilitazione ex art. 26 con prestazioni di riabilitazione estensiva. Non esistono oggi strutture sanitarie territoriali residenziali e semiresidenziali che erogano prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative e socioriabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico.

Mancano il più delle volte nei servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza equipe multidisciplinari dedicati alla presa in carico, in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche.

Il presente piano, tenuto conto della classificazione del progetto Mattone, delle indicazioni del Comitato di verifica LEA e delle valutazioni degli adempimenti LEA, programma la riqualificazione dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale prevedendo la ridefinizione dei livelli assistenziali ed organizzativi degli interventi a favore delle persone con disabilità in età evolutiva con necessità di trattamenti terapeutico-riabilitativi nonché per minori affetti da disturbi dello spettro autistico e/o disturbi della sfera cognitiva e relazionale.

Negli ultimi anni la Regione Campania ha focalizzato particolare attenzione sull'esigenza di potenziare i servizi territoriali per la presa in carico dei soggetti in età evolutiva anche con specifico riferimento ai minori con disturbi dello spettro autistico, ponendo l'accento sulla multidisciplinarietà della valutazione del bisogno e sulla necessità della costituzione di equipe territoriali con il compito di gestire e monitorare i percorsi di diagnosi e di trattamento della disabilità.

In ogni fase del percorso di cura è determinante la collaborazione tra le persone e le agenzie che si occupano della salute e dell'educazione (pediatri di libera scelta, servizi di neuropsichiatria infantile ospedalieri e territoriali, strutture di riabilitazione, scuola, Comuni ed Ambiti) con l'obiettivo di superare l'attuale frammentazione degli interventi e di realizzare un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata.

La scuola, i servizi sanitari, quelli sociosanitari e la famiglia, sono chiamati ad operare in maniera sinergica al fine di garantire la diagnosi precoce, la tempestività, l'unitarietà e l'omogeneità dell'intervento personalizzato, con riferimento agli interventi diagnostici – terapeutici – abilitativi e riabilitativi, nonché la continuità delle cure nel setting di assistenza più appropriato, privilegiando la permanenza dell'assistito nel proprio ambiente di vita.

4.2.10 – L'integrazione Ospedale-Territorio

Il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera di cui al DCA n. 33/2016 ha previsto per la prima volta in Regione Campania l'istituzione di posti letto per acuti dedicati alla disciplina di Neuropsichiatria Infantile presso la AORN Santobono e l'AORN Ruggi d'Aragona.

Tale disponibilità di posti letto permetterà la gestione di casi di acuzie nell'ambito regionale, evitando fenomeni di mobilità passiva associati ad ulteriore disagio familiare. Con questa forma assistenziale le ASL ed i N.NP.I.A. dovranno sviluppare una nuova e forte integrazione per percorsi protetti di ammissione, dimissione, continuità assistenziale.

4.2.11 – Il ruolo dei servizi ospedalieri e delle strutture intermedie

La gestione delle acuzie e delle situazioni in emergenza-urgenza psichiatrica è garantita dai servizi ospedalieri e universitari, in tal senso specializzati, in regime di ricovero, come da paragrafo 4.2.10. In particolare, per i casi in emergenza-urgenza è prevista una forte integrazione tra Ospedale – Territorio – Servizi sociali e Autorità Giudiziaria.

Per casi selezionati e specifici, allorché nel corso della valutazione emerga l'opportunità di allontanare l'assistito dal proprio ambiente di vita al fine di migliorare gli esiti del programma terapeutico e nei casi in cui si renda necessario alleggerire il carico assistenziale sostenuto dalla famiglia attivando un ricovero di sollievo, è prevista la possibilità di ricovero in strutture residenziali e semiresidenziali.

4.3 - La "NON AUTOSUFFICIENZA"

4.3.1 – Introduzione

A distanza di alcuni anni dal decreto Commissariale n. 22/2011 che approvava il Piano Sanitario Regionale e nel quale un capitolo considerevole è stato dedicato alla non autosufficienza, si deve ancora registrare la carenza ovvero la pluralità e diversità di definizioni della non autosufficienza a livello nazionale e quindi regionale. Pertanto ancora oggi per poter offrire il quadro normativo di riferimento dobbiamo ricostruire il mosaico di norme e riferimenti ai quali aggiungiamo il citato decreto commissariale, che col capitolo 8.2 dedicato alla rete della non autosufficienza, ha tentato di comporre una definizione di non autosufficienza, ricorrendo ad una serie di fonti alle quali si rimanda.

Alla luce degli ultimi riferimenti programmatori del Ministero della Salute orientati a definire la non autosufficienza quale elemento trasversale alle fasce di età e di diversa etiologia (PSN 2003-2005, PSN 2006-2008, Accordo Stato-Regioni per l'utilizzo dei fondi a destinazione vincolata anno 2009, Patto per la salute) consideriamo utile la proposta di considerare quali componenti per valutare la non autosufficienza i tre assi che la compongono

- salute (patologie anche cronicizzate);
- assetto funzionale (autonomia);
- assetto sociale (aiuti familiari e informali, ecc.).

Questo approccio ci consente di superare la cronica carenza di un'univoca definizione e di portare l'attenzione sulle reali condizioni del soggetto, pertanto di uscire dall'equivoco di elencare alcune patologie invalidanti o che causano o concorrono alla non autosufficienza ma ci impone di affinare tutti gli strumenti per la corretta individuazione delle aree e degli assi che compongono la non autosufficienza. Occorre lavorare sulla complessità e sugli strumenti che consentono la misurazione e la ponderazione e anche sui criteri di eleggibilità ai servizi e di priorità di accessi. Dal concorso di più fattori appartenenti ai diversi assi individuati si determina il grado di complessità e di intensità della richiesta per rispondere ai bisogni espressi.

La programmazione nazionale del fondo non autosufficienza 2016 recentemente conclusa non riporta una definizione di non autosufficienza e parte dal concetto controverso di disabilità gravissima, e all'art. 7 propone la definizione di un piano triennale per la non autosufficienza che definisca i criteri per individuare i soggetti non autosufficienti a partire dalla nozione di persone con necessità di sostegno intensivo, differenziato sulla base dell'intensità del sostegno necessario. La conclusione che si trae è che la non autosufficienza può essere definita quale fenomeno che può interessare varie categorie di soggetti, anziani, minori, adulti con gravi limitazioni delle capacità e

delle funzioni, soggetti affetti da patologie cronico-degenerative, soggetti affetti da demenze, disabili adulti e minori in condizione di disabilità stabilizzata con perdita parziale o totale della autonomia e della autosufficienza ai quali si riconducono anche soggetti affetti da stati vegetativi e di minima coscienza, soggetti affetti da malattie neurodegenerative.

Nel Patto della Salute approvato nel luglio 2014 si rinvia alle Regioni “la disciplina di principi e strumenti per l’integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali”, per l’area della Non autosufficienza, oltre che per l’area della Salute Mentale, assistenza ai minori e dipendenze.

Analogamente nel DPCM di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, il Capo IV Assistenza sociosanitaria, l’assistenza sociosanitaria territoriale è declinata in cure domiciliari, offerta residenziale e semiresidenziale per soggetti non autosufficienti. Sempre al Capo IV introduce i percorsi integrati di assistenza che si costruiscono con l’accesso unitario ai servizi e con la valutazione multidimensionale del bisogno.

Percorsi integrati e strumenti di attuazione

Per rispondere ai bisogni complessi occorre strutturare un sistema territoriale di welfare idoneo ad accompagnare e tutelare le persone in condizione di non autosufficienza nell’ambito della rete integrata dei servizi e degli interventi, secondo l’approccio della continuità assistenziale, garantendo alle persone non autosufficienti:

l’universalità dell’accesso, attraverso la rete dei servizi territoriali sociali e sanitari in grado di accogliere la domanda sociale e di accompagnarla verso la definizione del percorso personalizzato integrato;

l’integrazione delle politiche sanitarie e sociali, attraverso la presa in carico e la valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente;

la progettualità personalizzata e partecipata.

I percorsi integrati di presa in carico si realizzano attraverso la Porta Unica di Accesso, prossima agli utenti e con la individuazione di evidenti criteri di valutazione multidimensionale e multi-professionale del bisogno.

La Porta Unica di accesso e l’Unità di Valutazione Integrata sono stati normati in Regione Campania l’indomani dell’approvazione della legge nazionale 328/2000 sui servizi sociali integrati quali strumenti per conseguire l’integrazione sociosanitaria sotto i 3 diversi profili che la compongono:

istituzionale;

organizzativa;

professionale.

Gli atti di riferimento sono la DGRC 6467/2002 e 2006/2004, riformulate e ridefinite nelle indicazioni operative dalla DGRC 790/2012, recepita da DCA n. 84/2013, e dalla DGRC n. 41/2011 che costituiscono i riferimenti attuali.

Entrambi i dispositivi contenevano indicazioni prescrittive per le ASL in merito all’organizzazione e funzionamento della PUA e della UVI.

Da una ricognizione condotta sull’applicazione di questi atti, è risultata una disomogenea applicazione che ha determinato una disomogeneità dei processi di accesso e presa in carico nel territorio regionale, determinata spesso dalla carenza di risorse e dalla mancanza di chiarezza di obiettivi strategici e dalla carenza di risorse professionali dedicate stabilmente a tali funzioni, soprattutto per quanto riguarda la funzione dell’accesso e dell’accoglienza.

Il piano regionale di implementazione delle PUA è finalizzato a rendere organica e individuare fisicamente la PUA, a cui corrisponda la UVI. È obiettivo dei Direttori Generali attraverso i Direttori Responsabili di Distretto implementare le attività di PUA e UVI ove non ancora configurate.

Una Procedura Aziendale per le dimissioni protette va prodotta da tutte le aziende entro il 31 dicembre 2016 per consentire la continuità assistenziale ospedaleterritorio, anche per rendere operativi i DCA 51/2015 e 52/2015 per i soggetti affetti da disordine della coscienza e S.L.A.

Si fa obbligo alle Aziende di produrre adeguata comunicazione al pubblico, anche attraverso il portale dei servizi aziendali, relativamente a sede, recapiti, orari di funzionamento delle PUA, con le indicazioni dei Referenti per le dimissioni protette.

Anche nella dimensione clinica della non autosufficienza si applicherà la metodologia della valutazione multidimensionale e multidisciplinare come da DGRC n. 41/2011 e a specifici atti quali i DCA n. 21/2015, 51/2015 e i DCA dedicati alle cure palliative n. 4/2011 e 128/2012.

La valutazione si avvale degli strumenti SVAMA E SVAMDI approvati con deliberazioni n. 323/2012 e 324/2012. A questi strumenti entro 6 mesi dalla pubblicazione del presente Piano, la Regione affiancherà strumenti specifici dedicati all'area dell'infanzia.

Le procedure di attivazione, le urgenze, la tempestività del processo devono risultare chiaramente in linea con la volontà programmatica di fornire risposte al paziente chiare ed efficaci.

Tutte le procedure attivate devono essere inserite obbligatoriamente sulla piattaforma LEA SOCIOSAN.

La valutazione, attraverso gli strumenti e la metodologia descritta, deve condurre anche in questo caso alla redazione di un Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.): intorno al paziente portatore di bisogni complessi si costruisce una rete di servizi capace di offrire la risposta adeguata.

Il P.A.I., definito dalla UVI, tiene conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. Anche in questo caso si rinvia ai citati atti di settore-dgrc 41/2011 e decreto commissariale 1/2013 per le indicazioni sui tempi e sulla procedura di definizione del P.A.I.

4.3.2 – La Domiciliarità

Le Cure domiciliari che il sistema sanitario deve garantire sono “percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita”, sono garantite a tutte le persone, adulti e minori non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o con esiti di patologie.

L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio e tra i diversi setting assistenziali territoriali nell'ottica della garanzia del continuum assistenziale.

Le cure domiciliari sono una risposta complessa e integrata a bisogni complessi, finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale ed a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente non autosufficiente, affetto da patologie croniche, anche gravi, di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita, attraverso l'intervento di più figure professionali, sanitarie e sociali, che realizzino un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, che si caratterizza per l'integrazione di natura multi-professionale e/o multidisciplinare.

Non dovrà sfuggire che le cure domiciliari integrate sono una valida risposta ai bisogni dei soggetti disabili non autosufficienti con necessità di riabilitazione estensiva in fase di mantenimento il cui bisogno complesso è determinato da necessità tutelari, sanitarie, infermieristiche oltrechè riabilitative.

Lo sviluppo di un adeguato sistema di presa in carico domiciliare deve tenere in debito considerazione i criteri qualitativi oltre che quantitativi e gli standard ovvero i target di presa in carico improntati anche alla appropriatezza delle risposte e delle prestazioni erogate in relazione al bisogno clinico funzionale e alle necessità assistenziali.

Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante “Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria”. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la

presa in carico della persona e la definizione del “Progetto di assistenza individuale” (PAI) sociosanitario integrato.

Le cure domiciliari integrate di ogni livello ed intensità sono costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristicoassistenziale/riabilitativo a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati. Sono caratterizzati da un Coefficiente di intensità assistenziale determinato in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci inclusi nel PHT2 e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Di norma richiedono la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI) ovvero di un “Progetto riabilitativo individuale” (PRI).

Le Cure domiciliari vengono attivate attraverso la P.U.A. anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalla regione, sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni in caso di dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento negli altri casi, laddove il restante 50% sono assicurati a carico dell'ente locale.

Le Cure palliative domiciliari di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, sono garantite dal servizio sanitario nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) o dall'Unità operativa di cure domiciliari che svolge tale funzione sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci inclusi nel PHT e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione

artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare e sostegno spirituale. Le cure palliative domiciliari si articolano nei livelli base e specialistici.

Le cure domiciliari palliative richiedono, nell'ambito di una apposita U.V.I., la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI), sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale. Per tali aspetti vale quanto definito per le cure domiciliari integrate.

In continuità con l'azione di rafforzamento quantitativo, oltre che qualitativo, già avviata e promossa dalla regione negli ultimi anni anche sostenuto con fondi a destinazione vincolata, vengono stabiliti per la regione e per ciascuna azienda gli obiettivi esposti nella tabella seguente, che evidenzia l'incremento numerico per macro tipologia di utenti: anziani ultrasessantacinquenni, pazienti terminali, altri casi ovvero disabili non autosufficienti minori ed adulti.

Come già definito nei programmi operativi, nel triennio 2016-2018 si programma di mantenere e consolidare il livello di offerta raggiunto nell'anno 2015, come si evidenzia dai dati conferiti attraverso il modello FLS 21 riquadro H che evidenzia un livello di copertura oltre il 4% della popolazione anziana collocata in cure domiciliari. L'ipotesi di lavoro è qualificare l'offerta garantita sostenendo anche un incremento del 20% degli altri casi in carico, l'incremento del 15% dei malati terminali e un +0,80/ di anziani in adi su base regionale con un costo complessivo della manovra di circa 40M€ (per l'incremento programmato).

Per poter dimostrare il raggiungimento del target/standard lea è necessario porsi come obiettivo anche quello di una corretta implementazione del flusso SIAD-che consente la misurazione dell'indicatore n.10 della griglia E- e di un popolamento del flusso stesso che consenta di raggiungere il 100% di copertura rispetto al modello FLS 21 riquadro H sia rispetto alle pic attivate, sia rispetto alle pic erogate, la corretta e completa imputazione dei dati che possa consentire anche la individuazione dei diversi livelli di assistenza domiciliare.

Per l'anno 2014 la regione Campania si è attestata intorno al 1,2%, di fatti al di sotto della soglia standard 1,88%, pertanto è obbligo da parte della regione Campania di colmare il gap e garantire almeno il target del 2%. Sul flusso SIAD, di utenti=pic erogate CIA 1-4/popolazione anziana residente ultr65nne per l'anno 2016, incrementando progressivamente il dato entro il triennio fino ad almeno il 3%, salve diverse indicazioni del comitato di verifica dei lea.

Attraverso i dati conferiti al SIAD, si riscontra, come evidenziato già per l'anno 2014 dal Ministero della Salute nell'ambito della verifica dei lea il mancato raggiungimento dei target ministeriali relativamente alla distribuzione dei casi nei diversi CIA. Alle Aziende Sanitarie Locali sarà indicato l'obiettivo/target da raggiungere, con l'indicazione dei valori soglia attesi per i livelli di assistenza di cure domiciliari, CIA1-CIA4, vedi lettera S del questionario lea e verifica adempimenti effettuata sulla scorta dei dati SIAD dell'anno di riferimento.

Ulteriore obiettivo di miglioramento qualitativo è la qualificazione dei livelli assistenziali individuati come GDC 0 –giornate di cura 0 e CIA 0 o base, quindi con un coefficiente assistenziale non superiore a 0,13, oltre il quale si definisce il Primo livello/profilo di cure domiciliari integrate.

Per le cure domiciliari palliative, si ribadisce quanto precisato per le cure domiciliari integrate, ovvero che il target di riferimento nella valutazione lea è quanto definito dal questionario lea, nel caso specifico quanto indicato alla lettera AO del questionario nel quale sono indicati gli indicatori per la misurazione del servizio di cure palliative domiciliari in termini qualitativi e quantitativi e soprattutto per l'implementazione della rete di assistenza ai soggetti con necessità di cure palliative e nella fase della terminalità. Gli indicatori richiamati attengono all'area organizzativa e gestionale, misurano la tempestività della presa in carico e l'appropriatezza in termini di durata.

Ciò che deve essere implementato e che richiede uno sforzo in termini di programmazione è la individuazione di specifici indicatori per l'area delle cure palliative che consenta di valutare l'intensità della cura domiciliare in relazione alla complessità del bisogno espresso. Ciò in considerazione anche del mutato quadro di riferimento per le cure palliative domiciliari, che come evidenziato già nel capitolo dedicato all'area della terminalità e delle cure palliative, sono state riconsiderati in termini di intensità assistenziale e di carico.

Per questo specifico aspetto occorre considerare l'Intesa stato-regioni del 25 luglio 2012, recepita formalmente con decreto commissariale 128/2012 e di fatti considerata nella definizione dell'impianto del decreto commissariale n. 1/2013 per la parte relativa alla intensità assistenziale delle cure domiciliari palliative che si suddividono in cure di base e cure specialistiche.

Per l'area della domiciliarità, l'obiettivo è rafforzare il ruolo delle aziende e dei distretti nella programmazione e implementazione della rete di cure domiciliari, considerando il ruolo strategico delle cure domiciliari e lo sviluppo che questo setting assistenziale nel corso dell'ultimo triennio ha fatto registrare (vedasi fls 21 riquadro H).

Nell'ambito dell'area della domiciliarità risulta cruciale rafforzare l'organizzazione aziendale al fine di semplificare le procedure di accesso e presa in carico e favorire la tempestività ed appropriatezza della presa in carico. In ogni azienda dovrà essere previsto un chiaro e unico riferimento che in armonia e coerenza con il referente aziendale di cure palliative redigerà ed attuerà il piano esecutivo per lo sviluppo e l'implementazione delle cure domiciliari.

I piani aziendali, definiti e redatti coerentemente con quanto definito per l'utilizzo dei fondi obiettivo di piano, devono prevedere oltre il target sopra indicato anche l'obiettivo qualitativo di garantire il servizio di cure domiciliari fornendo tutte le tipologie di prestazioni previste in relazione al bisogno espresso.

L'unità organizzativa per le cure domiciliari, che garantisce la partecipazione di almeno il responsabile delle cure domiciliari, il coordinatore sociosanitario, il referente aziendale di cure palliative, è responsabile del monitoraggio, verifica ed indirizzo in materia di cure domiciliari, programmazione delle risorse finanziarie, strumentali e professionali ed inoltre definisce ed individua, sulla scorta degli indicatori regionali, il sistema di indicatori aziendali. Definisce il regolamento ed il disciplinare delle cure domiciliari.

Compito dell'unità per le cure domiciliari o del referente aziendale è definire il protocollo di dimissione programmata ed anticipata con le strutture di ricovero ospedaliero e non che insistono sul territorio aziendale e regionale e trasmettere periodicamente l'elenco/carta dei servizi domiciliari alle strutture che dimettono.

Inoltre saranno attivati percorsi di qualificazione del sistema di offerta per minori attraverso la regolamentazione dell'accesso e la presa in carico anticipata in cure domiciliari: istituzione della rete pediatrica di cure domiciliari per tutte le patologie oncologiche e non, definizione degli strumenti di valutazione, determinazione del fabbisogno di risorse professionali ed economiche.

4.3.3 – La Residenzialità

Offerta residenziale e semiresidenziale

L'attuale offerta residenziale e semiresidenziale disciplinata e programmata in Regione Campania per gli adulti non autosufficienti prevede soltanto le Residenze Sanitarie Assistite, anche con modulo demenze, e centri Diurni anche per demenze.

Pertanto è un'offerta, peraltro non ancora totalmente disponibile anche se in incremento, che non copre tutte le aree e i livelli di bisogno assistenziale.

A partire dai P.O. recentemente approvati, l'offerta residenziale semiresidenziale per l'area adulti non autosufficienti è ridefinita come segue. Accanto alla definizione che ricalca quella degli atti di indirizzo nazionale, Progetto mattone Residenziale e semiresidenziale e emanando D.P.C.M. di aggiornamento dei lea, è riportato il codice di prestazione utilizzato già dal Ministero per la codifica delle prestazioni a livello dei flussi ministeriali NSIS e per la valutazione del questionario Lea, lettera S.

Il nostro attuale sistema di offerta è pertanto in evoluzione secondo quanto di seguito riportato e sarà definito attraverso un'azione di programmazione e riqualificazione dell'offerta territoriale extra-ospedaliera.

Al termine del triennio di programmazione 2016-2018 l'offerta per soggetti adulti non autosufficienti in regione Campania si presenterà come segue.

assistenza residenziale intensiva a persone adulte non autosufficienti ad elevato impegno sanitario erogata nelle “Unità di cure residenziali intensive (R1)” = che assorbe in parte le strutture per stati vegetativi e minima coscienza SUAP, tipologia classificabile anch'essa come R1;

assistenza residenziale estensiva a persone non autosufficienti ad elevato impegno sanitario erogata nelle “Unità di Cure Residenziali Estensive (R2)”;

assistenza residenziale di lungo assistenza/mantenimento erogata dalle “Unità di Cure Residenziali di lungo assistenza/mantenimento (R3), attuali RSA anziani ad alto e medio carico;

assistenza residenziale estensiva a persone affette da demenze erogata nelle “Unità di cure residenziali per demenze (R2D)” attuale nucleo demenze delle attuali RSA anziani;

assistenza residenziale ad adulti affetti da disturbi dello spettro autistico con particolari bisogni assistenziali;

assistenza semiresidenziale a persone affette da demenza erogata nelle “Unità di Cure Semiresidenziali per demenze (SRD)” attuali centri diurni per soggetti affetti da demenze;

assistenza semiresidenziale di lungo assistenza/mantenimento erogata dalle “Unità di Cure Semiresidenziali di Mantenimento (SR,) attuali Centri Diurni sociosanitari.

L'unica offerta attiva e rispondente agli indirizzi e per la quale sono stati già stabiliti requisiti, criteri e percorsi d'accesso, tariffe e percorsi di accreditamento, è quella di RSA e Centri Diurni di cui ai punti 3,4,6,7 (codice Mattone residenziale e semiresidenziale R3/R2D-SR1/SR2). Per questi servizi sono previste quote di compartecipazione degli utenti e/o enti locali, regolamentate dal D.P.C.M. del 14.02.2001.

L'accesso a tale tipologia di servizi è subordinata alla valutazione multidimensionale da effettuarsi con gli strumenti approvati con gli atti già richiamati: delibere 323 e 324 del 3 luglio 2012, decreti del commissario ad acta n 70/2013.

Per le altre tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali si sta procedendo all'aggiornamento di requisiti di funzionamento, standard di assistenza e strumenti di valutazione nonché criteri di eleggibilità degli utenti.

Il piano operativo prevede che il sistema pubblico aziendale debba assorbire una quota percentuale del fabbisogno da soddisfare, portando a completamento il piano di riqualificazione e riorganizzazione dei presidi ospedalieri. Pertanto il piano di riqualificazione e di riorganizzazione del sistema di offerta extra-ospedaliera sarà definito in relazione al richiamato p.o. per ciascuna azienda.

Il sistema di presa in carico territoriale è portato a compimento anche mediante il rafforzamento dell'offerta di tipo ambulatoriale specialistica soprattutto per le patologie ad alta complessità e cronico degenerative per le quali si richiede una modularità di interventi e una differenziazione della risposta in relazione alle diverse fasi della malattia.

Un focus particolare è rivolto ai disturbi cognitivi e demenze per i quali è in atto un piano di riorganizzazione delle ex unità di valutazione alzheimer. Attualmente sono in fase di definizione i centri di disturbi cognitivi e demenze in relazione a specifici requisiti organizzativi ed assistenziali.

4.4 – Le SUAP

Nella tabella sottostante si riporta l'offerta programmata per le SUAP, che costituiscono quota parte della offerta residenziale da ricomprendere nel fabbisogno per adulti ed anziani non autosufficienti. Pertanto si prevede di completare l'offerta per soggetti in stato vegetativo e di minima coscienza con una manovra di riqualificazione dell'offerta esistente e con l'attivazione di nuove strutture, come si evince dalla tabella sottostante, fino alla completa copertura del fabbisogno per tale tipologia di unità di offerta residenziale.

CAPITOLO 5 - Area MATERNO-INFANTILE

La Regione Campania è una delle regioni più giovani d'Italia e questa caratteristica demografica, come tutti ormai ben sanno, penalizza la regione sotto il profilo delle risorse economiche che, nell'attuale modalità di ripartizione delle quote di Fondo Sanitario Nazionale, vengono decurtate per un'azione di pesatura al ribasso, dovuta alla prevalenza di popolazione giovane.

Questo aspetto demografico richiede però tutto un mondo di servizi e prestazioni, dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione, ad alta specificità per l'età evolutiva nonché la massima attenzione al rapporto madre-figlio, a partire dal concepimento, attraverso tutto il percorso dell'attesa, della nascita, dell'allattamento, della gestione del post-partum, fino a che il figlio non raggiunga l'età adulta.

Un contraltare in termini di risorse per questa differenziata esigenza sociale non c'è, anzi, le problematiche relative a questo tratto di salute della donna e del bambino rientrano nel complesso di spesa sanitaria generale regionale.

Pur se la Regione provvede con specifiche progettualità e risorse all'Area Materno-infantile, nuove tematiche si affacciano periodicamente ad ingrossare le fila di una domanda socio-sanitaria pressoché inesauribile, che necessita di una continua rimodulazione della distribuzione delle risorse umane.

La componente sociale che caratterizza da sempre il Consultorio rappresentata dall'Assistente sociale che, spesso per prima accoglie la donna ed il suo problema, è stato l'avamposto dell'integrazione socio-sanitaria che solo con la legge quadro n. 328/2000 ha trovato la sua dimensione legislativa.

La Campania porta con sé il poco nobile primato dei Tagli cesarei primari che supera il 50%, molto lontano dalle percentuali attese nazionali secondo il Piano Nazionale Esiti (dal 15% al 25% a seconda del numero dei parti di struttura): un primato negativo che trae origine da una lunga serie di errori strategici, educativi, preventivi, culturali che pure questa regione sta provando a smuovere. La chiusura dei punti nati al di sotto dei 500 parti, pur determinando forti resistenze sociali e politiche, è stato un primo, forte, segnale di una volontà determinata al cambiamento che deve,

necessariamente procedere, in parallelo ed in sinergia, con forti azioni di potenziamento dell'area materno-infantile territoriale.

5.1 - I Consulтори

L'area materno-infantile, nata storicamente con l'istituzione dei Consulтори, luoghi di accoglienza senza barriere, dedicati soprattutto alle aree socio-economiche più a rischio, hanno rappresentato per anni il punto fermo, la sentinella territoriale per azioni di prevenzione e sorveglianza sanitaria, inglobando in generale l'attività vaccinale e tutta l'area della prevenzione e cura della donna, con spazi dedicati in esclusiva agli adolescenti ed alle tematiche di procreazione responsabile, alla prevenzione delle Malattie sessualmente trasmesse.

I servizi territoriali devono garantire le procedure di presa in carico globale della donna che richiede una interruzione di gravidanza, limitando l'interferenza ospedaliera al solo atto chirurgico, privilegiando il rientro della donna nel contesto consultoriale dove, la continuità dell'assistenza affiancata ai momenti di educazione sanitaria e di prevenzione, possano guidare la donna verso scelte meno dolorose e più consapevoli.

Il Consultorio deve essere luogo privilegiato anche per tutta l'area degli screening della donna: qui è necessario elaborare procedure di presa in carico sostenute e che si completino nella determinazione della diagnosi, che chiudano un primo livello diagnostico di buona qualità, e che siano capaci di governare l'invio al 2 e 3 livello come previsto dall'organizzazione regionale. Ogni ASL deve individuare almeno 3 centri di II livello per gli screening della donna e correlarsi al 3 livello regionale. Procedure omogenee ed offerte eque sul territorio permettono una diffusione dell'adesione allo screening ancora troppo al di sotto della soglia minima prevista dai L.E.A. In tal senso ogni ASL deve dotarsi entro il 31.12.2016 di un programma avanzato di miglioramento delle proprie strategie di chiamata e adesione agli screening della donna per raggiungere nuovi e migliori percentuali di adesione, tendenti all'obiettivo LEA nazionale.

5.2 - L'area Giuridica (minori e famiglie)

Nell'area Materno-Infantile si declinano anche tutte le problematiche valutative ed assistenziali, di accompagnamento e di sostegno alle capacità genitoriali, alla mediazione familiare, alle valutazioni psico-giuridiche di accompagnamento per le pratiche di affido/adozioni nonché di affidamento di minori in caso di separazioni/divorzi o di revoca di patria potestà per maltrattamenti/abusi familiari, violenza alle donne. Tali delicatissime attività di supporto Giuridico devono trovare in ogni ASL un Centro aziendale di riferimento nel quale vengono prese in carico le famiglie e le loro problematiche, secondo modalità uniche e sotto un'unica visione, garante della tutela dei diritti giuridici, sociali ma soprattutto di salute del minore e del nucleo familiare di origine.

Ogni ASL deve dotarsi di un Centro di riferimento giuridico per minori e famiglie entro il 31.12.2016.

5.3 - L'Area Adolescenti

Per favorire la conoscenza di sé, della fisiologia della sfera sessuale, delle tematiche della riproduzione e della procreazione responsabile, dell'educazione ai sentimenti, da tempo presso le U.O.M.I. sono organizzati specifici spazi dedicati agli Adolescenti, con forti raccordi con il mondo della scuola. Tali buone pratiche devono essere incrementate e sostenute nella modernità delle problematiche che si affacciano nel mondo dei giovani, rendendo disponibili anche nuove terapie di supporto in emergenza quali la "pillola del giorno dopo".

Ogni U.O.M.I. deve garantire, anche con una programmata rotazione interdistrettuale, la disponibilità di un ginecologo non obiettore prescrittore per tale necessità, anche durante i giorni festivi, in raccordo con la Continuità Assistenziale.

Un buon supporto Auxologico per la diagnosi precoce di patologie ritardanti la crescita è auspicato.

5.4 - Il percorso nascita

Fase delicatissima della vita madre/bambino è stato fortemente seguito dalla Regione Campania con vari atti decretanti la rilevanza e descrittivi delle finalità.

L'ultimo decreto emanato dai Commissari ad Acta DCA n.37 del 01/06/2016 ha ricostituito il Comitato Percorso Nascita riconoscendone la validità e imprimendo una nuova volontà per

riattivare la funzionalità. Ci si attende un rinnovato impulso diretto alle ASL, in particolare sulle tematiche di preparazione alla nascita, accoglienza, supporto psicologico nel post-partum per la diagnosi precoce dei casi di depressione, un'azione di facilitazione all'accettazione di un parto naturale, specie per le primipare.

Una forte relazione integrata ospedale-territorio viene qui particolarmente indicata attraverso la produzione di un PDTA/nascita che la Regione dovrà produrre entro il 31.12.2017. Particolare rilevanza deve essere posta alla disponibilità di partoanalgesia in tutte le strutture ospedaliere con UO di Ostetricia entro il 31.12.2017.

5.5 - L'area vaccinale pediatrica

In molte ASL l'area vaccinale pediatrica è affidata ai contesti UOMI, nell'ambito di Centri Vaccinali dedicati all'età pediatrica. Questo modello è fortemente raccomandato dalla regione Campania e ribadito in questo Piano. Un forte raccordo con il Servizio Epidemiologia e Prevenzione del Dipartimento di Prevenzione è necessario ed indispensabile per il buon andamento del percorso vaccinale che, anche in Campania sta registrando forti flessioni, frutto di campagne denigratorie dell'obbligo vaccinale, tutte da contrastare. Informazione, accoglienza, azioni di richiamo, coinvolgimento degli opinion leader locali, e soprattutto forte integrazione con l'attività dei Pediatri di Libera scelta sono le strade da ripercorrere con nuovo entusiasmo per garantire una protezione di massa alla popolazione campana. Troppi episodi di malattie evitabili con vaccino ed eventi mortali si registrano ancora nella regione per poterla considerare al sicuro. In questo contesto un grande strumento è dato dall'informatizzazione del processo di chiamata e di registrazione che pone in capo al PLS una responsabilità condivisa nel caso di mancata vaccinazione.

Ogni ASL deve dotarsi entro il 30.6.2017 di un sistema informatico di registrazione, chiamata e monitoraggio crociato con i PLS affinché ogni paziente pediatrico venga opportunamente sollecitato e l'azione vaccinale, anche quando effettuata direttamente dal PLS, venga correttamente riportata aggiornando il file relativo al piccolo paziente. La Regione valuterà l'impianto di tale processo di registrazione su una piattaforma regionale entro il 31.12.2016 tal che i software aziendali possano essere messi in rete su una piattaforma regionale unica.

Solo così il dato vaccinale campano potrà essere qualitativamente valutabile e pertanto essere riferimento certo per l'analisi dello stato di salute della popolazione campana.

5.6 - La salute della donna

Nel suo percorso di vita la donna attraversa una serie di stagioni, tutte di grande rilevanza sanitaria, tutte necessitanti di specifici supporti educativi, preventivi e di cura. L'età giovanile, l'età fertile, l'età della maturità, l'età della menopausa devono trovare risposte e proposte per il superamento delle rispettive criticità.

Anche la psicologia della donna deve essere sostenuta nelle UOMI, specie per quanto riguarda tematiche di violenza e di abusi, fino al terribile fantasma del femminicidio. Azioni di sostegno, anche in raccordo con le Istituzioni Locali, i Servizi Sociali e le Forze dell'Ordine, devono essere sviluppate, accogliendo e proteggendo la donna ed i minori violati, secondo procedure di sicurezza e di riservatezza, attraverso precisi protocolli di Intesa con le Istituzioni ed eventuali Centri di accoglienza.

Almeno uno Sportello anti violenza in ogni ASL è da realizzare entro il 31.12.2016.

5.7 – La rete Consultoriale

Il presente Piano prevede che, al fine di pervenire all'attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della quantità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010), le Aziende Sanitarie debbano implementare un Programma di rafforzamento delle proprie reti consultoriali e dei raccordi con i punti nascita per l'assistenza alla gravidanza fisiologica ai fini della riduzione anche dei parti cesarei.

In particolare, il suddetto programma dovrà prevedere gli standard organizzativi e i criteri di riorganizzazione territoriale dei consultori, con l'analisi dell'attuale organizzazione e livello di attività, e l'individuazione:

- della composizione minima delle equipe consultoriali;
- della dotazione strumentale e suo ammodernamento necessaria a garantire le prestazioni previste dalla normativa vigente per il monitoraggio e l'assistenza alla gravidanza;
- dei percorsi e delle attività utili a favorire le dimissioni precoci dal punto nascita con l'assistenza post parto al domicilio;
- delle attività di aggiornamento e formazione del personale;
- dei percorsi di continuità per l'esecuzione degli esami diagnostico clinici prenatali, e per il raccordo con i punti nascita;
- delle iniziative di comunicazione pubblica per l'informazione e sensibilizzazione dell'utenza potenziale;
- degli indirizzi per la riqualificazione delle sedi consultoriali.

Le UOMI, le UCCP, le UCCP pediatriche

Ove previste, UCCP e UCCP pediatriche attraverso il raccordo organizzativo del Direttore di Distretto si interfacciano e si integrano, senza sovrapposizioni o duplicazioni, nell'ottica di sistema, e secondo procedure operative condivise.

La Pediatria di Base

La salute globale del bambino è affidata al medico Pediatra di Libera Scelta secondo le indicazioni e le disposizioni previste dall' Accordo Nazionale vigente e dall' AIR regionale a cui si fa esplicito e totale riferimento.

Appare necessario tuttavia programmare nuovi modelli organizzativi che provvedano a colmare alcuni vuoti assistenziali, che spesso rappresentano un vulnus assistenziale, a sua volta inevitabile causa di un ricorso inappropriato ai Pronto Soccorsi ospedalieri. Si è già detto, nell'ambito del Capitolo delle Cure Primarie, della istituzione sperimentale regionale di n. 2 UCCP pediatriche.

CAPITOLO 6 – AREA DELLA PREVENZIONE

6.1 - Il Dipartimento di Prevenzione

Nelle Aziende Sanitarie il livello della Prevenzione è garantito dal Dipartimento di Prevenzione, un Dipartimento di tipo strutturale, macrostruttura della Azienda, garante di tutte le azioni in materia di salute collettiva, esercitate attraverso la

promozione della salute, anche attraverso il sistema delle vaccinazioni, l'analisi epidemiologica di popolazione, la prevenzione delle malattie cronico-degenerative, la programmazione delle azioni di screening quale livello di prevenzione secondaria, la programmazione per la prevenzione delle disabilità quale livello di prevenzione terziaria.

Trova collocazione unitaria nel Dipartimento di Prevenzione, per le specifiche funzioni, la Medicina dello Sport.

Il Dipartimento di Prevenzione, in qualità di Dipartimento strutturale, è dotato di autonomia organizzativa, tecnico-gestionale e contabile.

L'area di intervento del Dipartimento di Prevenzione è molto estesa, interessando la Sanità Pubblica ad ogni livello e in più macro-aree.

Le macro-aree in cui si organizza il Dipartimento di Prevenzione sono:

- Igiene pubblica
- Igiene degli alimenti
- Epidemiologia e prevenzione
- Sanità Veterinaria distinta nelle 3 aree:
 - Sanità animale
 - Igiene alimenti di origine animale
 - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
 - Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro

Ciascuna di queste macro-aree esercita la sua azione sul territorio anche mediante Unità Operative territoriali (soprattutto UOPC e UOV) nelle quali si proiettano le tematiche di tutte le macro-aree di riferimento. Le UOPC e UOV unificano sul territorio l'azione complessiva del Dipartimento.

6.2 - Compiti del Dipartimento di Prevenzione

Nell'esercizio dei suoi compiti il Dipartimento di Prevenzione ha come interlocutori obbligatori e privilegiati sia gli Enti Locali, nella figura del Sindaco e degli Uffici Comunali di riferimento inter-istituzionale, sia l'Autorità Giudiziaria per attività delegata di indagine, accertamenti ed ispezione, sia con l'ARPAC per tutte le tematiche relative all'inquinamento ambientale, sia la Regione per le attività autorizzative ed ispettive relativamente alle strutture eroganti prestazioni sanitarie convenzionate, con le Scuole per rilevanti attività di informazione e di educazione alla salute, strumenti di empowerment del cittadino, fin dall'età scolare.

Gestisce vari flussi informativi che costituiscono l'alimentazione di dati epidemiologici correnti (RENCAM, Malattie infettive).

Un Piano annuale di programmazione predisposto dalla Direzione del Dipartimento entro il 31 dicembre di ogni anno renderà fruibile e condivisibile l'attività della macrostruttura anche a tutti gli attori delle Istituzioni collaboranti, al fine di una coerente progettazione di azioni complementari.

Come per le altre articolazioni dipartimentali, anche il Dipartimento di Prevenzione è tenuto a raccordarsi funzionalmente con i Distretti Sanitari per i rispettivi territori e con gli altri Dipartimenti per tematiche di salute trasversali.

6.3 - Aree di particolare interesse

6.3.1 - Registro Tumori

Il Dipartimento di Prevenzione è detentore del Registro Tumori che in Regione Campania deve ancora essere avviato in alcune ASL.

A tal proposito, si fa obbligo con il presente Piano di rendere attivi i Registri Tumori di tutte le ASL entro il 31.12.2016 ed avviare le procedure presso AIRTUM, al fine di certificare tutti i Registri entro il 2018.

6.3.2 - Piano Regionale della Prevenzione

In forza di attribuzioni ope legis, le specifiche funzioni di dettaglio del Dipartimento di Prevenzione sono già declinate con chiarezza.

Ad esse si aggiunge, in modalità programmatica, per finalità specifiche, il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 che prevede ulteriori, specifiche e dettagliate Linee di intervento ed attività progettuali. A tale Piano, assunto con DCA n. 36 del 1.6.2016, si fa espressamente riferimento per le attività previste nel triennio di vigenza del presente Piano e si richiamano tutte le ASL all'attuazione di quanto disposto nel DCA n. 36/2016 per gli adempimenti organizzativi e operativi, stipulando i necessari accordi inter-istituzionali ed intersettoriali.

6.3.3 - Vaccinazioni

Particolare sensibilità viene richiesta alle ASL, attraverso i Dipartimenti di Prevenzione, nella implementazione e nel sostegno alle attività vaccinali, che presentano in Regione Campania una flessione consistente, ben al di sotto della soglia LEA.

6.3.4 - Terra dei Fuochi

Tra gli acta assegnati alla Struttura Commissariale è prevista la "riorganizzazione e potenziamento delle attività di prevenzione in tutta la regione Campania, con particolare attenzione alla programmazione e attuazione degli interventi previsti dal D.L. 136/2013 convertito in legge n.6/2014, art.2 commi da 4-quater a 4-octies relativi alla "terra dei fuochi".

Il programma elaborato nel Decreto n°38 del 01/06/2016 offre una sistematizzazione ed una descrizione delle misure intraprese e da intraprendere, fissandone gli obiettivi e definendone i tempi di attuazione, in considerazione dello stanziamento di risorse finanziarie definito a livello centrale vincolate al raggiungimento di specifici obiettivi.

Gli obiettivi e le azioni programmate nel documento vanno intese come da attuare prioritariamente nei territori dei 90 comuni identificati nell'ambito territoriale delle AASSLL Napoli 2 nord, Napoli 3 sud e Caserta, rendendosi necessario intervenire anche nelle aree dei Comuni di Caserta e di Napoli, interessate da fenomeni di inquinamento ambientale.

Gli **obiettivi generali** del DCA n. 38/2016 mirano ad offrire appropriati, tempestivi e specializzati percorsi assistenziali di natura preventiva, diagnostica e terapeutica alla popolazione interessata, per

il monitoraggio ed il controllo dello stato di salute, attraverso l'attuazione di specifici programmi, basati su azioni di medicina di iniziativa e presa in carico complessiva delle problematiche emergenti, correlate alle peculiari condizioni socio-ambientali dei territori interessati dalle azioni previste dalla legge 6/2014. L'intero programma dovrà realizzarsi entro il **31 dicembre 2017**, in riferimento alle risorse ad esso destinate, salvo proroghe e successive disposizioni.

Obiettivi specifici sono:

- Rafforzamento dei programmi di screening oncologico
- Implementazione PDTA per patologie oncologiche
- Sorveglianza della salute respiratoria e cardiovascolare
- Implementazione e promozione PDTA per Infarto Miocardico
- Tutela nascita e percorso riproduttivo
- Studio di monitoraggio dello stato di salute della popolazione residente

Nel Decreto vengono identificati i singoli destinatari degli obiettivi, gli indicatori di processo, ed i responsabili dei processi a cui far riferimento, attuatori del Programma.

CAPITOLO 7 - AREA DELLA SALUTE MENTALE

7.1 – Premessa

Studi su dati a livello europeo stimano che circa il 27% dei cittadini degli stati membri sperimentino, annualmente, almeno una forma di disagio mentale. I disturbi comportamentali sono in aumento soprattutto in infanzia ed adolescenza così come sono in aumento i disturbi psichici in età geriatrica. In crescita è anche il numero dei soggetti che presentano sintomi di disturbi emotivi comuni (ansia, depressione, sindromi subcliniche).

In Italia, il primo studio epidemiologico sulla prevalenza dei disturbi mentali – rientrante nel progetto europeo European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) cui hanno preso parte sei paesi europei (Italia, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Spagna), a sua volta realizzato nell'ambito del progetto World Mental Health (WMH) Survey, promosso congiuntamente dall'Oms e dall'Università di Harvard, al quale partecipano più di 30 paesi diversi – ha mostrato che circa tre milioni e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo mentale negli ultimi 12 mesi.

I dati riguardanti i tassi di prevalenza riscontrati nel campione italiano confermano che i disturbi mentali sono frequenti anche in Italia, al pari di quanto le ricerche internazionali condotte in questi anni hanno messo in luce: circa una persona su cinque ha soddisfatto i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale nel corso della vita.

In un tale scenario, il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24/01/2013, rappresenta lo strumento di riferimento delle programmazioni regionali in materia di tutela della salute mentale in infanzia, adolescenza ed età adulta. In questo atto documento, per la prima volta, vengono trattati insieme bisogni, percorsi di cura e azioni programmatiche di due ambiti – la Psichiatria e la Neuropsichiatria Infantile – che tradizionalmente sono stati organizzati in maniera poco coordinata tra loro laddove, invece, oggi se ne esalta il raccordo integrativo tra i rispettivi servizi/strutture territoriali e percorsi di presa in carico, soprattutto per ciò che riguarda la cosiddetta età di transizione (presa in carico dall'età evolutiva all'età adulta).

La Regione Campania prende atto di questa indicazione nazionale e, tenuto conto della attuale mancata identità della Neuropsichiatria Infantile, gestisce, nel presente Piano, la fase di transizione dalle U.O.M.I. (in cui è oggi prevalentemente collocata), attraverso un processo intermedio di costituzione di N.NPI.A. dotati di autonomia tecnico-professionale, posti nella dimensione distrettuale; in seguito a valutazioni di questa fase si verificherà l'eventuale transizione verso il DSM.

Lo sviluppo dell'offerta di servizi per la tutela della salute mentale, passa inderogabilmente attraverso la centralità del territorio individuando idonei strumenti di governo clinico e manageriale e disegnando percorsi, servizi e interventi integrati e multidisciplinari, dove possibile

strutturalmente e funzionalmente coesi, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati che, “nel” territorio, concorrono ai processi di diagnosi, cura, riabilitazione delle persone con disturbi mentali, di ogni tipo e gravità ed in ogni fase della vita, per fornire risposte efficaci e appropriate anche ai bisogni più complessi.

Si rende dunque necessario puntualizzare contesti istituzionali regionali e strategie operative che servano a rilanciare la cultura e le azioni dei servizi nell'area della Salute Mentale: essa si rivela sempre più centrale per lo sviluppo di condizioni di benessere della popolazione. La salute mentale di una comunità è infatti un fattore determinante della sua salute generale, delle sue capacità di sviluppo umano ed economico, del suo benessere individuale e collettivo. Nel presente Piano vengono dunque promosse e indicate le politiche regionali di Salute Mentale improntate all'ottica di salute pubblica, per tutte le fasce di età, nella qualificazione delle attività rispetto ai LEA: cardini operativi devono essere la continuità degli interventi, la personalizzazione dei percorsi di cura e di assistenza, il rispetto dei diritti umani e civili delle persone con sofferenza psichica e con disturbi mentali.

7.2 – La Salute mentale in età adulta

Come premesso, la cornice di riferimento per l'implementazione degli interventi, dei servizi e delle strutture in materia di salute mentale è rappresentato dal PANSM. Il Piano individua con chiarezza le aree di bisogno prioritarie (esordi - intervento precoce; disturbi comuni, ad alta incidenza e prevalenza, come depressione e disturbi d'ansia; disturbi gravi persistenti e complessi; disturbi infanzia e adolescenza) e delinea i percorsi di cura definendone obiettivi, azioni, attori, criteri e indicatori di verifica e di valutazione.

Per quanto riguarda gli obiettivi specifici prioritari per la tutela della salute mentale in età adulta, il PANSM individua:

- Percorsi clinici territoriali differenziati
- Identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la NPIA nella fascia di età 15- 21 anni
- Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore
- Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità
- Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici “comuni”
- Miglioramento del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare
- Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento
- Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico
- Differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera
- Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa
- Prevenzione e lotta allo stigma

E' compito della Regione declinare i contenuti del PANSM attraverso atti di indirizzo e di impulso diretti al territorio (ASL, AO, AOU), come per esempio programmato, già in corso o avvenuto per quanto riguarda la residenzialità psichiatrica, i disturbi del comportamento alimentare, l'emergenza/urgenza, la salute mentale in carcere, come di seguito riportato.

7.3 – Il Modello Organizzativo: Il dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M) è un Dipartimento Strutturale a Direzione unica, che svolge tutte le funzioni e le attività per la Promozione e la Tutela della Salute Mentale nel territorio di pertinenza aziendale.

Esso è dotato di autonomia gestionale, tecnico-organizzativa e contabile ed ha valenza di soggetto negoziale con la Direzione Aziendale.

Il DSM è il luogo centrale, programmatico ed organizzativo, per le politiche e il governo clinico della salute mentale e costruisce una rete di sinergie volta ad attivare la concertazione locale che garantisce la piena realizzazione del percorso personalizzato per l'utente di ogni età nel suo contesto ambientale di vita. E' al servizio del territorio, è aperto alla partecipazione della popolazione

interessata e favorisce lo sviluppo di un ruolo attivo e l'empowerment delle persone con disturbi mentali.

Il DSM opera per i seguenti obiettivi di salute:

- Promozione e tutela della salute mentale nell'intero ciclo di vita;
- Attività di prevenzione dei disturbi mentali anche attraverso l'individuazione precoce di situazioni di rischio e di disagio e l'attivazione di idonei interventi;
- Costruzione attiva di progetti terapeutico-riabilitativi per le persone di ogni età sofferenti di disturbi mentali, garantendo per tutti, nessuno escluso, la salvaguardia e/o la restituzione dei diritti di cittadinanza.
- Incentivazione del sostegno abitativo domiciliare, di forme concrete di inclusione sociale e di esercizio del diritto al lavoro per i fruitori dei servizi

Dipartimento.

- Partecipazione ad azioni integrate tra servizi socio-sanitari ed Enti Locali all'interno dei Piani di Zona e dei Piani per la Salute.
- Azioni di lotta allo stigma e al pregiudizio e azioni di contrasto ai fenomeni di emarginazione degli utenti.

Il DSM costituisce pertanto il sistema integrato di strutture, di presidi, di operatori, di relazioni interdisciplinari e di referenti territoriali e sociali che promuove, programma, attua, coordina, monitora e verifica tutte le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e re-inserimento sociale e lavorativo dei cittadini-utenti con disturbi mentali e di formazione degli operatori, al fine di garantire l'efficace e tutela della salute mentale della popolazione residente.

A tal fine il D.S.M., di concerto con i Distretti Sanitari Aziendali e con gli altri Dipartimenti e articolazioni Aziendali, assicura mediante le proprie articolazioni operative (UOSM ed SPDC):

- l'accoglimento e la valutazione della domanda dell'utente e/o della famiglia;
- la garanzia dell'accesso, la continuità dei programmi di cura e la personalizzazione del progetto;
- la presa in carico degli utenti;
- l'effettuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii (T.S.O.) e degli Accertamenti Sanitari Obbligatorii (A.S.O.);
- i piani terapeutico-riabilitativi per gli utenti gravi e la loro realizzazione;
- gli interventi domiciliari negli ambienti di vita e di lavoro degli utenti;
- lo sviluppo di progetti specifici relativi ai temi dell'abitare e della vita sociale degli utenti;
- le iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e i rapporti con il privato sociale ed imprenditoriale;
- gli interventi per il coinvolgimento e sostegno alle famiglie;
- il coordinamento con gli altri servizi sanitari, con i medici di base e con i pediatri, con i servizi socio-assistenziali e con tutte le risorse del territorio;
- il coordinamento con i servizi sociali delle altre Istituzioni ed utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti;
- la collaborazione con le associazioni di volontariato, di familiari ed utenti;
- il rapporto con le strutture accreditate con il S.S.N.;
- le attività di tutela e promozione della salute mentale in favore delle persone detenute nelle strutture carcerarie in raccordo con la articolazione territoriale Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari
- lo sviluppo e la promozione delle pari opportunità per operatori e per utenti, senza discriminazioni di genere.

7.4 – I programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi

Le problematiche di inserimento e riconoscimento sociale delle persone con disturbo mentale implica la necessità di servizi orientati alla recovery che affianchino ai programmi di intervento clinico, strategie di assistenza sociosanitaria. Tali strategie si declinano in programmi terapeutico riabilitativi individualizzati e socio riabilitativi personalizzati declinati da equipe integrate e multi-professionali in collaborazione con la persona e con la famiglia, che possano essere realizzati nei

luoghi di vita, in ambienti formativi e di lavoro, e di ogni altro laboratorio o contesto sociale che ne permetta l'inserimento futuro. Tali piani si pongono anche a complemento e completamento dei programmi di residenzialità sanitaria e sociosanitaria.

7.5 - La residenzialità psichiatrica

Per rispondere al bisogno di un'offerta qualificata di strutture residenziali e diurne in favore di cittadini con disagio psichico la Regione ha emanato, nel 2011, due importanti atti – il DCA n. 5 e la DGRC n. 666 – che costituiscono la attuale disciplina di riferimento per le strutture sanitarie e sociosanitarie in favore di cittadini adulti con disagio psichico.

Devono essere privilegiate le strutture residenziali di piccole dimensioni, territorialmente radicate per favorire la realizzazione del massimo dell'integrazione sociale e ambientale, e finalizzate a seguire il paziente lungo il percorso evolutivo della patologia nei suoi diversi gradi e livelli di intensità, anche attraverso una successiva revisione e valutazione dei fabbisogni. Tali principi ispireranno per quanto possibile anche la riconversione delle case di cura neuropsichiatriche.

L'offerta sanitaria, normata con il DCA n. 5/2011, si articola in:

strutture residenziali terapeutico riabilitative nella fase intensiva che erogano attività terapeutica intensiva

strutture residenziali terapeutico riabilitative nella fase estensiva che erogano attività terapeutica estensiva

centri diurni psichiatrici che accolgono le persone durante le ore diurne per attività di inserimento in stretta collaborazione con i servizi sociali territoriali

L'offerta socio-sanitaria, disciplinata congiuntamente dal settore Sanità e Politiche Sociali della Regione con la DGRC n. 666/2011 e recepita con DCA n. 41/2012 per la parte sanitaria, si articola in:

strutture residenziali denominate “Comunità Alloggio” che erogano attività volte a favorire il completamento del percorso terapeutico teso a raggiungere un soddisfacente grado di autonomia, anche necessario ad una eventuale successiva collocazione in strutture sociali

Attualmente, quest'ultima tipologia di struttura risulta disciplinata, con la denominazione di Casa Alloggio – Area di intervento Salute Mentale/Disagio Psichico – dal Regolamento Regionale n. 4/2014 per l'attuazione della L.R. 11/2007 sulla Dignità e Cittadinanza Sociale il quale incardina la relativa procedura autorizzativa in capo alle attività dell'Ufficio di Piano Sociale di Zona.

A completamento del quadro di offerta, la citata delibera n. 666/11 disciplina, inoltre, anche strutture per pazienti adulti con disagio psichico di natura prettamente sociale, i “Gruppi Appartamento”, in cui si svolgono attività gestite in compartecipazione con gli ospiti e concordate con essi volti a sostenere progetti personalizzati diretti a potenziare il diritto ad abitare anche attraverso azioni integrate con le famiglie ed i gruppi di auto aiuto degli utenti e l'attivazione di percorsi lavorativi.

L'implementazione di questo sistema di offerta di strutture è tutt'ora in corso, presentando non poche criticità, in corso di superamento, il cui duplice obiettivo è l'appropriatezza degli interventi e il contenimento della spesa.

7.6 – Area di particolare interesse: I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

7.6.1 – Introduzione

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica anche in termini di costi sia sociali che economici che ne derivano.

L'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata colpiscono prevalentemente soggetti di sesso femminile di età compresa tra i 14 ed i 30 anni e di recente si sta assistendo ad una insorgenza del fenomeno in età sempre più precoce con un tasso di incidenza e prevalenza in costante aumento.

Recenti stime epidemiologiche hanno evidenziato che tali disturbi rappresentano la prima causa di mortalità tra gli adolescenti.

A oggi, però, in Campania è stata sviluppata soprattutto una qualificata attività di promozione della salute, in collaborazione tra ASL e Istituzioni Scolastiche, mentre il Servizio Sanitario Regionale si è attrezzato ad affrontare le sole fasi acute dei DCA in regime di ricovero ordinario nelle strutture psichiatriche e nei centri pilota di alta specializzazione.

Mancano, invece, specifiche strutture terapeutico-riabilitative residenziali e semiresidenziali alternative ai reparti di psichiatria in cui i pazienti possano affrontare il follow-up a lungo termine ed essere assistiti in maniera integrata e scevra dagli effetti stigmatizzanti del ricovero psichiatrico.

In tale contesto, risulta essere alquanto elevato il numero di ricoveri presso strutture specialistiche residenziali extra-regionali.

Per far fronte a questa situazione, con il decreto del commissario ad acta n. 19/2016 la Regione ha varato una programmazione di attività per la promozione del trattamento e riabilitazione residenziale e semiresidenziale dei Disturbi del Comportamento Alimentare attraverso il potenziamento o il consolidamento, da parte del Sistema Sanitario Regionale, dell'offerta pubblica residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale. Con tale atto la Regione ha stanziato fondi per il rafforzamento o l'attivazione, entro l'anno 2016, di almeno un centro semiresidenziale per ciascuna ASL e l'attivazione di un ulteriore centro pubblico residenziale sovra-aziendale per il trattamento dei DCA, che è stato individuato nella città di Salerno

7.6.2 – La realizzazione della rete di assistenza e il coordinamento regionale

Il presente Piano prevede che il bisogno dei pazienti affetti da DCA sia soddisfatto da una rete di assistenza che adotta l'approccio integrato multi-professionale e multidisciplinare sia sulla persona malata che sul suo contesto familiare e che interviene nella prevenzione, nella individuazione dei soggetti a rischio, nella diagnosi precoce, nel trattamento delle fasi acute e nella riabilitazione a lungo termine.

La rete, data l'età di esordio sempre più precoce di questo tipo di disturbi, deve necessariamente prevedere il coinvolgimento e il raccordo con i servizi di NPIA che spesso intercettano la problematica e, inoltre, andrà a coordinarsi con il Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare attivo presso il Dipartimento di Psichiatria della Seconda Università di Napoli.

7.6.3 – Scopi della rete

La realizzazione della rete di assistenza persegue le seguenti finalità:

- evitare il ricovero presso strutture fuori regione
- realizzare una rete regionale integrata di servizi per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei DCA
- assicurare la presa in carico precoce dei pazienti
- sostenere il lavoro in team e l'audit sui singoli casi
- favorire la permanenza dei pazienti in luoghi di cura ed assistenza fase specifici prossimi al proprio contesto di vita e alla propria famiglia
- adottare strategie unitarie di intervento per la fascia di età adolescenziale
- perseguire l'integrazione funzionale ed operativa ed un uso razionale delle risorse
- prevenire l'insorgenza di complicanze organiche e la cronicizzazione dei disturbi.

7.6.4 – I nodi della rete

I Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti Sanitari con il coinvolgimento e la partecipazione delle scuole, sia di 1° che di 2° grado, sono impegnati nell'attività di promozione di sani stili di vita e di una corretta alimentazione.

I MMG e/o i PLS, quali nodi della rete di assistenza, rappresentano le sentinelle territoriali deputate alla individuazione precoce dei casi a rischio per i quali è necessario prevedere un approfondimento diagnostico nell'ambito di un ambulatorio dedicato (almeno 1 in ciascuna A.S.L.) del Dipartimento di Salute Mentale competente per territorio.

Detto ambulatorio di 1° livello, oltre all'attività di approfondimento diagnostico e di gestione clinico-terapeutica dei casi che non richiedono trattamenti intensivi, costituisce punto di snodo verso il successivo livello di cura rappresentato dal trattamento in regime di day-hospital o di

ricovero ordinario che viene attivato in tutte le situazioni di consistente gravità per problematiche sia internistiche che psichiatriche.

Tale livello, che prevede una maggiore intensità della risposta, è garantito da unità cliniche per la gestione dei casi acuti, ciascuna dotata di posti letto per ricoveri in regime di day-hospital e/o ordinario, localizzate presso il Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare della Seconda Università di Napoli, l'Università Federico II di Napoli, l'Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon e l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno.

Successivamente, l'assistito, laddove ne sussista la necessità, può essere avviato ad un percorso terapeutico-riabilitativo presso strutture pubbliche, da realizzare, semiresidenziali per complessivi circa 70 posti (almeno una nell'ambito del DSM di ciascuna ASL) e residenziali con singolo modulo da 10 posti (almeno due in ambito regionale, di cui una a Napoli che abbia come bacino di utenza i cittadini residenti nell'area nord della regione e un'altra a Salerno, in sostituzione di Agropoli, che copra il bisogno delle aree poste più a sud) per il follow-up a lungo termine e con l'obiettivo di perseguire la stabilizzazione delle condizioni psicoorganiche del paziente.

Alle attività assicurate nei diversi setting partecipano anche le associazioni di volontariato che operano in tale settore.

7.7 – L'emergenza psichiatrica

Già il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 ha ampiamente previsto di dare impulso alla riorganizzazione della gestione dell'emergenza psichiatrica sottolineando la necessità di evitare modelli duplicati di intervento e, soprattutto, di garantire gli stessi diritti e livelli di assistenza sanitaria in condizioni di emergenza/urgenza anche ai cittadini affetti da disturbi mentali. Quanto contenuto nel suddetto piano sanitario regionale, tuttora vigente, ha trovato ampio riscontro nel D.M. 70/2015. Gli operatori del servizio SIREs-118, titolari dell'intervento di emergenza, durante l'orario di apertura dei Servizi per la Salute Mentale, ove lo ritengano opportuno, richiedono consulenze psichiatriche per i pazienti non in carico alla UOSM territoriale. Per i pazienti in carico sarà necessario implementare in ciascuna ASL un protocollo di intesa tra Dipartimento di Salute Mentale e SIREs 118. Le UOSM territorialmente competenti dal canto loro, a garantire l'attività di consulenza per i Pronto Soccorso dei PP.OO. ricadenti nel loro territorio, ma sprovvisti del SPDC.

Inoltre, al fine di non creare una ospedalizzazione sistematica nei pazienti oggetto di episodi critici, ogni ASL può individuare all'interno delle UOSM modelli di gestione territoriale delle situazioni di crisi, anche in H24 che non necessitano di ricovero in SPDC, a titolo sperimentale.

Allo stato attuale, le aziende sanitarie locali stanno dando applicazione a quanto previsto dalle norme con alcune differenze organizzative e gestionali sul territorio regionale per le quali si auspica una uniformità di procedure.

7.8 – La salute mentale in area penale

Il DPCM 1 aprile 2008 ha trasferito al Sistema Sanitario Regionale le competenze per l'assistenza sanitaria per la popolazione detenuta. Il modello implementato per l'assistenza dei cittadini detenuti con problemi di salute mentale è il medesimo di quello dei servizi territoriali. Si deve garantire la presa in carico multidisciplinare con l'elaborazione di un progetto terapeutico personalizzato, il costante contatto con il DSM di competenza territoriale.

La Regione Campania ha realizzato un programma di superamento e chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Sono state individuate le articolazioni per la salute mentale in carcere presso alcuni istituti penitenziari della regione e due Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza (REMS) per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive. Il DSM è responsabile dell'elaborazione dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati (PTRP) per tutti i cittadini afferenti al proprio territorio sottoposti a misura di sicurezza detentiva o non detentiva. Mantiene una funzione esclusiva di cura e riabilitazione di cittadini affetti da disturbi mentali ed autori di reato con l'obiettivo del reinserimento sociale e della lotta allo stigma.

CAPITOLO 8 – AREA DEI MINORI CON DISTURBI NEUROPSICHIATRICI

8.1. Il perché di una specifica area

Lo stato di benessere dell'infanzia é uno degli obiettivi principali del Piano sanitario regionale; la rilevanza della salute mentale per il benessere in età evolutiva e successivamente in età adulta richiede di affrontare questo tema in un'ottica di sistema che include il sanitario, il sociale e l'educativo con il coinvolgimento attivo dei familiari e deve mirare a potenziare i fattori protettivi ambientali non agendo soltanto e direttamente sul singolo.

La promozione e la tutela della salute mentale in età evolutiva deve mettere al centro il minore nel suo contesto naturale di vita (familiare, educativo, socioculturale) e rappresenta pertanto una priorità che deve essere oggetto di investimenti mirati e di risposte appropriate.

In questo ambito, le attività di prevenzione, diagnosi, cura e abilitazione devono essere assicurate in ogni Azienda Sanitaria Locale dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) nella fascia di età 0-18 anni.

A tal fine bisogna superare l'attuale difformità negli orientamenti, nei modelli di funzionamento e negli assetti organizzativi degli stessi servizi di NPI che si evidenziano nelle varie ASL regionali.

Attualmente la gestione della NPI è collocata in alcune ASL in Area Materno- Infantile, in altre in Salute Mentale, in altre in area prevalentemente Riabilitativa.

Considerata la complessità e la criticità delle attività di tutela della salute mentale e di quelle rivolte alla disabilità in età evolutiva, tenuto conto che esse richiedono una specifica competenza specialistica e un elevato livello di integrazione e di articolazione tra servizi distrettuali e sovradistrettuali, bisogna realizzare un modello organizzativo che sia capace di coniugare l'unitarietà della programmazione, l'appropriatezza delle risposte, l'omogeneità degli interventi con il decentramento distrettuale e una valida integrazione socio-sanitaria.

A tal fine e coerentemente con quanto previsto dalle norme legislative vigenti, tra le quali le linee di indirizzo nazionali per la salute mentale- infanzia e adolescenza- (DPCM del 20/03/2008 pubblicato su GU n. 102 del 02/05/2008 e recepito dalla Regione Campania con DGRC n. 1380 del 06/08/2009), il Piano d'Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) approvato in Conferenza Stato-Regioni il 24/01/2013, la Circolare Regionale n.3377/c del 25/07/2014 "*Indirizzi per le attività territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*" del Sub Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro, per superare l'attuale frammentazione degli interventi per i disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva e per garantire il principio della continuità terapeutica, le AASSLL devono assicurare l'esercizio unitario e omogeneo di programmi uniformi e appropriati di cura e di assistenza per i minori con problematiche neuropsichiatriche o con disabilità.

Omogeneità ed uniformità si realizzano attraverso la costituzione di Nuclei territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale (N.NP.I.A.) a competenza distrettuale o pluri-distrettuale, con un bacino di popolazione di riferimento non superiore ai 200.000 abitanti.

In ogni ASL dovrà essere garantita la presenza di una struttura operativa di coordinamento e di indirizzo in NPI, un Centro Unico Aziendale per la Salute Mentale in età evolutiva, in supporto alla Direzione Strategica.

In questo Piano si programma una chiara fase di transizione, necessaria per uniformare la collocazione delle specifiche attività nell'ambito di una autonomia professionale mai riconosciuta, collocata in una dimensione prevalentemente territoriale.

Il Nucleo territoriale di NPI deve assicurare le attività e gli interventi per la tutela della salute mentale, cura e sostegno al benessere psicologico e abilitazione dell'età evolutiva, esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, abilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale.

8.2 - I Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.NP.I.A.)

Con il presente Piano si prevede l'istituzione autonoma, presso i Distretti, dei Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (N.NP.I.A.) costituiti da équipe multi-professionali e multidisciplinari coordinate dal neuropsichiatra infantile, entro il 30 marzo 2017.

I Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NNPIA) garantiscono le seguenti funzioni, anche attraverso gli strumenti distrettuali di integrazione P.U.A e U.V.I.:

- prevenzione, diagnosi, e cura delle patologie neurologiche, dei disturbi dello sviluppo affettivo e relazionale, delle patologie della sfera cognitiva e dei disturbi neuropsicologici;
- presa in carico terapeutica e riabilitativa, dei soggetti in età evolutiva: nell'ambito del programma terapeutico e assistenziale garantiscono direttamente la prescrizione e il monitoraggio di terapia farmacologica, le prestazioni di psicoterapia e riabilitative, compatibilmente con la complessità del caso e con l'organizzazione del servizio;
- valutazione del bisogno riabilitativo ed elaborazione definizione del progetto di presa in carico globale individualizzato della persona con definizione di programmi terapeutici, abilitativi, riabilitativi e socio-riabilitativi, attuazione, monitoraggio degli interventi e valutazione dei risultati, in raccordo con la U.O. di Riabilitazione del Distretto, secondo modalità proprie dell'approccio integrato e nella strategia della continuità terapeutica;
- integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);
- partecipazione alla Valutazione Integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari, e per l'elaborazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale);
- formazione e informazione alla famiglia e all'ambiente sociale del minore per una efficace gestione delle sue problematiche;
- integrazione operativa con le UOSM e UO Riabilitazione dell'età adulta per garantire la transizione e la continuità dei percorsi assistenziali, al compimento del 18° anno di età dei soggetti con disturbi psichiatrici e disabilità neuropsichiatriche.

Per ciascun soggetto in carico deve essere individuato il care giver, anche in considerazione della problematica prevalente, garantita la massima partecipazione della famiglia alla valutazione e alle scelte terapeutiche e assistenziali.

8.2.1 - Strategie e caratteristiche organizzative dei Nuclei territoriali di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenti

Principi organizzativi ispiratori della costituzione dei N.NP.I.A., affinché queste complesse attività non possano esaurirsi in singole e frammentarie prestazioni specialistiche all'interno di strutture separate per funzione come attualmente si può rilevare in diverse Asl campane, sono:

- l'esistenza di un luogo unico di riferimento per i minori con problemi neuropsichiatrici e le loro famiglie e la sua presenza stabile, chiara e visibile all'interno dell'offerta dei servizi socio-sanitari territoriali;
- l'accesso diretto dell'utenza
- una modalità di accoglienza specifica e competente in un ambiente dedicato;
- un modello di funzionamento orientato alla presa in carico, al lavoro in equipe e alla dimensione territoriale
- l'elaborazione e la realizzazione del percorso di presa in carico multidisciplinare in risposta a bisogni gravi e/o complessi di salute;
- la continuità delle cure e la personalizzazione del progetto di intervento;
- l'operare continuamente in connessione con i pediatri, le scuole, i servizi e le agenzie del territorio e della comunità locale;
- l'organizzazione delle attività per il miglior inserimento scolastico del minore con disturbi neuropsichiatrici e/o con disabilità
- l'integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della normativa vigente (Diagnosi Funzionale, Profilo Dinamico Funzionale, PEI, partecipazione ai GLH);
- lo sviluppo di un sistema informativo specifico.

La Regione Campania prende atto di questa indicazione nazionale e, tenuto conto della attuale mancata identità della Neuropsichiatria Infantile, gestisce, nel presente Piano, la fase di transizione dalle U.O.M.I. (in cui è oggi prevalentemente collocata), attraverso un processo intermedio di costituzione di N.NP.I.A. dotati di autonomia tecnico-professionale, posti nella dimensione

distrettuale; in seguito a valutazioni di questa fase si verificherà l'eventuale transizione verso il DSM.

8.3 - Indirizzi Operativi

Nell'ambito della operatività degli istituendi N.NP.I.A. si ritiene dover fornire indicazioni operative, nell'ottica della omogeneità delle attività.

Risulta fondamentale garantire:

la presenza di équipes multiprofessionali e multidisciplinari composte dalle figure professionali esperte nel campo: neuropsichiatri infantili, psicologi clinici per l'età evolutiva, assistenti sociali, fisioterapisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori professionali, infermieri;

la Responsabilità del N.NP.I.A. ad un Neuropsichiatra infantile;

la peculiarità dell'intervento abilitativo in età evolutiva per minori con disturbi neuropsichiatrici e con disabilità di competenza esclusiva del N.NP.I.A. per questo settore di intervento. La valutazione del bisogno abilitativo in età evolutiva rientra nei programmi integrati di presa in carico;

il potenziamento del lavoro di presa in carico che permette di contribuire in maniera decisiva alla realizzazione dei percorsi di vita e di salute dei minori con problemi psicologici, neuropsichiatrici o con disabilità e delle loro famiglie, direttamente nei contesti ambientali e territoriali di appartenenza; lo sviluppo a livello territoriale di percorsi di "adattabilità" ambientale per migliorare la qualità di vita dei bambini e degli adolescenti affetti da disabilità o handicap si e delle loro famiglie, seguendo tre linee di attività: sostegno alla famiglia, inclusione scolastica e inclusione sociale;

lo sviluppo di raccordi e di protocolli con le UO del Dipartimento di Salute Mentale per garantire la continuità dei programmi di cura dei minori in carico al raggiungimento dell'età adulta.

programmi di intervento per l'area dei disturbi dello spettro autistico;

programmi di intervento per l'area dei disturbi del comportamento alimentare;

lo sviluppo di interventi integrati ospedale-territorio;

lo sviluppo e il potenziamento della formazione interistituzionale per il riconoscimento dei problemi di salute mentale nel mondo della scuola e per il miglioramento delle capacità e opportunità di prevenzione e trattamento nella rete dei servizi.

Laddove necessario, in relazione alle patologie e alle problematiche che si presentano, il Distretto dovrà garantire la collaborazione di altre figure professionali.

Per ciascun soggetto in carico deve essere individuato il care giver, anche in considerazione della problematica prevalente, garantita la massima partecipazione della famiglia alla valutazione e alle scelte terapeutiche e assistenziali.

8.4 - Aree di particolare interesse

8.4.1 - I Disturbi dello Spettro Autistico

I disturbi dello spettro autistico in base ai diversi studi esistenti in letteratura si manifestano con una prevalenza estremamente variabile, da 40 a 90 casi per 10.000, mentre, la loro frequenza è pari a 1:150 nati e, considerato l'indice di natalità regionale può stimarsi che in Campania l'incidenza di nuovi casi è di circa 339 bambini per anno (nati al 01.01.2016 = 50.779).

L'autismo rappresenta una condizione patologica inabilitante che ha un impatto devastante sulla qualità di vita degli individui che ne sono affetti e dei loro nuclei familiari i quali vengono investiti da un notevole carico assistenziale.

Le conoscenze sulla materia sono in continua evoluzione e, ad oggi, persistono ancora incertezze sulla eziologia del disturbo, sulla diagnosi, sui confini nosografici con altre sindromi e sulla possibile evoluzione a lungo termine.

In tale contesto gli operatori possono apparire disorientati e, in mancanza di un'adeguata ed uniforme rete di assistenza sanitaria e protezione sociale, le famiglie vivono tale condizione con estrema sofferenza e disagio.

Il presente Piano intende promuovere condizioni di benessere e di inclusione sociale delle persone minori, adolescenti e adulte affette dai disturbi dello spettro autistico, garantendo l'esercizio del diritto alla salute e la fruizione di peculiari e specifiche prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. L'obiettivo è quello di superare l'attuale frammentazione degli interventi attraverso la realizzazione di una rete di assistenza che integri il livello territoriale e quello ospedaliero e che assicuri la diagnosi precoce e la presa in carico globale con adeguato sostegno alla famiglia, in relazione alla caratterizzazione socioeconomica del nucleo.

Pertanto, la scuola, i servizi sanitari, quelli sociosanitari e la famiglia, ovvero tutti i nodi della rete, sono chiamati ad operare in maniera sinergica al fine di garantire la diagnosi precoce, la tempestività, l'unitarietà e l'omogeneità dell'intervento personalizzato, con riferimento agli interventi diagnostici – terapeutici – abilitativi e riabilitativi, nonché la continuità delle cure nel setting di assistenza più appropriato, privilegiando la permanenza dell'assistito nel proprio ambiente di vita.

Una forte e serrata rete di assistenza è pertanto indispensabile per perseguire le seguenti finalità:

- favorire il massimo sviluppo delle diverse competenze compromesse dal disturbo, nonché, il potenziamento delle autonomie e il miglioramento della qualità della vita;
- sviluppare l'empowerment dell'intero nucleo familiare;
- contrastare le possibilità di impoverimento sociale, relazionale ed economico ed il rischio di disgregazione del tessuto familiare;
- accrescere la sensibilità e disponibilità della società a farsi carico anche di queste particolari forme di disabilità;
- supportare e sostenere la più ampia possibilità di inclusione sociale;
- realizzare soluzioni assistenziali idonee ad intervenire allorché la famiglia non è più in grado di provvedere e di sostenere il carico.

La scuola e il pediatra di libera scelta rivestono un ruolo importante nella intercettazione precoce delle condizioni di rischio e di possibile sviluppo del disturbo e, pertanto, hanno una funzione strategica nel favorire la precocità della diagnosi e la tempestività della riabilitazione da parte delle competenti strutture territoriali.

Il presente Piano riconosce, altresì, il ruolo attivo e determinante della famiglia nella elaborazione e realizzazione del progetto di vita della persona con disturbo dello spettro autistico.

Tale riconoscimento è in linea con la raccomandazione di riferimento di cui alle Linee Guida del Ministero della Salute aggiornate ad ottobre 2015 la quale prevede che *i programmi di intervento mediati dai genitori sono raccomandati nei bambini e negli adolescenti con disturbi dello spettro autistico, poiché sono interventi che possono migliorare la comunicazione sociale e i comportamenti problema, aiutare la famiglia a interagire con i loro figli, promuovere lo sviluppo e l'incremento della soddisfazione dei genitori, del loro empowerment e benessere emotivo.*

8.4.2 – L'uniformità della prestazione assistenziale distrettuale

I bisogni di salute ricadenti nell'ambito neurologico, psichiatrico, psicologico e abilitativo dell'età evolutiva, lungi dal rappresentare campi di intervento di specialità diverse, vanno ricondotti alla disciplina della neuropsichiatria infantile che è in grado di affrontare i molteplici aspetti che attengono all'evoluzione globale del bambino.

In tale ottica, le funzioni di coordinamento tecnico-scientifico, come già indicato, sono assicurate dal centro unico aziendale, individuato in ciascuna ASL, che ha il compito di garantire l'uniformità scientifica della prestazione. Resta nella responsabilità di ciascun Direttore del Distretto la garanzia per l'uniformità delle procedure di accesso e l'omogeneità della presa in carico territoriale, l'assegnazione delle risorse, la valutazione di soddisfazione dell'utenza e degli outcomes raggiunti.

Per raggiungere sempre maggiori livelli di qualità, efficacia ed efficienza nell'erogazione dell'assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico, le Aziende Sanitarie assicurano la formazione continua di tutti gli operatori coinvolti (sanitari, sociali e insegnanti) e dei familiari

dei pazienti. Il bisogno formativo viene presentato al Direttore del Distretto che lo inserisce nella proposta formativa annuale.

La prevenzione, diagnosi, cura e abilitazione (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale) del bambino e dell'adolescente con disturbi dello spettro autistico è assicurata dal livello territoriale specialistico competente, all'interno del N.N.P.I.A. privilegiando, ogni qualvolta possibile, i contesti naturali di vita.

E' infatti a questo livello della rete che viene definito, con la partecipazione e condivisione della famiglia, il progetto di assistenza personalizzato dell'assistito e del suo nucleo familiare con possibilità di attivazione anche del budget di cura che costituisce un contributo alle spese sostenute per la cura dei pazienti inseriti nei percorsi abilitativi e riabilitativi riconosciuti dalle Linee Guida Ministeriali sull'Autismo e dalla Regione Campania.

La presa in carico integrata viene effettuata, come già menzionato, dall'equipe multi-professionale e multidisciplinare dell'N.N.P.I.A. specificamente formata, per ogni assistito è individuato un responsabile del caso con funzione di coordinamento degli interventi e di formazione/informazione della famiglia.

I N.N.P.I.A. si integrano costantemente con i servizi del Dipartimento di Salute Mentale che sono pienamente coinvolti per garantire la continuità dell'assistenza nella delicata fase di passaggio dell'assistito dall'età evolutiva all'età adulta.

Nel progetto di assistenza devono essere coinvolti la scuola e l'Ambito territoriale sociale che coordinano ed integrano i propri interventi con quelli dell'ASL al fine di assicurare l'unitarietà della risposta assistenziale.

CAPITOLO 9 – Area delle Dipendenze

9.1 - Contesto Normativo

A partire dal Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante il "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" si sono susseguite numerose normative nazionali e regionali per l'organizzazione e la definizione della mission sanitaria (e sociale) dell'Area delle Dipendenze. Nata inizialmente come tutela della salute dalle Tossicodipendenze, nell'evoluzione sociologica e clinica, oggi non è più corretto riferirsi esclusivamente alle Tossicodipendenze ma ad una variegata tipologia di vecchie e nuove dipendenze a cui bisogna rivolgere una nuova attenzione, anche nella riprogrammazione dei servizi ad esse dedicati.

In Regione Campania le indicazioni normative più rilevanti in tale ambito risultano:

DGRCN. 2136 del 20 giugno 2003 - Organizzazione Servizi Dipendenze nelle AA.SS.LL. - Dipartimento per le dipendenze;

DGRC n.620 del 13/11/2012 - Indirizzi operativi per la presentazione delle richieste per la attivazione di programmi terapeutico-riabilitativi ai sensi del D.P.R. rivolti a detenuti tossicodipendenti;

DGRC n.621 del 13/11/2012- Indirizzi operativi per la gestione per gli inserimenti in comunità terapeutica dei minori tossicodipendenti e/o portatori di disagio psichico sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria;

DGRC n. 807 del 27/12/2012 - Fondo lotta alla Droga finanziamenti residui annualità precedenti. Programmazione interventi di prevenzione e contrasto delle dipendenze patologiche;

DECRETO N. 20 del 29.04.2014 - Atti di indirizzo per la diagnosi di presenza di problemi alcol/droga correlati e/o di alcol-tossicodipendenza in soggetti che richiedono il rilascio/rinnovo della patente di guida alla commissione medica locale (art. 186 e art.187 del codice della strada – Dlgs n.285 del 30/04/1992 e smi.).

Le nuove aree della dipendenza e degli abusi possono essere così schematizzate:

sostanze stupefacenti;

abuso d'alcool;

abuso di farmaci non prescritti;

□ □ tabagismo.

□ □ comportamenti compulsivi e additivi (gambling, sesso compulsivo, shopping compulsivo, ecc.).

La nuova complessità richiede dunque una rinnovata organizzazione che possa esprimere risposte coordinate, mediante l'utilizzo di strumenti diversificati, che permettano un accesso facilitato, nel rispetto della privacy del paziente che è necessaria per una buona compliance terapeutica. L'estensione delle dipendenze a nuove fasce di popolazione, specie i minori, a nuovi ambiti sociali e di genere, la difficile identificazione della dipendenza in quanto tale rendono ragione della necessità di una mission che sia sempre di più "esterna" ai luoghi classici di cura, che attui "fuori da sé" l'azione di presa in carico del paziente che, troppe volte, deve passare attraverso la presa di coscienza e l'accettazione della dipendenza in quanto patologia. Oltre alla necessità di tenere in conto questa variabilità, è opportuno avere la consapevolezza del fatto che a fronte di un'utenza "storica", ormai fortemente persistente all'interno dei servizi e con andamento di malattia cronica, si stanno aggiungendo una serie di altri utenti che chiedono risposte diverse e necessariamente differenziate da quelle classiche, elaborate negli anni precedenti prevalentemente per i soggetti dediti soprattutto all'uso di eroina. La diversificazione dei problemi e la molteplicità degli approcci espone l'area delle Dipendenze a disomogeneità multiple, sia sotto il profilo organizzativo che dell'approccio terapeutico, che non deve mai perdere di vista la continuità assistenziale, la garanzia dei L.E.A., l'appropriatezza e la gestione in sicurezza dei trattamenti.

Consapevole di questa complessità, la Regione Campania già dal 2003 ha deliberato un modello organizzativo dipartimentale per il governo clinico delle dipendenze, anticipando un orientamento che ancora oggi è prevalente e moderno ma non del tutto diffuso sul territorio nazionale. Le relazioni spesso sfumate e sovrapposte con l'Area della Salute Mentale necessitano di collaborazione e sinergia per una visione unitaria e complessiva del paziente "a doppia diagnosi" che non rientri nel gioco perverso dello scarica-barile. Questa forse è una delle motivazioni che sostiene la visione alternativa di un'area delle Dipendenze all'interno dell'Area Salute Mentale.

9.2 L'evoluzione del Sistema di Offerta – Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.D.)

La Legge 79/2014, di modifica di alcuni articoli del T.U. 309/90, disciplina il cambio di denominazione dei Servizi in materia da Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) a Servizi per le Dipendenze (Ser.D.). Tale cambiamento, non solo terminologico, prende atto della complessità del fenomeno non più legato esclusivamente sull'uso della sostanza, prevalentemente eroina, ma anche da altri comportamenti che inducono dipendenza senza uso di sostanze (gioco d'azzardo, internet, shopping compulsivo, ecc....). Questa nuova visione dei servizi impone di conseguenza una riorganizzazione del Sistema pubblico che sia in grado di proporre risposte complesse a bisogni sempre più complessi e articolati. La strategia regionale di fondo, quindi, deve essere quella di implementare e potenziare i servizi pubblici all'interno di una modalità di intervento che privilegi la valutazione multidimensionale del bisogno, percorsi terapeutici integrati appropriati e verificabili, raccordo sistematico intraziendale e con le realtà del territorio nel rispetto di una logica di rete con la strutturazione di protocolli di presa in carico globale.

Il sistema di offerta pubblico in Campania è caratterizzato dalla presenza di n. 7 ASL articolate in n. 43 Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.D.)

Dal punto di vista dell'organizzazione Aziendale in materia, disciplinata in Campania dalla DGRC n. 2136/2013, alcune AASSLL sono strutturate in Dipartimenti (Caserta e Napoli 2 nord) mentre altre hanno individuato al loro interno responsabili di Area.

9.3 Epidemiologia delle dipendenze

Il numero di iscritti ai Ser.D. per uso di sostanze sembra costante negli anni (n. 10.112 al 31/12/2015, mentre per l'Alcool risultano n. 3160 – vedi tabella) fonte dati: Sistema Informativo Dipendenze (SID) con un aumento dei consumatori di cocaina, cannabis e alcool anche se la sostanza prevalente rimane l'eroina con aumento di cittadini poliassuntori. La fascia di età prevalente relativa alla prima iscrizione è 35-40 anni. Mentre per quanto attiene il numero di iscritti relativi alle cosiddette "Dipendenze senza sostanze" emerge il dato allarmante del numero di cittadini in carico, 1.207, al 31/12/2015 per Disturbo da Gioco D'Azzardo, dato che nell'ultimo

triennio aumenta del 50% rispetto al numero di assistiti dell'anno precedente, che impone una riorganizzazione dei servizi pubblici per le dipendenze, inizialmente tarati sul consumo di eroina e su una visione prevalentemente medica. La Regione Campania, al riguardo, ha avviato una rilevazione semestrale del numero di cittadini in carico per GAP assistiti in tutte le AASSLL con alcune Aziende che hanno attivato ambulatori dedicati (vedi tabella).

Questo dato sommato alla slatentizzazione in diversi consumatori di patologie di rilevanza psichiatrica costringe il sistema integrato di presa in carico, pubblico (Ser.D.) e privato (Comunità terapeutiche), ad un serrato confronto sia interdipartimentale nelle AASSLL con la Salute Mentale e la Prevenzione che interistituzionale con i Comuni associati in Ambiti Territoriali (L.R. 11/2007) al fine di pianificare e realizzare servizi adeguati alla complessità dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze (vedi doppia diagnosi, percorsi brevi residenziali per il Disturbo da gioco d'azzardo, reinserimento sociolavorativo ecc....). La complessità della continua evoluzione del fenomeno delle Dipendenze impone un raccordo sistematico, in una logica di rete, tra tutte le componenti pubblico-privato che sia in grado di leggere i bisogni e programmare congiuntamente la modifica del sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria adeguato all'evoluzione del fenomeno. Tutto ciò è in parte impedito dal numero del personale dipendente (520 al 31/12/2015 di cui il 60% medici e infermieri), sotto dimensionato almeno del 50%, che non riesce ad ottemperare in modo esaustivo tutte le competenze istituzionali di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione con l'aggravante della presenza scarsa di adeguato personale per interventi socioriabilitativi. Nonostante ciò, i Ser.D. nel tempo hanno avviato anche Centri antifumo per il contrasto al Tabagismo e assistenza mirata a cittadini con dipendenza da Alcool.

Altra caratteristica strategica dei Ser.D. è la loro capillarizzazione su tutto il territorio regionale che va mantenuta e, dove possibile, potenziata nel rispetto della complessità geomorfologica dei diversi territori che compongono la Campania dove mentre per le cosiddette AASSLL cittadine, come quelle del napoletano si riesce ad assicurare una presenza diffusa, nelle altre Provincie, invece, in particolare in quelle avellinesi e beneventane nelle cosiddette aree interne e nel salernitano per la sua estensione che va dalla fascia costiera a quella interna, si aggiunge la complessità di intercettare il bisogno adeguatamente e agevolare i cittadini di quelle aree a contattare i Servizi.

Infine va standardizzato il percorso personalizzato rivolto ai detenuti ritenuti idonei alla concessione delle Misure Alternative al carcere d'intesa con i tribunali di sorveglianza.

Infine in conseguenza della continua evoluzione del bisogno, si è ritenuto opportuno proporre una modifica, nel prossimo programma operativo, della organizzazione del fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali in Campania nel rispetto di quanto disciplinato nel patto della salute individuando l'indicatore dello 0,35/1000 abitanti.

Per tutto quanto suesposto risulta importante intervenire:

- potenziando ed implementando il sistema di offerta pubblica (prevenzione, cura e riabilitazione);
- promuovendo l'attivazione di nuovi servizi aderenti ai nuovi bisogni;
- attivando ambulatori dedicati per l'assistenza a cittadini con dipendenza da alcool e con disturbo da gioco d'azzardo (almeno 1 in ogni ASL);
- sistematizzando percorsi integrati di reinserimento sociolavorativo d'intesa con il privato provvisoriamente accreditato, i Comuni, le aziende.

9.4 - Il modello dipartimentale

Il dipartimento delle Dipendenze rappresenta il punto di riferimento aziendale per le competenze e la operatività in campo di prevenzione, cura e riabilitazione. È un Dipartimento molto aperto all'esterno, che deve sviluppare forti sinergie con le famiglie, le scuole, i servizi sociali, coinvolgendo i cittadini in generale, in maniera trasversale, data la nuova epidemiologia delle dipendenze. Il dipartimento e le sue articolazioni operative territoriali diventano un patrimonio della popolazione di riferimento sia per gli aspetti sociali, sia sanitari, inseriti anche nelle attività di contrasto da parte delle autorità competenti (sia sotto il profilo educativo, ma anche preventivo),

utilizzando in tal campo strumenti efficaci di comunicazione attraverso programmi permanenti di informazione.

Una profonda revisione dell'approccio alle dipendenze, in riferimento ai modelli clinico-osservazionali e di intervento, è oltremodo indispensabile in relazione ai nuovi progressi nell'ambito delle Neuroscienze. Le nuove indicazioni su meccanismi psico-neurobiologici alla base di alcuni comportamenti di assunzione non possono essere trascurate al fine di aumentare il livello di consapevolezza e autocoscienza nel paziente e nel terapeuta e permettere di monitorare non solo a livello comportamentale, ma anche strutturale e funzionale, l'evoluzione e l'outcome del trattamento.

La rilevanza dell'impatto sociale delle dipendenze e dell'azione dannosa prodotta a livello cerebrale, con conseguenti deterioramenti irreversibili delle funzioni cognitive e comportamentali, con compromissione di importantissime funzioni psichiche, esecutive e sociali, quali la "workingmemory" (memoria di lavoro), il controllo inibitorio dei comportamenti, la capacità di giudizio e la "social cognition", relazionate alle strutture corticali, rendono ragione di una nuova e impellente necessità di affrontare il problema delle dipendenza con una nuova intensità e nuove motivazioni.

Il Dipartimento delle Dipendenze pertanto acquista una nuova identità, complessità e responsabilità nella gestione aggiornata, moderna e basata su nuove Evidenze Scientifiche, rispetto al modello nascente della presa in carico del soggetto tossicodipendente. Per tale motivo i nuovi Ser.D. devono operare in un contesto organizzativo unitario, nell'esecuzione di processi assistenziali, terapeutici e riabilitativi anch'essi basati su evidenze scientifiche, di cui il Dipartimento si fa garante sotto l'aspetto tecnico-scientifico ed organizzativo. Gli strumenti operativi sono quelli della presa in carico globale del paziente e del nucleo familiare ove necessario, nel contesto di lavoro ove possibile, ma anche offrendo nuovi luoghi di cura al di fuori del contesto istituzionale ed in totale anonimato per favorire l'accesso di utenti a più alto grado di riservatezza. Né si deve trascurare l'obiettivo dell'uscita dal processo di cura e riabilitazione, superando l'idea che la dipendenza sia cronica ed irreversibile. Processi formativi continui del personale devono permettere una lunghezza d'onda di competenze simmetrica tra terapeuta ed utilizzatore, affinché le proposte di cura siano accolte e seguite con adeguata compliance e continuità.

Il Dipartimento ha come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione socio-sanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive e da comportamenti additivi, tendenti a perseguire gli obiettivi della politica socio-sanitaria regionale ed aziendale. Per le caratteristiche rapidamente evolutive delle forme di dipendenza, è necessario una forte flessibilità organizzativa nel contesto del Dipartimento e dei Ser.D.

Particolarmente interessanti risultano essere le Unità mobili e Unità di strada che raggiungono la popolazione a rischio nei luoghi e nei contesti di prevalente consumo di massa, capaci di attivare, anche in sinergia con le Forze dell'Ordine, programmi ed azioni di prevenzione su linee specifiche di attività (es. prevenzione delle "stragi del sabato sera").

È fondamentale che il Dipartimento curi con solerzia e precisione tutto il debito informativo nei confronti della Regione sulle apposite piattaforme informatiche.

Sono organi del Dipartimento delle Dipendenze:

- il Direttore;
- il Comitato di Dipartimento;
- l'Assemblea del Dipartimento;
- la Consulta di Dipartimento.

Le principali attività che competono al direttore di dipartimento sono:

- promuovere, organizzare e coordinare i gruppi finalizzati alla produzione di documenti di intesa e di linee di indirizzo operativo, sulla base delle necessità individuate dal comitato di dipartimento;
- raccogliere, formalizzare e divulgare le linee prodotte dai gruppi;
- stendere, divulgare e gestire il progetto generale di intervento (PGI) definito dal comitato di dipartimento;

- controllare la corretta attivazione ed applicazione delle linee di intervento socio-sanitario definite nel comitato di dipartimento;
- coordinare il comitato di dipartimento da cui riceve i mandati operativi;
- promuovere, organizzare ed assicurare periodicità agli incontri di aggiornamento, scambio di informazione e formazione interna al dipartimento su temi tecnico-scientifici;
- studiare e proporre al comitato di dipartimento procedure operative per assicurare la continuità terapeutica e la multidisciplinarietà dell'intervento;
- studiare e proporre al comitato di dipartimento procedure diagnostiche e protocolli terapeutici standard alla luce delle nuove acquisizioni ed evidenze scientifiche;
- promuovere il controllo costante e periodico dell'efficacia degli interventi (esiti dei trattamenti) e dell'applicazione delle tecniche di valutazione da parte delle singole unità operative;
- controllare l'applicazione degli standard assistenziali previsti e la permanenza dei livelli di qualità da parte delle varie unità operative;
- provvedere all'aggiornamento degli operatori sulle tematiche di prevenzione del rischio professionale;
- coordinare ed assicurare la raccolta e preparazione dei dati di attività e di risultato;
- organizzare meeting periodici di aggiornamento per i responsabili delle unità operative su temi di competenza.

9.5 - Obiettivi del Dipartimento per le Dipendenze

Il Dipartimento, attraverso le UO Ser.D. ed altre articolazioni funzionali/organizzative di cui ogni ASL riterrà opportuno dotarsi, promuove il perseguimento dei seguenti principali obiettivi:

- attuare la direzione strategica e il coordinamento delle unità operative interessate verso obiettivi comuni;
- definire ed attuare procedure operative "evidencebased", concordate e applicate da tutti, al fine di rendere omogenei e coordinati tutti i vari tipi di intervento sul territorio;
- coordinare ed assicurare l'adozione di standard omogenei per le attività di raccolta, archiviazione, elaborazione, interpretazione, diffusione e la trasmissione dei dati alle amministrazioni regionali e centrali;
- promuovere l'allineamento con le indicazioni aziendali e regionali;
- controllare e verificare la qualità dell'assistenza fornita e lo sviluppo dei programmi comuni concordati;
- studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure, con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa per l'entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di mancata presa in carico, in collaborazione con tutte le varie strutture della ASL coinvolte nell'assistenza alle persone dipendenti;
- individuare le soluzioni operative per l'ottimizzazione dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi socio-sanitari pubblici e privati (Ser.D., reparti ospedalieri, comunità, cooperative sociali);
- incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie, i pazienti e le loro famiglie;
- promuovere le attività di aggiornamento e formazione degli operatori sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative;
- garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra ASL e privato sociale, scuola, enti locali, comunità terapeutiche, volontariato.

9.6 – I livelli di complessità assistenziale

Considerata la complessità del bisogno sanitario e la molteplicità dei settori in cui esso si estrinseca, si individuano 4 livelli di attività da sviluppare nei territori di competenza, che dovranno anche tener conto della differenza di genere e dell'età del paziente, con particolare riguardo all'area minori:

- 1 livello: accoglienza (anche con Unità mobili e di strada) – con una buona relazione con i MMG e PLS per l'individuazione dei pazienti a rischio - primo contatto, primo soccorso, applicazione di tecniche per la riduzione del rischio delle patologie correlate, distribuzione di materiali sterili, terapia farmacologica (sostitutiva e non) su programmi a breve termine,

informazione e creazione di opportunità per interventi ad alta soglia, assistenza sociale, prevenzione, una prima gestione medica delle patologie internistiche ed supporto psicologico nel breve-medio termine.

□□2 livello: nell'ambito di strutture ambulatoriali per la gestione dei pazienti provenienti dal 1 livello, parzialmente stabilizzati e motivati, per affrontare percorsi programmati e più impegnativi in termini farmacologici, psicoterapici, educativi e socio/riabilitativi. Le funzioni principali del livello ambulatoriale sono: la diagnosi specialistica, gli interventi medici integrati, psico-sociali specialistici con programmi complessi e nel medio-lungo termine, il supporto alle famiglie, la preparazione per l'invio in comunità, i rapporti con gli istituti scolastici, il carcere ed altri enti ed istituzioni comunitarie. Avvio di percorsi di riabilitazione tendenti alla autonomizzazione del paziente;

□□3 livello: strutture residenziali o semiresidenziali con programmi rivolti agli utenti che accettano l'inserimento in tali strutture, sottoponendosi a programmi terapeutici e socioriabilitativi specialistici nel lungo termine. Le funzioni principali di questo livello sono rappresentate dai programmi terapeutici e socio-riabilitativi nel lungo termine in regime residenziale.

Proseguono le attività di riabilitazione e preparazione al reinserimento. Si gestiscono eventuali ospedalizzazioni in stretto raccordo con il Ser.D. di appartenenza.

□□4 livello: Il quarto livello riguarda i settori specifici che curano i programmi di reinserimento sociale, lavorativo e di prevenzione delle ricadute. Le funzioni principali sono quelle di mantenere la preparazione del paziente all'inserimento sociale e lavorativo. Le attività di riabilitazione, come esplicitato nei paragrafi precedenti, dovranno comunque avere inizio al secondo livello della rete assistenziale, personalizzando l'intervento sulla base delle caratteristiche dei soggetti e della loro condizione rispetto all'uso di sostanze. Il percorso culminerà nel quarto livello con la fase di reinserimento lavorativo. Nel contempo risulta indispensabile promulgare specifici programmi per ridurre la possibilità di riutilizzo delle sostanze stupefacenti.

9.7 – Area di particolare interesse: Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

9.7.1 - Introduzione

Negli ultimi venti anni il Gioco d'Azzardo ha assunto enormi proporzioni tanto da coprire il 4% del PIL nazionale e divenire una emergenza non solo sanitaria ma anche sociale ed economica.

In Campania, il 57,8% degli studenti è interessato dal fenomeno contro una media nazionale pari al 47,1%.

Si riconoscono 3 stadi di Gioco d'Azzardo (GA) che possono presentarsi anche in successione tra loro:

- “informale-ricreativo” che rappresenta un comportamento fisiologico;
- “problematico” che rappresenta un comportamento volontario a rischio per la salute fisica - mentale e sociale dell'individuo con necessità di diagnosi precoce e di intervento;
- “patologico” (GAP) che rappresenta una condizione di vera e propria dipendenza comportamentale patologica (malattia neuro-psico-biologica) con compromissione della sfera affettivo-familiare, lavorativa e finanziaria dell'individuo.

Il GAP investe soprattutto le fasce della popolazione che versano in condizioni di maggiore difficoltà economica e con una certa frequenza è associato all'uso di sostanze stupefacenti, all'abuso di alcool e alla co-morbilità psichiatrica, senza considerare gli aspetti del fenomeno che investono il mondo della criminalità organizzata.

Numerosi studi hanno dimostrato l'esistenza di una stretta relazione tra GAP e pensieri suicidi/tentato suicidio/suicidio riuscito.

Il presente Piano di riorganizzazione dell'assistenza territoriale in regione Campania viste le dimensioni e la valenza del problema intende:

- realizzare una rete di assistenza che agisca adottando l'approccio integrato con presa in carico globale dell'assistito;
- prevedere che le attività garantite dai SER.D. (soprattutto accoglienza e consulenza) siano potenziate e qualificate realizzando ulteriori interventi personalizzati, diversificati e coordinati, per

la prevenzione - cura e riabilitazione con possibilità di recupero delle persone affette da tale disturbo compulsivo.

9.7.2 – L’osservatorio regionale e aziendale

La Regione tramite l’Osservatorio regionale, istituito con L.R. n. 5/2013:

- garantisce la programmazione e sostiene l’attività di prevenzione e contrasto della dipendenza da GAP nei luoghi di specifico interesse (principalmente di studio, lavoro e ludico-ricreativi);
- rende disponibile per i gestori delle sale da gioco materiale informativo sui rischi e sui servizi di assistenza attivati;
- valorizza e sostiene le iniziative realizzate da Enti, Istituzioni, Associazioni di Volontariato e soggetti del Terzo Settore, non aventi scopi di lucro, che si occupano di GAP;
- assicura con l’attività di monitoraggio, che prevede l’adozione come per le altre forme di dipendenza del Sistema Informativo sulle Dipendenze (SID), lo studio e la conoscenza del fenomeno;
- individua e promuove strategie e interventi innovativi per il controllo del disturbo;
- realizza percorsi formativi per il personale socio-sanitario che fa parte della rete di assistenza;
- collabora con le Forze dell’Ordine.

Le AA.SS.LL. istituiscono l’Osservatorio aziendale sui disturbi da dipendenza comportamentale patologica, con funzione di:

- raccordo con l’Osservatorio regionale e sviluppo degli input ricevuti a livello di ciascuna azienda
- coordinamento e sostegno delle attività di rete
- raccolta dei dati territoriali necessari per assolvere al debito informativo regionale

9.7.3 - Scopi

La realizzazione della rete di assistenza persegue le seguenti finalità:

- sviluppare l’attività di prevenzione;
- proteggere la popolazione a rischio;
- contrastare la diffusione del “Gioco d’Azzardo Patologico” e di quello “problematico”;
- ridurre la possibilità di cronicizzazione del disturbo;
- impedire i casi di suicidio legati al GAP;
- ostacolare l’uso contemporaneo di sostanze stupefacenti e l’abuso di alcol;
- favorire il recupero del benessere dell’individuo e della sua famiglia;
- arrestare il ricorso al ricovero in strutture fuori regione.

9.7.4 – Importanza dei sintomi “sentinella”

Il presente piano affida alle AA.SS.LL. il compito di promuovere, in integrazione con le agenzie del territorio e le associazioni di settore, una vigorosa e capillare azione di sensibilizzazione ed informazione sulla necessità di individuare ogni possibile condizione di rischio e vulnerabilità, nonché la presenza di sintomi “sentinella” che consentano di porre con tempestività la diagnosi e di intraprendere il trattamento quanto più precocemente possibile.

Tale azione dovrà essere rivolta ai MMG, ai PLS e alle molteplici organizzazioni che, nell’ambito della propria attività, possono venire a conoscenza di comportamenti compulsivi legati al gioco (forze dell’ordine, enti ecclesiastici, società sportive, associazioni di volontariato, ecc).

9.7.5 – L’assetto organizzativo dei servizi per le dipendenze

L’assistenza alle persone affette da GAP richiede che sia superato l’attuale assetto organizzativo dei Ser.D., focalizzato sulla medicalizzazione degli utenti in carico, attivando ambulatori dedicati dotati di una equipe multi-professionale e multidisciplinare costituita da psicologo, medico, assistente sociale, infermiere e operatore sociosanitario.

Il team opera sin dalla fase di prevenzione effettuata nelle scuole, nei luoghi di aggregazione e nelle sale da gioco con interventi educativi, campagne di sensibilizzazione e distribuzione di materiale informativo.

Ulteriore azione è rappresentata dall’attivazione di una linea verde per l’ascolto, la consulenza telefonica e il primo orientamento degli utenti. Per i Distretti Sanitari sul cui territorio non insiste

alcun Ser.D. tale funzione può essere affidata alla Porta Unica di Accesso (PUA) previa specifica formazione del personale.

Oltre alla attività di prevenzione e informazione l'equipe garantisce l'accoglienza, la diagnosi, la presa in carico e il programma terapeutico-riabilitativo individualizzato che include le attività di:

- supporto di counselling all'utente e alla famiglia
- psicoterapia
- gestione della contestuale dipendenza da sostanze e da alcool
- trattamento della eventuale co-morbilità psichiatrica previa attivazione di specifici protocolli con il DSM.

9.7.6 – Il ruolo delle Associazioni di volontariato e del Terzo settore

Le Aziende, con la collaborazione delle associazioni di volontariato, organizzano gruppi di auto mutuo aiuto e assicurano l'attività di prevenzione delle recidive accompagnando l'utente nel percorso di reinserimento nel proprio contesto familiare, lavorativo e sociale.

Il Terzo Settore effettua anche gli interventi di amministrazione di sostegno e di consulenza legale e finanziaria ai soggetti e alle famiglie colpite da GAP.

9.7.7 – L'attivazione di posti residenziali

La rete di assistenza è completata attivando, in via sperimentale, un'offerta assistenziale di tipo residenziale e semiresidenziale che risponda a specifici requisiti organizzativi e professionali da definire. Tali posti sono destinati ad accogliere, per brevi periodi, (massimo 30/45 gg), gli utenti che presentano necessità di essere allontanati dal proprio contesto di vita, al momento assistiti fuori regione o in strutture non specifiche per la dipendenza comportamentale.

9.7.8 – Il potenziamento dei servizi e azioni di contrasto alle dipendenze

Con il DCA n. 86 dell'8.8.2016 è stato emanato il Piano di Azione Regionale di contrasto alle Dipendenze Patologiche, mirato al potenziamento ed all'implementazione delle azioni di contrasto alle Dipendenze svolte dai Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.), con specifici finanziamenti da acquisire mediante apposite proposte tese al raggiungimento dei seguenti obiettivi :

- Potenziamento quantitativo e qualitativo delle risorse umane
- Miglioramento delle condizioni strutturali delle sedi dei Ser.D.. adeguate alla tipologia di offerta assistenziale
- Presenza in tutti i Ser.D. di adeguati strumenti diagnostici
- Aumento numero azioni territoriali di prevenzione universale e selettiva
- Aumento del numero di cittadini che si rivolgono ai Ser.D. con un'età inferiore ai 35 a.
- Miglioramento procedure e protocolli di presa in carico con particolare attenzione alle nuove sostanze, ai poliassuntori ed alle nuove dipendenze "senza sostanze"
- Organizzazione ambulatori dedicati per cittadini con dipendenza da Alcool e da Disturbo da Gioco d'Azzardo
- Miglioramento procedure di predisposizione Progetti Personalizzati e relativa verifica esiti, anche attraverso il raccordo con gli Enti Privati provvisoriamente accreditati al fine di ridurre il numero di abbandoni del programma terapeutico da parte dei cittadini in assistenza;
- Miglioramento della rilevazione dei bisogni e conseguente ricalibrazione programmatica dei servizi d'intesa con gli Enti privati provvisoriamente accreditati, i Comuni, le Istituzioni Scolastiche e le associazioni di volontariato e di categoria;
- Miglioramento delle azioni di reinserimento sociolavorativo anche d'intesa con gli Enti privati provvisoriamente accreditati, i Comuni, Imprese, ecc...
- Sistematizzazione protocolli e procedure azioni di Misure Alternative detenuti in stato di tossicodipendenza

9.8 – Le strutture per le Dipendenze

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti con dipendenze, il presente Piano modifica il criterio di determinazione del fabbisogno stabilendo come parametro l'indicatore dello 0,35/1.000 abitanti prendendo a riferimento la popolazione residente in Campania al 1° gennaio 2015 nella fascia di età 15-64 anni.

L'offerta residenziale e semiresidenziale per soggetti con dipendenze sono illustrate nelle tabelle seguenti.

Tabella 40 – Offerta residenziale per soggetti con dipendenze

Tabella 41 – Offerta residenziale per soggetti con dipendenze

Il presente Piano prevede un fabbisogno complessivo, inferiore al precedente periodo di programmazione, di 1.374 pl di cui un 60%, pari a 824 pl, da destinare ad assistenza residenziale ed il restante 40%, pari a 550 pl, da destinare ad assistenza semiresidenziale.

Il fabbisogno complessivo è stato ripartito nelle tabelle per le diverse tipologie assistenziali previste in Regione Campania a normativa vigente con l'indicazione, contempo, del numero di posti letto valutati formalmente accreditabili dalle ASL, in attesa di accreditamento definitivo, al fine di poterne far scaturire il quadro sinottico dell'offerta assistenziale in materia e del numero di pl da riconvertire o attivare.

Considerato che nell'area della città di Napoli non risultano attive Comunità Terapeutiche residenziali, il Piano ritiene necessario riservare almeno 20 pl residenziali sul territorio afferente all'ASL Napoli 1 Centro al fine di garantire un equilibrio, su tutto il territorio regionale, della presenza di strutture in materia.

Inoltre, lo stesso ritiene opportuno avviare un percorso di riqualificazione del privato provvisoriamente accreditato, aggiornando i requisiti che disciplinano la presenza di personale qualificato, e ridefinendo le funzioni assistenziali (Terapeutiche, con livello di intensità adeguato al piano personalizzato, e Pedagogiche, attento alla valorizzazione percorso terapeutico svolto promuovendo azioni coerenti di reinserimento socio-lavorativo), agganciando adeguate procedure condivise di conseguente adeguamento tariffario, e definendo protocolli integrati pubblico-privato che garantiscano una corretta valutazione multidimensionale e un adeguato intervento con la necessaria intensità assistenziale.

Nelle tabelle e figure seguenti vengono illustrate le reti delle strutture per le dipendenze (strutture pubbliche e private) e la relativa geolocalizzazione nelle diverse ASL.

CAPITOLO 10 - Area delle cure palliative e fine vita

10.1 - I Centri residenziali per le cure palliative - Hospice

10.1.1 - Introduzione

Recenti dati diffusi dall'American Cancer Society indicano che dal 2030 ogni anno vi saranno nel mondo oltre 20 milioni di nuovi casi di tumore con quasi il 13 % di decessi; dai dati ISTAT 2011 si rileva che il tasso di mortalità per neoplasie in Campania è di 26,7 decessi ogni 10.000 abitanti contro un valore nazionale pari a 25,6; si stima, inoltre, che il numero complessivo di pazienti non oncologici che necessitano di interventi di cure palliative corrisponde al numero di pazienti deceduti per tumore/anno.

Per quanto attiene al paziente in età pediatrica, gli studi evidenziano:

una mortalità pari a 0,8 – 1/10.000 minori che necessitano di cure palliative pediatriche con età 0 – 17 anni / anno / regione;

una stima della prevalenza di minori con necessità di cure palliative pediatriche pari a 10 volte la mortalità e, pertanto, corrispondente a 10 / 10.000 minori 0 – 17 anni.

In tale contesto la Regione Campania ha ritenuto strategico costituire una rete integrata di servizi in grado di assicurare la continuità socio-assistenziale al paziente e alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia terminale.

Con il DCA n. 33/2016 è stata confermata la Rete regionale della Terapia del dolore a cui si fa esplicito riferimento per l'assistenza in setting ospedaliero e territoriale.

10.1.2 – La rete delle cure palliative e il modello di assistenza adottato

La rete delle cure palliative, in osservanza della L. 38/2010 e delle Linee di Indirizzo regionali vigenti, è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, essa è composta come segue :

- M.M.G. -MCA;
- ambulatori;
- equipe distrettuali di cure palliative che garantiscono ed assicurano l'assistenza di tipo domiciliare e garantiscono la presa in carico dell'utente da parte della rete di assistenza;
- day hospice

I riferimenti normativi e i requisiti organizzativi minimi della rete di cure palliative sono contenuti nel decreto commissariale n.4/2011 e 128/2012, mentre si rinvia al decreto commissariale 1/2013 per l'inquadramento delle cure palliative domiciliari nella cornice del sistema di cure domiciliari.

- strutture residenziali hospice ;
- strutture residenziali e di ricovero ad alta intensità;
- presidi ospedalieri;
- AA.OO.RR.NN;
- organizzazioni non-profit

Nella Rete locale di Cure Palliative è garantita la continuità delle cure attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero) e nei vari setting di cura di seguito caratterizzati (casa, Hospice, ospedale, strutture residenziali). L'integrazione di queste opzioni assistenziali, in un programma di cure individuali è condizione essenziale per poter dare una risposta efficace ai bisogni dei malati e dei loro familiari. L'unitarietà delle cure deve essere garantita dall'Unità di cure palliative-come previsto anche dal d.m. 43/2007- e se essa non è istituita dall'u.o. di cure domiciliari o da chi ha la regia delle cure palliative territoriali, anche attraverso il coordinamento aziendale di cure palliative.

Come ribadito dall'Intesa stato-regioni del 25 luglio 2012, recepita con decreto del commissario 128/2012, Cure Palliative sono rivolte a soggetti affetti da qualunque patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita (L. 38/2010, art. 2, comma 1) durante tutto il decorso della malattia, per ogni età ed in ogni luogo di cura.

I piani di assistenza e di presa in carico devono coinvolgere in modo integrato tutte le risorse disponibili sul territorio, comprese le organizzazioni non-profit ed il settore sociale degli Enti Locali, essi sono realizzati da équipe multi-professionali con personale dedicato di tale équipe è parte integrante il medico di medicina generale. La strutturazione di base dell'équipe multi professionale è costituita da medici e infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza; di tale struttura è parte integrante il medico di medicina generale. Con questa struttura di base équipe collaborano, in rapporto ai bisogni del malato e della famiglia, psicologi, assistenti sociali nonché le altre figure professionali ritenute necessarie.

La presa in carico del paziente avviene a cura della unità operative di terapia del dolore e cure palliative, e si avvale per l'assistenza domiciliare, delle cure domiciliari per i livelli assistenziali 1 e 2, e di equipe propria per le cure di terzo e quarto livello. Adequate risorse umane devono essere garantite dalle ASL per la realizzazione di questo segmento di assistenza, anche mutate dalle attività territoriali in riconversione.

Lungo l'intero percorso viene adottato il modello della presa in carico globale al fine di combattere il dolore "inutile" e la sofferenza che ne deriva fornendo alla persona malata e all'intero nucleo familiare un adeguato sostegno psicologico, sociale e culturale, indispensabile nella fase di fine vita e di elaborazione del lutto.

Luogo privilegiato di intervento è costituito dall'abitazione del paziente che quando non può più essere assistito presso il proprio domicilio, o nei casi in cui è necessario alleggerire temporaneamente la famiglia dal carico sostenuto (ricovero di sollievo), viene ospitato dal Centro residenziale per le cure palliative – Hospice che fornisce assistenza sanitaria, tutelare ed alberghiera ed è strutturato in modo da riprodurre l'ambiente domestico e di vita: in tal senso i due setting non possono essere considerati tra loro indipendenti.

Sia a domicilio che in Hospice obiettivi principali delle cure sono rappresentati dalla qualità di vita e dal rispetto della dignità della persona affetta da patologia (non solo oncologica) progressiva, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta per la quale non sussiste più alcuna possibilità di trattamento specifico finalizzato al miglioramento dei sintomi e/o alla guarigione.

In attuazione del d.m. della salute del 04.06.2014, la Regione Campania ha recentemente approvato il decreto commissariale n.57/2016 per la certificazione dell'esperienza di cure palliative per i professionisti già impegnati nella rete locale di cure palliative privi della specializzazione richiesta. Il medesimo decreto ha recepito tra le altre cose anche l'Accordo stato-regioni del 10.07.2014 per l'individuazione delle figure professionali e delle relative competenze, al quale si rinvia per la definizione delle équipes multi-professionali a livello locale.

Lo sviluppo della rete di cure palliative sia a livello regionale sia a livello aziendale deve tenere conto di quanto segue.

- Sviluppo omogeneo della rete residenziale e day hospice
- Regolamentazione dell'apporto delle organizzazioni di volontariato
- Sviluppo di un sistema di indicatori regionali /aziendali a partire dal d.m. 43/2007
- Costante e continua alimentazione dei flussi dedicati
- Formazione e qualificazione delle équipes dedicate

Per lo sviluppo della rete di cure palliative e di terapia del dolore le aziende secondo le indicazioni dei competenti uffici regionali saranno tenute a definire il consueto piano di sviluppo anche a valere sui fondi obiettivo di piano a destinazione vincolata, considerando il principio secondo il quale le cure domiciliari palliative hanno diverse intensità assistenziali e complessità in quanto sono definite "di base" e "specialistiche" e pertanto le risorse e le modalità di erogazione devono essere programmate e definite anche in relazione a tale suddivisione. (CFR. intesa stato-regioni del 25 luglio 2012). Le ASL sono impegnate ad attivare la rete aziendale delle cure palliative entro il 31.03.2017.

10.1.3 – L'uniforme sviluppo territoriale di centri residenziali per le cure palliative

Perché una rete funzioni e non si determinino inapproprietezze, è necessario che tutti i nodi siano rappresentati in maniera da coprire i diversi gradi ed intensità di bisogno e, in regione Campania, il numero di P.L. Hospice, nonostante i progressi registrati negli ultimi anni, appare in alcuni territori ancora deficitario per cui il presente Piano persegue il loro uniforme sviluppo nei diversi ambiti territoriali.

Il fabbisogno regionale di P.L. individuato per i Centri residenziali per le cure palliative - Hospice adulti è pari a 293. Tale fabbisogno è stato determinato applicando l'indice di 0,5 P.L. ogni 10.000 abitanti, così come definito dalla Commissione Tecnico-scientifica del Ministero della Salute, su una popolazione residente al 01.01.2016 di 5.850.850 abitanti.

In Campania risultano attivati o programmati 181 P.L. totali tra pubblici e privati.

Mentre per le ASL di Avellino, Benevento e Caserta si è raggiunta la saturazione del valore programmato, per le AA.SS.LL. Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud e Salerno risultano da attivare/riconvertire, complessivamente, n. 112 P.L.

Il presente piano, pertanto, in osservanza della L. 38/2010 e delle Linee di Indirizzo regionali vigenti, nel ritenere che la realizzazione dei P.L. Hospice ancora mancanti risulti irrinunciabile al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, la qualità delle cure, la loro appropriatezza e l'equità di accesso all'assistenza nelle diverse aree della regione, stabilisce che le 4 AA.SS.LL. interessate attivino i Centri residenziali per le cure palliative-Hospice adulti presso le sedi indicate nella tabella seguente, individuate avendo a riferimento i seguenti criteri:

- attuale percentuale di copertura del fabbisogno in ciascuna Azienda;
- distribuzione territoriale dei Centri residenziali di cure palliative già funzionanti;
- presenza di strutture ospedaliere da riconvertire;
- disponibilità di immobili o parte di immobili di proprietà delle AA.SS.LL. inutilizzati.

10.1.4 – La rete di assistenza al paziente pediatrico

La legge 38/2010 all'art. 1 tutela "il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore" ed individua tre reti di assistenza dedicate, rispettivamente, alle cure palliative, alla terapia del dolore e al paziente pediatrico.

La stessa norma nazionale rivolge particolare attenzione al paziente in età evolutiva quale soggetto portatore di specifici bisogni che richiedono risposte adeguate alle esigenze del piccolo assistito e della sua famiglia.

Come si legge nella recente Intesa stato-regioni del 25 luglio u.s., la rete locale di terapia del dolore e cure palliative è unica e per rete locale s'intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative e terapia del dolore rivolte al minore erogate nei diversi setting assistenziali in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale.

Per il paziente pediatrico la rete di cure palliative e terapia del dolore coincide, così come indicato dagli atti normativi regionali, ispirati alla normativa di riferimento nazionale, pertanto lo sviluppo delle due reti di assistenza deve essere armonico e contestuale.

I soggetti e le strutture che assicurano la rete di assistenza ai pazienti in età pediatrica sono i seguenti:

- ambulatori
- centri di riferimento
- struttura ospedaliera-reparto pediatrico
- assistenza domiciliare di base e specialistica (unità di Cure palliative Domiciliari)
- hospice pediatrico-centro residenziale di cure palliative per minori
- servizi sociosanitari territoriali
- servizio urgenza/emergenza
- ambulatori
- organizzazioni non profit

Attore principale della rete di assistenza al paziente pediatrico è il pediatra di libera scelta, che è la figura principale intorno alla quale ruota la assistenza in età pediatrica, soprattutto nei casi di presa in carico domiciliare e al quale si chiede con il coinvolgimento delle altre figure infermieristiche e specialistiche di mantenere la regia dell'assistenza.

Per l'Hospice pediatrico, il fabbisogno definito (cfr dca 128/2012) è una struttura ogni 2 - 2,5 milioni di abitanti con un dimensionamento ideale di 4-6 posti letto, anche se sono accettabili ovvero economicamente sostenibili strutture di dimensioni maggiori, fino ad un massimo di 12 posti letto su base regionale.

L'AORN Santobono-Pausilipon ha già attivato due posti letto dedicati utilizzando i fondi a destinazione vincolata erogati all'uopo dalla regione.

Elemento essenziale della rete è il Centro di riferimento regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche individuato già nel Santobono -pausilipon che come definito dal decreto commissariale n.22/2015 è centro Hub per la terapia del dolore e già sede del primo Hospice pediatrico della Regione, con due posti letto dedicati e in fase di ampliamento.

Data la coincidenza delle due reti, e l'auspicata convergenza delle funzioni di hospice e di centro di riferimento per l'età pediatrica, come definito dalla normativa nazionale, l'AORN Santobono-Pausilipon dovrà pianificare le attività di Centro di riferimento compiutamente, completando il programma già previsto ed avviato con i fondi a destinazione vincolata anno 2012-2013.

Inoltre, il DCA n. 33 del 17.05.2016 prevede che la ASL Napoli 3 Sud attivi un Centro residenziale di cure palliative pediatriche presso il P.O. di Torre del Greco.

La struttura residenziale per minori è considerata al pari di quella per adulti una struttura territoriale, per la quale è prevista la tariffa specifica ed è organizzata come una casa per bambini in cui sono rispettate le relazioni e l'ambiente familiare, accoglie le istanze di privacy, socialità, promozione dello sviluppo e della qualità della vita del minore, anche attraverso aperture ed interazioni con la rete istituzionale operante nell'area ove essa insiste.

10.1.5 – Scopi

Il completamento della rete delle cure palliative del paziente adulto e pediatrico persegue le seguenti finalità:

- raggiungere lo standard previsto di posti letto attivi di Centri residenziali per le cure palliative per ciascuna ASL della regione Campania;
- garantire pari opportunità di accesso nell'ambito della rete di cure palliative;
- assicurare l'appropriatezza del luogo di cura riducendo i ricoveri impropri;
- tutelare la dignità della persona malata sia in età adulta che pediatrica;
- promuovere la qualità della vita con adeguato sostegno sanitario e socioassistenziale alla persona malata e alla famiglia;
- assicurare la continuità assistenziale nelle diverse fasi della malattia.

CAPITOLO 11 – AREA MEDICINA LEGALE

11.1 – Le modifiche di attività

L'Area Medicina Legale ha il compito di assicurare il governo tecnico ed il corretto svolgimento delle attività certificative medico-legali, sia collegiali sia individuali riportando ad unitarietà la loro gestione e realizzando il più efficace ed efficiente impiego delle risorse.

Fornisce consulenza alla Direzione Sanitaria delle ASL e a tutti gli operatori sanitari per le problematiche con risvolti medico-legali in tutti gli ambiti. La Medicina Legale territoriale può essere di supporto alle Direzioni Sanitarie di Presidio delle ASL in particolare sul tema relativo all'acquisizione del consenso informato, alla tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria e alla responsabilità professionale sanitaria.

L'Area della Medicina Legale negli ultimi anni ha subito, tuttavia, una forte contrazione di attività con il passaggio sperimentale all'INPS (non avvenuto per tutte le ASL) delle attività di valutazione relative ai percorsi di invalidità civile, handicap, collocamento mirato al lavoro delle persone disabili, ecc. e di tutto quanto correlato, nonché per le attività di Medicina Fiscale per la necessaria corresponsione economica di quanto dovuto dagli Enti richiedenti, in tempi di spending review.

L'attuale protocollo sperimentale di intesa tra la Regione Campania e l'INPS per l'affidamento delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile è in fase di conclusione e di successiva valutazione, anche per quanto riguarda la ripartizione degli oneri connessi al Protocollo. Eventuali, successive determinazioni regionali dovranno essere tenute in conto necessariamente nella rimodulazione dell'organizzazione.

11.2 – Le funzioni attuali

Attualmente la Medicina Legale territoriale svolge compiti di tipo ambulatoriale e territoriale:

- Territoriale
- visite medico-legali richieste dall'Autorità Giudiziaria
- accertamenti necroscopici ai sensi del DPR 285/90
- visite fiscali
- certificazioni per lo stato di elettore fisicamente impedito
- valutazioni relative ai percorsi di invalidità civile, cecità civile, sordomutismo, disabilità ed handicap per le ASL della Provincia di Napoli ancora non transitate nella fase sperimentale.
- Ambulatoriale, a richiesta dell'utenza
- Idoneità psicofisica alla guida (autoveicoli e natanti)
- Idoneità psicofisica all'attività lavorativa e cessione V stipendio
- Idoneità psicofisica al porto ed alla custodia di armi
- Certificazioni varie (concessione contrassegno invalidi, esenzione uso cinture di sicurezza, computo giorni di malattia per grave patologia)
- Esami tempi di reazione semplici e complessi

Ogni Azienda dispone l'istituzione di un Collegio Medico-Legale per la Medicina Valutativa.

11.3 – Le nuove funzioni

Le ridotte attività possono essere compensate, nel mantenimento di una professionalità acquisita e delle risorse disponibili, dall'assegnazione a questa

Area di nuove funzioni, quali la consulenza a varie UU.OO. per la Gestione del Rischio correlato alle attività sanitarie, nella gestione del contenzioso extragiudiziale e giudiziale per le strutture del SSR.

CAPITOLO 12 – LA SANITA’ PENITENZIARIA

12.1 - Premessa normativa

Con il D.lgs. n. 230/1999 e a partire dal D.P.C.M. 1 aprile 2008, le funzioni di Sanità Penitenziaria, svolte fino a quella data dal Ministero della Giustizia, sono state trasferite ai Servizi Sanitari delle Regioni: queste ultime ne assicurano l’espletamento tramite le Aziende Sanitarie nel cui ambito territoriale sono ubicati Istituti Penitenziari, rendendo, di fatto, l’assistenza sanitaria alla popolazione detenuta e gli spazi negli Istituti dedicati ad essa, un ambito sanitario a tutti gli effetti, soggetto quindi alle leggi e ai regolamenti propri del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali.

Attenendosi al diritto alla salute costituzionalmente sancito e al principio di uguaglianza tra le persone private della libertà e i cittadini liberi, con questo documento la Regione Campania individua le linee organizzative ritenute appropriate per assicurare la Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari.

Il presente Piano fornisce chiara indicazione programmatica alla identificazione, nelle ASL sul cui territorio insistono strutture penitenziarie, per adulti e minori, che tale ambito assistenziale vada esplicitamente configurato come ambito assistenziale trasversale, assorbendo sia la funzione assistenziale ospedaliera che territoriale, e pertanto collocato nella dimensione della Direzione Strategica, in diretta connessione con la Direzione Sanitaria.

Si rinforza qui il concetto che l’assistenza in ambito penitenziario venga svolta nella dimensione distrettuale di riferimento, e pertanto, l’articolazione aziendale “Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari” si raccordi, per ciascun Istituto con il Direttore del Distretto territorialmente competente. Ove in una ASL fosse insediato un unico Istituto penitenziario, la funzione “Tutela della Salute negli Istituti Penitenziari” può essere affidata anche al Direttore del Distretto di riferimento.

Pertanto le attività di medicina generale o pediatrica, le attività specialistiche, diagnostiche, le prestazioni farmaceutiche, di salute mentale, di igiene e medicina preventiva, di medicina legale, di prevenzione e cura delle dipendenze, rientrano nei compiti della indicata articolazione aziendale che si raccorderà con le rispettive articolazioni specialistiche anche dipartimentali per il governo clinico delle attività assistenziali penitenziarie.

Questo modello fornisce omogeneità ed equità di accesso alle prestazioni sanitarie, pur nella specificità del regime di restrizione della libertà individuale.

Come previsto dai livelli essenziali di assistenza nazionali contenuti nella programmazione strategica regionale in ambito sanitario e sociosanitario, anche negli istituti penitenziari vengono svolte le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi, terapia e riabilitazione.

Al fine di armonizzare la tutela della salute delle persone private della libertà, con le esigenze di sicurezza, questo documento riconosce e sostiene l’indispensabile collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e Amministrazione Penitenziaria.

12.2 - L’organizzazione

Le Aziende sanitarie sono titolari delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie rivolte alle persone detenute e, a tal fine, mettono in campo la propria organizzazione, in particolare attraverso i servizi distrettuali, i servizi di salute mentale, i servizi per le dipendenze e i Dipartimenti di prevenzione, le aree Farmaceutiche. Come già indicato, viene individuata per ciascuna Azienda, sul cui territorio è presente un istituto, un’articolazione aziendale di Tutela della Salute negli Istituti penitenziari. Essa eroga l’assistenza sanitaria garantendo la continuità assistenziale, con modalità di lavoro multidisciplinare prevedendo l’integrazione degli interventi. Ove la popolazione ristretta fosse numericamente rilevante e, quindi, l’attività farmaceutica a servizio dell’articolazione

aziendale di particolare rilevanza, anche di tipo economico, può essere prevista una specifica funzione di Farmacia in area Penitenziaria per la gestione del farmaco.

Il responsabile della articolazione dedicata si raccorda con i Direttori di Distretto e di Dipartimenti, sulla base delle linee di indirizzo e degli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale, definisce attività, percorsi e processi che attengono la salute della popolazione detenuta coordinandosi con gli altri servizi aziendali che svolgono attività a favore dei detenuti.

Ogni sforzo deve essere attuato dalle ASL per garantire l'erogazione delle prestazioni medico/diagnostico/assistenziali all'interno delle strutture penitenziarie, riducendo al massimo le traduzioni dei detenuti verso le strutture esterne. Ciò permette l'erogazione dell'assistenza ai detenuti con maggiore rapidità.

Un adeguamento tecnologico delle dotazioni strumentali degli istituti penitenziari deve essere programmato entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente documento.

Negli istituti femminili e minorili vanno previsti adeguati programmi di assistenza medico/specialistica per donne e minori.

12.3 - La presa in carico

Le prestazioni di sanità penitenziaria attualmente dovute dal servizio sanitario regionale attengono principalmente all'assistenza primaria e specialistica e sono definite come:

...funzioni riconducibili all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza ai detenuti che, a norma dell'art. 1 comma 1 del D.lgs. 230/1999, "hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali".

Tali prestazioni vengono rese in regime di iscrizione al servizio sanitario nazionale e di totale esenzione dalla compartecipazione alla spesa, subordinate a criteri di appropriatezza basati su evidenze scientifiche e all'osservanza del Codice Deontologico.

Inoltre attengono al servizio sanitario regionale eventuali prestazioni di tipo aggiuntivo (per esigenze istituzionali proprie, non necessariamente subordinate ai criteri che vincolano l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, come a titolo di esempio prestazioni odontoiatriche).

Le Aziende Sanitarie sono tenute, altresì, ad erogare le prestazioni medico legali in favore del Corpo di Polizia Penitenziaria, di cui all'Accordo ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 28.8.1997 n. 281, approvato in Conferenza Unificata in data 29.10.2009, di cui alle convenzioni locali. Tale ulteriore attività rende ragione della complessità e della numerosità degli utenti in carico a questo specifico settore di assistenza.

L'organizzazione dell'offerta assistenziale finalizzata all'efficacia degli interventi di cura deve prevedere la presa in carico della persona detenuta, la gestione integrata e la continuità delle cure, dal momento dell'ingresso in struttura penitenziaria, durante la permanenza, nel caso di trasferimento e al momento del rilascio.

12.4 - L'offerta sanitaria

L'offerta sanitaria si sviluppa secondo un modello assistenziale che tiene conto dei passaggi principali del percorso dei detenuti, ovvero:

- Fase di accoglienza
- Formulazione di un programma clinico assistenziale individuale (che prevede la valutazione dello stato di salute e le attività di promozione e prevenzione, il monitoraggio delle condizioni di salute, in particolare se il detenuto presenta una patologia cronica) condiviso tra sanitari e persone detenute.
- Periodo di detenzione
- Attuazione del programma clinico
- Cura delle eventuali patologie acute insorte
- Dimissione

□□Viene perseguito l'approccio della medicina di iniziativa che prevede la presa in carico proattiva dei detenuti e un approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte adeguate.

L'attività sanitaria è attuata attraverso i medici che assicurano l'assistenza primaria, gli specialisti, il personale infermieristico e altri professionisti dell'Azienda.

Le attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi e cura sono erogate prevalentemente all'interno degli istituti penitenziari e, se necessario, in luoghi esterni di cura (anche in relazione all'utilizzo di specifiche apparecchiature e attrezzature necessarie per l'atto medico), in conformità alla normativa vigente, in raccordo con il Dipartimento di Prevenzione.

Le persone detenute, al pari dei cittadini in stato di libertà, accedono al livello assistenziale più adeguato e alla struttura più appropriata per livello di specializzazione e tecnologia secondo il modello organizzativo delle reti cliniche integrate "HUB & SPOKE".

Tutte le prestazioni assistenziali garantite all'utente non ristretto devono, nel rispetto degli specifici vincoli di detenzione, essere altresì garantite ai cittadini ristretti.

Gli operatori sanitari agiscono, altresì, nel rispetto delle norme previste dall'ordinamento penitenziario, dal suo regolamento di esecuzione, dal regolamento interno d'istituto, nonché delle direttive impartite dall'amministrazione penitenziaria e dalle Direzioni degli istituti penitenziari in materia di sicurezza.

Con esso, assieme alle funzioni, sono state trasferite al Fondo sanitario nazionale e ai Fondi sanitari regionali le risorse, le attrezzature, il personale, gli arredi e i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie nelle carceri, sebbene il tutto risulti, almeno in questa regione, desueto.

Un rilevante investimento in termini di adeguamento tecnologico, adeguamento normativo, apertura di nuove attività ambulatoriali è obiettivo delle ASL con Istituti di detenzione sul proprio territorio, nel perseguimento di obiettivi di appropriatezza ed efficacia anche in questo segmento dell'assistenza, ad elevata complessità organizzativa.

Nell'ambito del Piano Ospedaliero, di cui al DCA n. 33/2016, lo specifico Capitolo sulla Sanità Penitenziaria individua i luoghi di cura in regime ospedaliero che completano l'offerta sanitaria regionale in area penitenziaria.

CAPITOLO 13 – Area della farmaceutica territoriale

La farmaceutica territoriale trova il suo ambito di attività in tutte le funzioni di interesse farmaceutico fortemente ampliate nella crescente territorializzazione dell'assistenza finalizzata ad offrire una risposta adeguata ed attualizzata ai reali bisogni di salute.

Il baricentro del Servizio sanitario nazionale (SSN) si va spostando dall'ospedale al territorio, in particolare, per quanto alla gestione delle cronicità e delle fragilità, oltre che alle prestazioni sanitarie di base. In questo contesto, l'assistenza farmaceutica territoriale deve assolvere ad un compito trasversale sul territorio di competenza per l'uniformità delle procedure e la garanzia di equità dell'offerta e dell'accesso alla cura; deve inoltre svolgere un'attività capillare calata nelle diversità distrettuali del territorio di competenza ricoprendo ruolo di unità organizzativa importante e pienamente partecipe del sistema integrato e sinergico per la realizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, rappresentato dal Distretto Sanitario.

L'Assistenza Farmaceutica Territoriale inerisce la programmazione e la gestione sul territorio di tutti i processi che riguardano direttamente o indirettamente il Farmaco ed il Dispositivo Medico e tutti i prodotti correlati alla cura quali Alimenti ed Integratori dedicati a fini medici speciali; deve essere coinvolta, pertanto, in tutti i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali che esitano nella erogazione o nella somministrazione di una cura che coinvolge i suddetti elementi, non solo nella fase di approvvigionamento e distribuzione, ma anche attraverso un attento processo di programmazione, a partire dalla formulazione del budget e l'elaborazione dei fabbisogni, operando nella massima integrazione sinergica con le altre componenti dell'offerta sanitaria, ed offrendo un contributo sostanziale al monitoraggio delle prestazioni ai fini di controllo e programmazione.

Il Territorio del Distretto Sanitario costituisce l'ambito strategico-istituzionale in cui realizzare, direttamente o per il tramite dei soggetti convenzionati, l'Assistenza Farmaceutica Territoriale e la gestione del rischio clinico connesso.

L'intera Area è deputata a funzioni di Assistenza Farmaceutica Territoriale attraverso l'articolazione delle strutture farmaceutiche insistenti nei Distretti Sanitari della A.S.L. e rivolta ai cittadini secondo disposizioni di Legge Nazionali e Regionali; nell'ambito del distretto di competenza si occupa di erogazione diretta dei farmaci e dispositivi medici in applicazione alle disposizioni nazionali e regionali (legge 648/96, legge 405/2001, D.G.R.C. 93/2007, etc.), di distribuzione di farmaci, dispositivi medico chirurgici, vaccini, reagenti e materiale sanitario vario alle UU.OO. territoriali, strutture residenziali, strutture carcerarie, Hospice, di assistenza domiciliare, della gestione dei farmaci Off-Label e del periodico controllo degli armadi di reparto. Opera in applicazione agli indirizzi del Dipartimento di appartenenza di concerto ed in collaborazione con i servizi distrettuali delle cure primarie e con la farmaceutica territoriale e convenzionata.

Le attività storicamente attribuite e consolidate per l'assistenza farmaceutica, sono rappresentate da:

- Preparazioni galeniche;
- Vigilanza sulle farmacie;
- Farmaceutica Convenzionata;
- Gestione del magazzino e distribuzione (logistica di supporto);
- Gestione procedure amministrativo-contabili;
- Alimentazione flussi informativi;
- Informazione ed educazione al corretto uso del farmaco e del DM.

A queste si affiancano oggi attività legate all'evoluzione costante di ruolo svolto dall'assistenza farmaceutica, quali:

- pianificazione e controllo economico (Prontuari Aziendali, budget, monitoraggio, etc.);
- valutazione sistematica delle tecnologie (HTA);
- controllo appropriatezza prescrittiva ed audit;
- rilevazione terapie farmacologiche ed assessment e pharmaceutical care;
- distribuzione Diretta (L405/01 e succ. mod. e integr);
- distribuzione per conto;
- farmacoutilizzazione, farmacoepidemiologia, farmacoeconomia;
- formazione;
- farmacovigilanza, dispositivovigilanza e cosmeticosorveglianza;
- vigilanza sui depositi farmaceutici, sulle Parafarmacie e sugli stabilimenti produttori di alimenti per celiaci
- qualità e Controllo del rischio (procedure, protocolli, PDTA e Standard)
- partecipazione a tutti i percorsi di integrazione assistenziale Ospedale- Territorio
- partecipazione ai processi delle UCAD e delle Unità di Valutazione integrata.

Le attività di Farmaceutica Territoriale sono, ovviamente sempre indirizzate al paziente, sia che vengano erogate direttamente, al domicilio o nelle Strutture Aziendali residenziali e semiresidenziali, sia che vadano a servire le prestazioni rese al paziente dalle UUOO distrettuali.

Tali attività devono tuttavia essere organizzate distinguendo le funzioni che le caratterizzano secondo la peculiarità e la complessità delle stesse; assicurando una visione unitaria ed integrata delle attività di programmazione, monitoraggio e controllo ed un'attività assistenziale, distintamente declinata nelle complesse componenti di Assistenza Farmaceutica Convenzionata ed Assistenza Farmaceutica Territoriale.

Tutta l'Assistenza Farmaceutica Territoriale deve essere gestita dai Servizi Farmaceutici Territoriali, assicurando in tal modo l'accesso del paziente alla struttura Ospedaliera solo per i motivi che attengono al ricovero, nelle sue diverse forme, ed alla dimissione, consentendo alla Farmacia Ospedaliera di svolgere a pieno le funzioni correlate al core-business della struttura di

appartenenza nonché l'erogazione del primo ciclo terapeutico e la collaborazione alle diverse forme di continuità assistenziale ospedale-territorio.

E' necessaria un'azione di razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività svolte dai Servizi Farmaceutici Territoriali, distinte attraverso aggregazioni funzionali che consentano economie di scala, nonché l'ottimizzazione delle risorse attraverso adeguati percorsi, e il miglioramento continuo dell'assistenza farmaceutica opportunamente integrata nella complessità assistenziale.

L'aggregazione funzionale dei magazzini farmaceutici costituisce una soluzione logistica di comprovata validità funzionale ai fini della razionalizzazione degli approvvigionamenti nonché ai fini di monitoraggio e controllo, richiedendo tuttavia, una reingegnerizzazione dei percorsi e dei trasporti, con adeguati investimenti in organizzazione e strutture da recuperare sul medio-lungo termine.

L'organizzazione dell'assistenza diretta territoriale, non potendo logicamente rispondere a criteri di massima capillarità, quale quella della rete delle farmacie convenzionate, deve essere improntata alla qualità dell'assistenza offerta ed alla ottimizzazione funzionale delle risorse; il paziente deve pertanto essere al centro dell'offerta cui deve essere garantito l'accesso a tutte le prestazioni, in considerazione delle caratteristiche di accesso, ma indipendentemente dai vincoli territoriali.

CAPITOLO 14 - L'utilizzo della programmazione dei fondi strutturali europei 2014 – 2020 e dei finanziamenti europei diretti

14.1 - Introduzione

Il presente Piano di riorganizzazione e sviluppo dell'assistenza territoriale, per la realizzazione delle strutture ivi programmate, stabilisce di ricorrere ai finanziamenti previsti nella *programmazione della Regione Campania 2014 – 2020 in relazione al settore socio sanitario ed, in particolare, alla riorganizzazione delle cure primarie e territoriali*. Lo stesso definisce, altresì, di ricorrere anche ai finanziamenti europei diretti maggiormente orientati alla gestione delle attività (es. Terzo Programma Health, Horizon 2020, etc.).

A tal fine si ritiene opportuno:

- inquadrare il contesto di riferimento;
- effettuare una sommaria ricognizione delle linee programmatiche della Regione Campania al fine di verificarne la coerenza con lo sviluppo delle Unità Complesse di Cure Primarie(UCCP) esistenti e con l'attivazione di ulteriori UCCP in ambito regionale nonché con la realizzazione di altre tipologie di strutture territoriali quali: hospice, ospedali di comunità, residenze sanitarie assistite, speciali unità di accoglienza permanente, strutture per i disturbi del comportamento alimentare, ecc.;
- individuare le *procedure attuative* per la realizzazione degli interventi.

14.2 - Il contesto di riferimento

Il settore socio-sanitario, totalmente assente nella programmazione dei fondi strutturali del ciclo 2000-2006, è stato contemplato per la prima volta nella programmazione 2007-2013.

In particolare, la Regione Campania, con i fondi del *PSR 2007-2013 – misura 321*, ha finanziato i *progetti sperimentali UCCP in Valle Telesina a Cerreto Sannita e a San Giorgio del Sannio*, la cui realizzazione ha potenziato l'offerta sanitaria preesistente con l'obiettivo di migliorare le condizioni di vita delle popolazioni di alcune aree rurali.

L'Ente beneficiario del finanziamento è stato l'ASL Benevento, che ha gestito i servizi per la realizzazione e l'avviamento delle UCCP in collaborazione con la Cooperativa Sannium, ai sensi della normativa vigente.

In tale contesto, partendo da quanto conseguito nel precedente ciclo di programmazione e coerentemente con il processo di innovazione nella organizzazione e gestione dei servizi sanitari territoriali, la Regione Campania intende *realizzare le AFT, implementare ulteriori servizi nelle UCCP esistenti e attivare nuove UCCP nelle Aziende Sanitarie della regione, nonché, realizzare le ulteriori strutture intermedie* previste dal presente Piano.

Le esperienze di *governance* nell'implementazione di reti di servizi, maturate con la misura 321 del PSR 2007 - 2013, rappresentano un modello replicabile e funzionalmente integrabile con altri interventi nell'ambito di un disegno comune di sviluppo. Esse sono state inserite nelle "best practises" delle opere finanziate dall'Unione Europea e, per tale motivo, la Regione ha previsto specifici programmi di finanziamento nella nuova programmazione.

I suddetti progetti sperimentali, UCCP in Valle Telesina a Cerreto Sannita e a San Giorgio del Sannio, sono stati oggetto di una ricerca condotta dal Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II nell'ambito delle attività dei Master di I livello in "Management e Coordinamento dei Servizi Sanitari e Sociosanitari" e del Master di II livello in "Direzione, Management e Coordinamento delle Strutture Sanitarie, Sociali e Socio Assistenziali Territoriali".

14.3 - Le linee programmatiche

La riduzione delle risorse e l'esigenza di preservare la salute dei cittadini come bene primario, in un quadro di contenimento della spesa pubblica e di ridefinizione dell'assistenza territoriale, fanno sì che il ricorso ai fondi comunitari rappresenti una concreta opportunità per supportare la riorganizzazione del settore sanitario.

Il presente Piano, al fine di evitare le difficoltà che si incontrano nelle gestioni frammentarie e disarticolate di fondi di diversa provenienza, riunifica in un sistema di *governance* coordinato la gestione e l'utilizzo di tutti i fondi individuando quale ambito di intervento il settore sanitario che costituisce quello a maggior impatto sul bilancio regionale.

In altri termini, è necessario che la programmazione strutturale, al di là di ogni considerazione sull'addizionalità della spesa e sulla possibilità ed opportunità di utilizzare risorse aggiuntive anche per la copertura di spese ordinarie o di funzionamento, rientri in una strategia di sviluppo regionale che preveda una programmazione unitaria entro cui collocare in maniera convergente tutti gli strumenti e le risorse disponibili al fine di massimizzarne il valore aggiunto.

In linea con quanto sopra, il periodo di programmazione 2014 – 2020, nel complesso, offre notevoli opportunità per il settore della sanità.

Il Regolamento (UE) n. 1303/2013 recante disposizioni comuni sui Fondi Strutturali individua, all'art. 9, gli 11 obiettivi tematici (OT) che delineano la Strategia Europa 2020, di cui tre risultano rilevanti per il settore della sanità:

□□l'OT 2 "*migliorare l'accesso, l'utilizzo e la qualità delle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (TIC)*", che prevede azioni per la digitalizzazione dei processi amministrativi e la diffusione di servizi digitali della PA offerti a cittadini e imprese (in particolare nella scuola, nella sanità e nella giustizia). L'obiettivo è quello di digitalizzare l'informazione utilizzando i software già in dotazione ai medici di medicina generale e ai Pediatri di libera scelta interfacciandoli tra loro e con le infrastrutture digitali delle ASL, delle Strutture accreditate e dei Comuni/Uffici di Piano con l'obiettivo di realizzare un'unica rete;

□□l'OT 9 "*promuovere l'inclusione sociale e lottare contro la povertà e qualsiasi discriminazione*" che prevede, tra le altre, azioni di potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali;

□□l'OT 11 "*migliorare la capacità istituzionale delle autorità pubbliche e dei soggetti interessati e conseguire una pubblica amministrazione efficiente*".

L'architettura della politica di coesione 2014 – 2020 prevede un *Quadro Strategico Comune* per tutti i Fondi strutturali e di investimento: il Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR), il Fondo sociale europeo (FSE), il Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (PSR), il Fondo di coesione e il Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca.

Partendo da tale presupposto, la Regione Campania, in una logica di integrazione, definisce i programmi FESR, FSE e PSR adottando il principio della concentrazione di risorse sulle stesse priorità strategiche attraverso l'articolazione di obiettivi tematici, linee di intervento e azioni operative.

Le priorità strategiche trasversali del programma di governo della Regione Campania che concorrono alla realizzazione della strategia Europa 2020 sono: la competitività, l'innovazione, i giovani, l'ambiente, i trasporti, il turismo e l'inclusione le quali delineano le seguenti linee di intervento:

- Campania Regione Innovativa;
- Campania Regione Verde;
- Campania Regione Solidale.

Nell'ambito di quest'ultima linea, la programmazione regionale 2014 – 2020 prevede una serie di interventi che, partendo dal presupposto di dover *aumentare il livello di qualità della vita dei cittadini*, considerano aspetti che vanno dal riordino e riorganizzazione del sistema sanitario, allo sviluppo e promozione dei servizi alla persona, alle azioni che promuovono l'occupazione, l'inclusione sociale e il livello di istruzione.

Per tali finalità, la Regione Campania, pur considerando compatibili i tre obiettivi tematici (OT 2, OT 9, OT 11), ritiene prioritario l'OT 9 al quale ha destinato specifiche risorse.

Nell'ambito del Programma FESR, l'Asse VIII "Inclusione sociale" prevede:

- la promozione dell'inclusione sociale attraverso un migliore accesso ai servizi sociali, sanitari, culturali e ricreativi e il passaggio dai servizi istituzionali ai servizi territoriali di comunità;
- la riduzione del numero di famiglie con particolari fragilità sociali ed economiche in condizioni di disagio abitativo;
- l'aumento della legalità nelle aree ad alta esclusione sociale e il miglioramento del tessuto urbano nelle aree a basso tasso di legalità.

In particolare, la Regione Campania, considerato il fabbisogno necessario per realizzare il processo di innovazione dei servizi socio-sanitari ha:

- selezionato la priorità di investimento 9a: investire nell'infrastruttura sanitaria e sociale in modo da contribuire allo sviluppo nazionale, regionale e locale, alla riduzione delle disparità nelle condizioni sanitarie, alla promozione dell'inclusione sociale attraverso un migliore accesso ai servizi sociali, culturali e ricreativi nonché al passaggio dai servizi istituzionali ai servizi locali
- individuato l'obiettivo specifico 9.3: aumento/consolidamento/qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

In tale contesto, l'azione individuata è rappresentata dal potenziamento dei servizi sanitari territoriali non ospedalieri attraverso:

- la ristrutturazione di edifici esistenti e/o la realizzazione di strutture da adibire a presidi territoriali non ospedalieri;
- il sostegno all'erogazione dei servizi sanitari, mediante l'allestimento di "presidi sanitari diffusi" in edifici pubblici inutilizzati o sottoutilizzati;
- l'attività di monitoraggio (del funzionamento e della riorganizzazione dei servizi socio-sanitari territoriali) e di formazione rivolta agli operatori sanitari e socio-sanitari, in relazione all'area dell'integrazione socio-sanitaria e della riorganizzazione dei servizi di assistenza territoriale; per tali attività, il presente Piano riconosce il ruolo di attore privilegiato alle Università, in considerazione della mission formativa che esse ricoprono.

Relativamente all'inclusione sociale, il presente Piano individua il FSE che attraverso l'Asse 2 "inclusione sociale e lotta alla povertà" seleziona la priorità di investimento 9iv - *miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale* - che si pone l'obiettivo di garantire una vita dignitosa a persone non autosufficienti che necessitano di assistenza, con particolare riferimento ai soggetti privi di sostegno familiare.

Per il perseguimento dell'obiettivo specifico, inoltre, si prevede la *formazione di competenze qualificate e abilità professionali* adeguate alla nuova realtà dei processi di riforma istituzionale e innovazione del Sistema Sanitario e dei Servizi Sociali.

Relativamente alle aree rurali, il presente Piano individua il PSR con la priorità 6 “inclusione sociale e sviluppo locale nelle zone rurali”, nel cui ambito, la sub misura 7.4 prevede di *fornire un sostegno a investimenti finalizzati all'introduzione, al miglioramento o all'espansione di servizi di base a livello locale per la popolazione rurale, comprese le attività culturali e ricreative, e della relativa infrastruttura.*

Nella cornice programmatica delineata, le ASL campane, in considerazione del ruolo che rivestono sul territorio regionale e l'ASL di Benevento, in qualità anche di beneficiario di progetti pilota, rappresentano gli “attori privilegiati” nel processo di innovazione per la organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

14.4 – Procedure attuative

Per l'accesso ai finanziamenti dei Programma Operativi FESR, PSR e FSE, le ASL possono essere selezionate come beneficiari dei Programmi (caso tipico dell'attuazione “a regia”, così come avvenuto nell'esperienza del POR 2007-2013).

Nel Programma Operativo FESR 2014 – 2020, le ASL vengono esplicitamente individuate come beneficiari in relazione agli Assi IV, VIII e X riferiti agli Obiettivi tematici OT 2, OT 9 e OT 11.

Al fine di preservare una visione strategica ed operativa integrata degli interventi nel settore sanitario e socio-sanitario e per garantire la complementarità degli interventi stessi, il presente Piano individua procedure di attuazione, in cui le ASL siano protagoniste di programmi complessi, di durata pluriennale, che integrano diverse fonti di finanziamento (FSE, FESR, PSR).

NB

SEGUONO ALLEGATI PIU' SPECIFICI PER CIASCUNA ASL, A CUI SI RIVIA

LOMBARDIA

DCR 6 settembre 2016 - n. X/1212 - Mozione concernente le liste di attesa per l'accesso alle strutture sanitarie. (BUR n. 38 del 21.9.16)

n. 38 - Mercoledì 21 settembre 2016

“Il Consiglio regionale della Lombardia

premessò che

in un'ottica di evoluzione del sistema sanitario regionale risolvere il nodo delle liste d'attesa diventa una questione di primaria importanza;

il grado di efficienza ed efficacia di un sistema sanitario è valutato soprattutto sulla capacità fornire ai cittadini risposte in tempi rapidi;

premessò, altresì, che

un sistema sanitario deve offrire con la massima trasparenza ai cittadini l'accesso alle informazioni in merito ai tempi necessari per ottenere una prestazione sanitaria;

considerato che

riorganizzare il sistema delle liste d'attesa non significa necessariamente impiegare nuovi fondi per l'acquisto di prestazioni aggiuntive ma può essere determinante rivedere completamente il sistema di gestione delle agende;

valutato che

attualmente solo il 30 per cento delle agende delle strutture che erogano prestazioni sanitarie sono visibili e consultabili dai cittadini;

non sono presenti i dati delle strutture private accreditate;

impegna la Giunta regionale

a inserire tra i principali criteri per la valutazione dei Direttori Generali l'abbattimento dei tempi delle liste di attesa;

a utilizzare, tra i requisiti per l'accreditamento delle strutture, la puntuale fornitura dei dati relativi alle liste d'attesa stesse;

a stimolare modelli organizzativi di prenotazione delle visite che contribuiscano ad accrescere l'utilizzo a sistema del CUP da parte della cittadinanza.”.

TOSCANA

DGR 30.8.16, n. 833 - Modifiche ed Integrazioni al Manuale dei flussi DOC. (BUR n. 37 del 14.9.16)

Note

Vengono approvate le modifiche ai seguenti flussi informativi: A. SPR - Prestazioni di riabilitazione ex art.26 L. 833/78 - sezione 3 del manuale dei flussi DOC – allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, B. SPP - Prestazioni di assistenza protesica - sezione 7 del manuale dei flussi DOC - allegato B, parte integrante e sostanziale del presente atto ,

NB

Per gli allegati si rinvia alla lettura integrale del testo.

DGR 30.8.16, n. 846 - Progetto “Azioni di formazione sulla procreazione medicalmente assistita”. Approvazione e conferimento incarico al Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (Formas) - AOU Careggi. BUR n. 37 del 14.9.16)

Note

Viene approvato il progetto triennale “Azioni di formazione sulla procreazione medicalmente assistita” prevista nell’Allegato A del presente atto, che ne è parte integrante e sostanziale (a cui si rinvia).

Il Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (Formas), istituito con DGR n. 538/2006, che risulta incardinata nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, viene incaricato di provvedere all’organizzazione e alla realizzazione dei corsi di formazione e al reclutamento, per un periodo di un anno, con possibilità di rinnovo per un massimo di ulteriori due anni, di una figura amministrativa a supporto del progetto suddetto;

Viene destinato al Formas, un importo complessivo di € 62.000,00, relativamente alle annualità 2016 e 2017 secondo la seguente ripartizione per annualità:

Capitolo 24043

- per l’anno 2016, € 41.000,00

- per l’anno 2017, € 21.000,00;

UMBRIA

DGR 1.8.16, n. 892 - “Protocollo d’intesa tra Regione Umbria, INAIL Umbria e Ufficio Scolastico regionale per la formazione in tema di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, destinata agli studenti delle scuole secondarie di secondo grado da inserire nei percorsi di alternanza scuola-lavoro”: Approvazione del modello operativo. (BUR n. 45 del 21.9.16)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

La Giunta regionale con la D.G.R. n. 167 del 22 febbraio 2016 ha approvato il “Protocollo d’intesa tra Regione Umbria, INAIL Umbria e Ufficio scolastico regionale per la formazione in tema di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, destinata agli studenti delle scuole secondarie di secondo grado da inserire nei percorsi di alternanza scuola-lavoro”.

Sulla base delle informazioni fornite dall’Ufficio Scolastico regionale si è stimato che nel corso dell’anno scolastico 2016/2017 dovranno essere formati circa 8.500 studenti delle classi terze e circa 7.800 nell’anno scolastico 2017/18; il 52% degli studenti appartengono al percorso di istruzione liceale, il 29% agli istituti tecnici e il 19% agli istituti professionali (riferimento: classi terze - quarte - quinte, circa 22.000 studenti, a.s. 2015/16).

In attuazione del Protocollo suddetto il Servizio Prevenzione sanità veterinaria e sicurezza alimentare della Regione Umbria ha riunito il tavolo tecnico previsto dall’art. 3 dello stesso; il tavolo ha definito un modello operativo per realizzare la formazione obbligatoria in materia di

sicurezza sul lavoro prevista dall'art. 37, comma 1 del D.lvo 81/08 rivolta a studenti che svolgeranno il percorso di alternanza scuola-lavoro e si potranno trovare ad operare per un certo periodo di tempo in contesti lavorativi non conosciuti e caratterizzati da livelli di rischio diversi. Il modello operativo condiviso ha l'obiettivo di garantire omogeneità e qualità del percorso formativo, ma anche la sostenibilità nel tempo per il sistema scolastico. Tale modello, definito sulla base di quanto stabilito dall'“Accordo tra Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, Ministero della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano per la formazione dei lavoratori ai sensi dell'art. 37 comma 2 del D.lvo 81/08” del 21 dicembre 2011 (di seguito “Accordo”), è allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (allegato 1) e prevede in sintesi che:

- INAIL e Regione mettano a punto un **pacchetto formativo nella materia salute e sicurezza sul lavoro rivolto ai docenti** delle scuole secondarie di secondo grado (almeno due docenti per ciascun istituto scolastico), al fine di formare un pool di insegnanti che possano svolgere funzione di supporto agli studenti rispetto a tali specifici argomenti;
- la formazione generale degli studenti, comune a tutti i percorsi di istruzione e della durata di 4 ore, possa essere svolta, così come stabilito dall'Accordo in modalità e-learning; per supportare le scuole INAIL metterà a disposizione del sistema scolastico, a titolo completamente gratuito, un pacchetto formativo in e-learning adatto per lo specifico target; l'INAIL garantirà inoltre un esperto (tutor o docente) a disposizione per la gestione del percorso formativo come previsto dall'Accordo;
- la formazione specifica abbia durata e contenuti diversi a seconda della tipologia e del livello di rischio (basso, medio o alto) dei settori produttivi di appartenenza delle aziende/soggetti ospitanti gli studenti per l'attuazione del percorso di alternanza scuola-lavoro.

Va sottolineato che, come stabilito dal decreto legislativo 15 aprile 2005, n. 77 “Definizione delle norme generali relative all'alternanza scuola-lavoro, a norma dell'articolo 4 della legge 28 marzo 2003, n. 53”, i periodi di apprendimento mediante esperienze di lavoro debbono essere articolati secondo criteri di gradualità e progressività che rispettino lo sviluppo personale, culturale e professionale degli studenti in relazione alla loro età; il tavolo tecnico, in considerazione di tale cautela nella programmazione e attuazione dei percorsi formativi di alternanza scuola-lavoro, ha ritenuto opportuno consentire, in fase di prima attuazione sperimentale e esclusivamente per i settori lavorativi a rischio basso, l'utilizzo della modalità e-learning per la formazione specifica; ciò anche in considerazione dell'elevato numero di studenti da formare e dell'ampia dislocazione delle scuole sul territorio regionale.

I progetti formativi sperimentali in e-learning dovranno essere presentati alla Regione Umbria-Servizio Prevenzione sanità veterinaria e sicurezza alimentare, che attraverso un apposito nucleo di valutazione composto da esperti dello stesso Servizio e del Servizio Politiche attive del lavoro, provvederà a verificare il rispetto dei requisiti previsti dall'allegato 1 dell'Accordo e quindi ad approvare il progetto formativo.

Al fine di supportare il sistema scolastico INAIL sta sviluppando un pacchetto e-learning per la formazione specifica per i settori lavorativi a rischio basso; tale pacchetto verrà approvato dal nucleo regionale e messo a disposizione del sistema scolastico a titolo completamente gratuito; l'INAIL garantirà inoltre un esperto (tutor o docente) a disposizione per la gestione del percorso formativo come previsto dall'Accordo;

- l'Istituto scolastico debba richiedere, così come stabilito dall'Accordo, prima della realizzazione della formazione, la collaborazione agli enti bilaterali e organismi paritetici, ove esistenti, come previsto dall'Accordo Stato Regioni.

DGR 13.6.16, n. 656 - Integrazione “Protocollo regionale delle vaccinazioni raccomandate” di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 607 del 28 maggio 2012. (BUR n. 45 del 21.9.16)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Con D.G.R. n. 607 del 28 maggio 2012 è stato recepito in Umbria il “Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012- 2014”, adottato con intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 22 febbraio 2012, con il quale sono stati definiti obiettivi vaccinali

nazionali che costituiscono impegno prioritario per tutte le Regioni e che vengono verificati annualmente nell'ambito del sistema ordinario di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza. Quindi il Piano Nazionale della Prevenzione 2014/2018 (di cui all'intesa S/R del 13 novembre 2014), all'interno del Macro obiettivo 2.9 "Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie", ha preso in considerazione alcune specifiche patologie infettive ritenute prioritarie in quanto oggetto di piani, programmi e indicazioni già condivisi a livello nazionale: tra l'altro individua le strategie preventive e gli obiettivi da raggiungere per quanto concerne la sorveglianza e la prevenzione delle malattie invasive batteriche che costituiscono un importante problema di sanità pubblica sia per la severità dei quadri clinici sia, in alcuni casi, per la loro frequenza.

Anche se il numero di casi di malattie batteriche invasive si è andato riducendo nel corso degli ultimi anni grazie alla disponibilità di vaccini contro specifici sierogruppi di *Streptococcus pneumoniae*, contro l'*Haemophilus influenzae b*, contro le *N. meningitidis* di gruppo A,C,Y,W135 e recentemente anche contro la *Neisseria di gruppo B*, ancora molto resta da fare, considerato anche quanto avvenuto recentemente in Toscana. Infatti in Toscana, tra il 2015 e il 2016 ci sono stati numerosi casi e diversi decessi causati da un clone di meningococco C particolarmente aggressivo.

In particolare, nel 2015 si sono registrati 38 casi di cui 31 provocati dal sierogruppo C, 5 dal sierogruppo B, 1 dal sierogruppo W, 1 non tipizzato, mentre ben 22 sono i casi di malattia batterica invasiva registrati nei primi 4 mesi del 2016, con 4 morti tutte riconducibili al sierogruppo C, che ha fatto registrare 17 casi, mentre 3 sono stati quelli causati dal B e 1 dal W.

In conseguenza di quanto accaduto in Toscana sono pervenute numerose richieste da parte di cittadini umbri sulla possibilità di accedere alla vaccinazione, sia contro il meningococco C che contro il meningococco B.

Per quanto concerne il meningococco C, dando applicazione alla recente circolare del Ministero della Salute (prot. n. 0005783 dell'1 marzo 2016) e preso atto di quanto indicato nel Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2016/2018 proposta dal Ministero della Salute (in corso di valutazione da parte del MEF per quanto concerne gli aspetti economici) relativamente alle vaccinazioni contro i meningococchi A,C, Y, W, e B, si è già ritenuto opportuno dare alcune prime indicazioni alle Aziende USL umbre con nota prot. 0055636-2016-U-del 14 marzo 2016. La vaccinazione potrà pertanto essere somministrata, con compartecipazione al costo del vaccino e pagando la prestazione secondo quanto previsto dal vigente tariffario regionale (D.G.R. 231 del 10 marzo 2014), a studenti residenti in Umbria ma frequentanti le Università toscane, previa attestazione dell'iscrizione all'anno accademico in corso o a persone residenti in Umbria, prive di domicilio sanitario in Toscana, che frequentano in modo continuativo la regione per motivi di lavoro, previa presentazione della documentazione che attesti la presenza ricorrente o continuativa sul territorio toscano.

In Umbria, così come stabilito dal protocollo regionale del 2012, la vaccinazione contro il meningococco C è già offerta gratuitamente e con chiamata attiva ai nuovi nati (tra il 13° e il 15° mese) e ai dodicenni e viene somministrata su richiesta gratuitamente ai soggetti a rischio di qualunque età, dietro presentazione di idonea documentazione medica.

Inoltre, al fine di incidere maggiormente sulla diffusione delle malattie invasive da meningococco, garantendo una maggior protezione soprattutto nella fascia dei giovani adulti, la vaccinazione contro il meningococco C potrà essere somministrata, su richiesta e gratuitamente, ai ragazzi tra gli 11 e i 18 anni mai vaccinati o già vaccinati nell'infanzia (richiamo).

Pertanto, in riferimento a quanto prevede il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2016/2018, sulla scia dei provvedimenti presi da altre Regioni e dell'allarme dovuto ai numerosi casi di malattia batterica invasiva registrati in Toscana, sempre più spesso viene richiesta anche in Umbria, per soggetti a rischio e non, la vaccinazione contro il meningococco B.

La malattia invasiva da meningococco B è una patologia con alto tasso di letalità e rischio elevato di complicanze e, anche in termini di anni di vita vissuti con disabilità, l'impatto della malattia invasiva da meningococco B risulta 3 volte superiore rispetto, ad esempio, al morbillo.

Il vaccino contro il meningococco B non era incluso nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014 in quanto è stato autorizzato successivamente e non rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza; tuttavia una strategia di vaccinazione estesa deve prendere in considerazione diversi fattori tra i quali le possibili ricadute della sua introduzione sull'organizzazione dei servizi vaccinali e sull'accettazione da parte delle famiglie (sono previste infatti 4 sedute vaccinali aggiuntive rispetto al calendario già in uso) e pertanto sarà rivalutata dopo l'approvazione definitiva del Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2016/2018.

Nell'ottobre del 2014 il Gruppo di Lavoro del CNESPS - Istituto Superiore di Sanità, su mandato del Ministero della Salute, ha prodotto il documento "Evidenze disponibili per l'allargamento d'uso del vaccino antipneumococcico coniugato e per l'introduzione del vaccino antimeningococco B" nel quale viene confermata l'efficacia e l'utilità di tale vaccinazione in particolare nelle categorie a rischio.

Pertanto si ritiene opportuno dare indicazioni alle Az. USL dell'Umbria affinché la vaccinazione contro il meningococco B sia disponibile gratuitamente esclusivamente per i soggetti a rischio di infezione invasiva meningococcica in quanto affetti da specifiche patologie e/o condizioni, dietro presentazione di idonea documentazione medica.

Inoltre nel caso di soggetti non a rischio che ne faranno richiesta, la vaccinazione contro il meningococco B potrà essere somministrata, secondo quanto riportato in scheda tecnica, soltanto in regime di partecipazione alla spesa (costo del vaccino più costo della somministrazione), laddove sia disponibile un numero di dosi adeguate presso le Az. USL.

DGR 18.7.16, n. 814 - Approvazione "Protocollo d'Intesa tra Regione Umbria e Ufficio Scolastico regionale per la realizzazione di iniziative condivise volte alla promozione della salute nella popolazione scolastica". (BUR n. 45 del 21.9.16)

Note

Viene confermata l'importanza della collaborazione tra la Regione Umbria e Ufficio Scolastico regionale per l'Umbria fine di promuovere azioni complesse e integrate di promozione della salute destinate alla popolazione scolastica, l'obiettivo di ottenere un vero vantaggio di salute per la comunità tutta.

Viene dato atto che il livello di istruzione è uno dei principali determinanti di salute e che l'acquisizione di idonee abilità di lettura durante l'infanzia e l'adolescenza costituisce una delle basi per lo sviluppo di competenze trasversali utili allo sviluppo della persona e al suo benessere.

Viene stipulato con Ufficio Scolastico regionale per l'Umbria uno specifico Protocollo d'intesa di cui si allega il testo /a cui si rinvia).

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

L'approvazione del programma "Guadagnare salute" con il DPCM 4 maggio 2007 ha introdotto un grande cambiamento nelle strategie di prevenzione: è stato infatti formalmente fatto proprio dal Governo italiano un approccio che mira a promuovere la salute come bene collettivo, attraverso l'integrazione tra le azioni preventive che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli individui. Il programma propone di affrontare in maniera il contrasto ai principali fattori di rischio per le malattie cronic-degenerative (alimentazione non adeguata, inattività fisica, abuso di alcool, fumo) e rappresenta un modello importante per lo sviluppo di azioni efficaci per la prevenzione. Il Programma "Guadagnare salute" si fonda inoltre sul principio della intersettorialità, in quanto la salute dei cittadini non può essere perseguita dal solo Sistema Sanitario, ma deve permeare come obiettivo le politiche messe in atto dalle Istituzioni del Paese: infatti gli stili di vita e quindi le condizioni di salute sono condizionati, sia in senso positivo che negativo e fin dai primi anni di vita, da determinanti culturali, ambientali, sociali ed economici, oltre che dalle capacità personali.

Le scelte salutari sono quindi compito di diversi soggetti, istituzionali e non: Servizio Sanitario, scuola, enti locali, aziende, associazioni di cittadini e di lavoratori, ecc., che in base al proprio mandato istituzionale, all'interesse o alla specifica competenza, riconoscono come obiettivo

comune il benessere dei cittadini e possono contribuire costruendo alleanze e mettendo in rete sistemi, competenze, responsabilità specifiche, risorse e utilizzando metodologie di intervento di riconosciuta efficacia.

Già nel 2011, durante la realizzazione del Progetto CCM “Sviluppare a livello locale la promozione della salute, secondo i principi di Guadagnare Salute” operatori sanitari delle “reti” per la promozione della salute interne alle Az. USL e operatori delle Scuole hanno condiviso e definito alcuni “requisiti minimi di qualità” che i progetti di promozione della salute devono possedere per essere riconosciuti come tali, sottoponendoli poi all’approvazione da parte della Giunta regionale con deliberazione n. 1696 del 29 dicembre 2011.

Il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società sono stati ribaditi dal Piano Nazionale di prevenzione 2014-2018, (di cui all’intesa siglata il 13 novembre 2014 in Conferenza Stato-Regioni) e quindi dal Piano regionale di prevenzione - di seguito denominato PRP - 2014/2018 (approvato con D.G.R. n. 746 del 28 maggio 2015) - che hanno sottolineato, sulla base di prove di efficacia riconosciute, l’importanza di investire sul benessere dei giovani.

Il PRP 2014/2018 nei Programmi “*Vita da sani*” e “*Impariamo a resistere*”, ha sottolineato in diversi progetti che il “setting” scolastico è uno dei luoghi privilegiati dove promuovere la crescita responsabile e consapevole delle giovani generazioni attraverso la formazione congiunta e la collaborazione degli operatori sanitari delle Reti aziendali della promozione della salute e dei docenti delle Scuole diverso ordine e grado.

A livello nazionale, peraltro, il Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca e il Ministero della Salute hanno già sottoscritto in data 2 aprile 2015 un protocollo d’intesa “*Per la tutela del diritto alla salute, allo studio e all’inclusione*”, con il quale si impegnano a promuovere iniziative di promozione della salute, rivolte agli studenti di ogni ordine e grado di istruzione e a favorire iniziative di formazione congiunta tra personale scolastico e sanitario.

Le aree di intervento individuate come prioritarie dal suddetto protocollo sono le seguenti: promozione di corretti stili di vita, prevenzione delle dipendenze da sostanze d’abuso e delle dipendenze comportamentali, promozione della cultura delle vaccinazioni e conduzione di azioni di sensibilizzazione e coinvolgimento, promozione di una corretta relazione di genere.

Inoltre l’8 giugno 2016, il Ministro dei Beni e delle Attività Culturali e del Turismo, il Ministro della Salute e il Ministro dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca hanno firmato un “Protocollo d’intesa per la promozione della lettura nella prima infanzia: programma 0-6”, impegnandosi a promuovere, sostenere e sviluppare un Piano di azione concordato e coordinato di diffusione della lettura in età pre-scolare (da 0 a 6 anni), coinvolgendo tutti gli attori interessati.

In Umbria, Servizio Sanitario Regionale e scuola hanno già fattivamente collaborato sulla base di protocolli d’intesa sottoscritti a livello regionale tra Regione Umbria e Ufficio Scolastico Regionale - di seguito denominato USR -, con l’obiettivo di favorire iniziative volte a promuovere la salute nella popolazione giovanile (protocollo Regione/USR approvato con D.G.R. 1098 del 27 luglio 2009), per la promozione dell’attività fisica e della sana nutrizione in tutte le scuole primarie dell’Umbria (siglato nel 2015) e per la formazione in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (protocollo Regione-INAIL-USR approvato con D.G.R. n. 167 del 22 febbraio 2016).

Al fine di definire e realizzare progetti condivisi di promozione della salute anche a livello locale, sono stati quindi definiti accordi e siglati protocolli tra Aziende USL, dirigenti scolastici e Comuni.

Tra gli interventi significativi messi in atto per lo sviluppo negli studenti di competenze e capacità adeguate alle future scelte di vita, di promozione della salute e del benessere dell’individuo a partire dalla prima infanzia, è da considerare fondamentale la “*promozione della lettura*” che ha come fine ultimo la promozione culturale ad ampio raggio delle giovani generazioni. L’acquisizione di idonee abilità di lettura durante l’infanzia e l’adolescenza costituisce una delle basi per il pieno sviluppo dell’individuo: la competenza della lettura è infatti uno dei principali mezzi dell’apprendere che conduce al ben-essere ed è un processo continuo che si potenzia durante tutto l’arco della vita.

Purtroppo, nella media dei Paesi europei, non meno di un quindicenne su cinque possiede competenze di lettura molto scarse: i ragazzi che lasciano la scuola senza la capacità di comprendere adeguatamente i testi scritti, compresi quelli di livello elementare, non sono soltanto a rischio grave di esclusione dal mercato del lavoro, ma sono di fatto anche esclusi da ogni possibilità di apprendimento ulteriore. Secondo i dati ISTAT in Italia dal 2012 al 2013 la percentuale di “lettori” tra i giovani di 15-17 anni in un anno sono passati dal 59,8 al 50,6%. In Umbria poi, nel 2014, risulta che solo il 39% delle persone legge almeno un libro all’anno, mentre in Italia la media è del 41% .

La Regione Umbria, pertanto, ha dato vita a specifiche azioni per favorire lo sviluppo della competenze di lettura a partire dalla prima infanzia: si ricordano in particolare la nascita della *Rete regionale delle biblioteche Nati per leggere* e la realizzazione del progetto regionale *Leggere fa bene alla salute*, alla cui base vi era il progetto *Nati per leggere* (approvato con D.G.R. n. 1873 del 20 dicembre 2010), che ha costituito una delle azioni previste dal “Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012”. Quest’ultimo progetto ha visto coinvolti per la prima volta, sinergicamente, tre Servizi regionali in stretta collaborazione con l’Associazione Italiana Biblioteche (AIB) sezione Umbria, l’Associazione Pediatri (ACP) Umbria e l’Ufficio Scolastico Regionale.

Tale metodologia di lavoro ha prodotto ottimi risultati ed ha favorito l’inserimento della Regione Umbria nell’ambito del progetto sperimentale di promozione della lettura denominato *In vitro*, ideato dal Centro per il libro e la lettura (Cepell) del Ministero per i Beni e le attività culturali e del turismo, con la finalità di sviluppare e sostenere la promozione della lettura con particolare attenzione alle trasformazioni in senso multietnico e multiculturale in atto nel territorio regionale.

La D.G.R. n. 1371 del 2 dicembre 2013 avente per oggetto: “*Progetto in Vitro. Linee di intervento per lo sviluppo del progetto in Umbria*” ha quindi messo in evidenza l’importanza e l’efficacia della collaborazione tra gli Assessorati regionali dei settori Cultura, Istruzione, Politiche sociali e Salute, anche al fine di attivare ulteriori collaborazioni, mediante accordi o protocolli di intesa, con altri soggetti esterni, in particolare con l’USR per l’Umbria.

Il progetto *Forte chi legge! Diversi modi di leggere per il benessere degli adolescenti*, inserito nell’ambito del programma *Impariamo a resistere* del PRP 2014-2018, ideato dal Servizio Musei e soprintendenza ai beni librari in sinergia con il Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare, si pone in continuità con il progetto *Leggere fa bene alla salute* (già inserito nel PRP 2010-2012) e con il progetto *In Vitro*. Scopo del progetto è di sviluppare la *reading literacy* negli adolescenti quale competenza trasversale per la crescita dell’autonomia, dell’autostima e della prosocialità, per sviluppare di processi di *empowerment* personali e sociali e migliorare le performance scolastiche.

Quest’ultimo progetto richiama ancora una volta l’importanza della fattiva collaborazione con l’USR per l’Umbria e dunque la necessità, già evidenziata con la D.G.R. n. 1371 del 2 dicembre 2013 di stipulare un ulteriore protocollo d’intesa per ufficializzare tale collaborazione e regolamentare i compiti e le funzioni delle due Istituzioni al fine di sostenere la diffusione di progetti, iniziative ed eventi di educazione e di promozione della lettura rivolti ai bambini, ai ragazzi e alle loro famiglie e agli insegnanti, da realizzare sia all’interno che al di fuori delle istituzioni scolastiche.

DGR 27.6.16, n. 705 -Aggiornamento accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell’art. 8, comma 2, del D.Lgs 502/92 e s.m.i. (BUR n. 45 del 21.9.16)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Visto l’art. 8, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. che stabilisce che il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi

nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale;

Richiamato l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private reso esecutivo, ai sensi del summenzionato art. 8, comma 2, del D.Lgs. 502/92, con D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371;

Richiamato, in particolare, l'art. 2 del suddetto D.P.R. 371/98, che stabilisce che le Regioni, nell'ambito degli accordi stipulati a livello locale, si avvalgono delle farmacie aperte al pubblico per l'erogazione di ausili, presidi e prodotti dietetici utilizzando in via prioritaria il canale distributivo delle farmacie a condizione che i costi e la qualità prestazioni rese al cittadino siano complessivamente competitivi con quelli delle strutture delle Aziende USL;

2 Supplemento ordinario n. 1 al «Bollettino Ufficiale» - Serie Generale - n. 45 del 21 settembre 2016

Visto l'art. 8, lettera a) della L. 405/2001, che dà facoltà alle Regioni *“di stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette, con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio Sanitario Nazionale, da definirsi in sede di convenzione”* (la cosiddetta Distribuzione Per Conto - DPC);

Richiamato l'accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private, siglato ai sensi del D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371, approvato con deliberazione della Giunta regionale 7 febbraio 2001, n. 89 e successivamente aggiornato con le seguenti deliberazioni della Giunta regionale: n. 312 del 19 marzo 2003, n. 409 del 2 marzo 2005, n. 583 del 30 marzo 2005, n. 2337 del 29 dicembre 2005, n. 535 del 30 marzo 2006, n. 1105 del 28 giugno 2006, n. 333 del 31 marzo 2008, n. 1851 del 22 dicembre 2008, n. 283 del 28 marzo 2011, n. 759 del 9 luglio 2013 e n. 154 del 18 febbraio 2015, questi ultimi prorogati con DGR n. 1628 del 29 dicembre 2015 e DGR 330 del 29 marzo 2016;

Visto il D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153 che in attuazione dell'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, ha provveduto alla definizione di nuovi compiti e funzioni assistenziali delle farmacie pubbliche e private convenzionate (c.d. farmacia dei servizi”), tra cui quelli oggetto del presente accordo, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali;

Richiamato il Piano Sanitario regionale 2009/2011 che stabilisce testualmente che *“l'integrazione tra i diversi attori del SSR si ottiene anche attraverso la piena valorizzazione della rete delle farmacie pubbliche e private, in relazione alla loro capillare diffusione sul territorio, alla continuità del servizio attraverso i turni, alla qualifica professionale degli operatori addetti, che le connotano come presidi sanitari territoriali funzionalmente ed organizzativamente integrati nel SSR in posizione di centralità nell'erogazione dell'assistenza farmaceutica e integrativa.*

Particolare rilevanza assume la funzione sociale di presidio sanitario che le farmacie rurali, in particolare, svolgono nelle aree disagiate, a tutela della popolazione ed in particolare degli anziani. A questo si aggiunge la qualità dei servizi resi al cittadino, come già positivamente riscontrato con il servizio Farmacup e con l'accordo per la cosiddetta “distribuzione per conto” ai sensi della legge 405/01, e la partecipazione attiva alle campagne di informazione e ai programmi di screening promossi dalla SSR”;

Visti i decreti attuativi del succitato D.Lgs 153/2009:

- decreto ministeriale 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011, recante: “Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera e), e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera d) del decreto legislativo n. 153 del 2009”;
- decreto ministeriale 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011, recante: “Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali”;

- decreto ministeriale 8 luglio 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 1 ottobre 2011, recante: “Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”;
- decreto ministeriale 11 dicembre 2012, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 67 del 20 marzo 2013, recante: “Criteri in base ai quali subordinare l’adesione delle farmacie pubbliche ai nuovi servizi, di cui all’art. 1, comma 3, del decreto legislativo n. 153/2009”;

Considerato che l’art. 8, c. 2, lettera c-bis del citato D.Lgs 502/92, come modificato dall’art. 2 del D.Lgs 153/2009, stabilisce che *“l’accordo collettivo nazionale definisce i principi e i criteri per la remunerazione, da parte del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui all’articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione, fissando il relativo tetto di spesa, a livello nazionale, entro il limite dell’accertata diminuzione degli oneri derivante, per il medesimo Servizio sanitario nazionale, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attività da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”*;

Considerato, altresì, che con le sopra richiamate deliberazioni n. 283 del 28 marzo 2011, n. 759 del 9 luglio 2013 e n. 154 del 18 febbraio 2015, la Giunta regionale, nelle more della definizione del suddetto accordo collettivo nazionale, ha provveduto ad aggiornare l’accordo regionale con le farmacie in materia di: “distribuzione per conto”, dispensazione dell’ossigeno terapeutico, fornitura telematica dei dati di prescrizione, erogazione dell’assistenza integrativa, servizio di prenotazione delle prestazioni specialistiche (FARMACUP), al fine di dare continuità ai servizi già erogati dalle farmacie umbre, e che tale accordo non solo non ha comportato nuovi o maggiori oneri ma anzi ha prodotto, complessivamente, un risparmio per il SSR;

Vista l’Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 sul Patto per la Salute 2014/2016 che, all’art. 5, impegna le Regioni, *“in continuità con quanto previsto nell’Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2014, a definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l’educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché all’assunzione del bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione della cronicità”*;

Considerato, inoltre, che il Piano regionale della Prevenzione 2014-2018, ha previsto la collaborazione delle farmacie ai programmi di screening regionali, alle campagne di prevenzione e di educazione sanitaria;

Valutata, infine, l’opportunità di affidare alle farmacie la Distribuzione Per Conto (DPC) di ulteriori farmaci finora riservati alla distribuzione diretta da parte delle ASL, inclusi i c.d. farmaci “ex Osp-2”, considerato che sono stati riclassificati da AIFA in classe A-PHT (prontuario della distribuzione diretta per la continuità assistenziale H ospedale- T territorio), ed esitabili quindi nelle farmacie aperte al pubblico, proprio nell’intento di rendere più capillari i servizi resi ai cittadini sul territorio; Visto il D.P.C.M. 24 dicembre 2015 recante: “Individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell’articolo 9, comma 3 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, unitamente all’elenco concernente gli oneri informativi”;

Dato atto che con nota della Direzione regionale “Salute welfare organizzazione e risorse umane” prot. 0063068- 2016 del 23 marzo 2016 e con nota prot. 0130722-2016 del 20 giugno 2016 è stato dato mandato alla Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità (CRAS) di attivare le procedure necessarie per l’acquisto dei dispositivi per la misurazione della glicemia, degli ausili per stomie e incontinenza a raccolta nonché per l’ossigenoterapia domiciliare;

Dato atto, altresì, che i prezzi unitari massimi di tariffazione indicati nell’accordo allegato alla presente deliberazione sono stati confrontati con gli accordi sottoscritti in altre regioni (documentazione agli atti degli uffici regionali), in linea con la necessità di individuare specifici costi standard, e che dall’analisi di confronto i prezzi applicati in Umbria risultano più vantaggiosi,

fermo restando che tali condizioni di tariffazione verranno riviste a conclusione delle procedure di evidenza pubbliche avviate sia a livello regionale che nazionale;

Ravvisata, pertanto, la necessità, nelle more della conclusione delle procedure di acquisto sopra menzionate, e al fine di conseguire immediati risparmi, di rinegoziare l'accordo regionale in scadenza, considerato che le farmacie, in qualità di presidi sanitari in convenzione con il Servizio Sanitario Regionale, concorrono alla sostenibilità dello stesso;

Dato atto inoltre che, ad esito della trattativa con le rappresentanze delle farmacie pubbliche e private convenzionate, è stato possibile rinegoziare le voci più significative sia in termini di spesa che di qualificazione dei servizi resi al cittadino e che il nuovo accordo regionale produce, complessivamente, un risparmio per il Servizio Sanitario Regionale quantificato in circa 2,8 milioni di euro, come risulta dalle valutazioni, di seguito sintetizzate, effettuate nel corso delle varie riunioni per la contrattazione dell'accordo medesimo:

1. Distribuzione per conto (DPC)

L'accordo in scadenza prevede la seguente remunerazione per il servizio svolto dalla filiera distributiva e riferito alle movimentazioni effettuate in tutto il territorio regionale:

- 4,9 euro (IVA esclusa) per ogni pezzo dispensato, fino a 560.000 pezzi;
- 3,9 euro (IVA esclusa) oltre i 560.000 pezzi

Per le farmacie con fatturato SSN inferiore a 387.342,67 euro la remunerazione viene maggiorata del 10%.

Sulla base del numero di pezzi dispensati dalle farmacie nel 2015 (629.260), gli ulteriori farmaci del PHT che si aggiungono alla Distribuzione Per Conto, come precedentemente specificato, verranno remunerati con il margine più basso. Stimato in circa 200.000 l'incremento del numero di pezzi per l'ampliamento delle molecole distribuite in DPC, l'aumento di spesa che ne deriva risulta di circa 951.600,00 euro (IVA inclusa), ampiamente compensato dalle economie derivanti dalla ricontrattazione delle condizioni di tariffazione per l'erogazione di altre prestazioni, come di seguito specificato.

2. Ossigeno terapeutico

Con l'accordo in scadenza si era stabilito, in considerazione della sentenza del TAR Umbria n. 725/2008 e della sentenza del Consiglio di Stato n. 3479/2010, che le ricette recanti la prescrizione di ossigeno terapeutico restassero rimborsate alle farmacie alle condizioni di tariffazione già stabilite con l'accordo di cui alla DGR 333/2008, vale a dire al prezzo di euro 7,75/m³ (IVA inclusa) per l'ossigeno gassoso e di euro 3,62/m³ (IVA inclusa) per l'ossigeno liquido.

Al fine di conseguire immediati risparmi, anche a compensazione dell'aumento di spesa derivante dalla DPC, come sopra specificato, le farmacie si sono impegnate a ridurre del 20%, per l'ossigeno liquido, e del 10%, per l'ossigeno gassoso, tali condizioni di tariffazione, al netto dell'IVA, nelle more della conclusione delle procedure di evidenza pubblica già avviate con la sopra richiamata nota della Direzione regionale prot. 0063068-2016 del 23 marzo 2016. Il risparmio di spesa, calcolato sui volumi di consumo del 2015, è di circa 1 milione di euro.

3. Prestazioni di assistenza integrativa

Considerato che quasi il 50% della spesa per l'assistenza integrativa è rappresentato dagli ausili per il diabete e che di questi circa il 70% riguarda la spesa per le strisce reattive per la glicemia, si ritiene necessario ridurre quanto più possibile il prezzo di tali dispositivi, anche in considerazione dell'esistenza di condizioni di tariffazione più vantaggiose applicate in altre regioni.

Nelle more della conclusione delle procedure di evidenza pubblica già avviate con la sopra richiamata nota della Direzione regionale prot. 0063068-2016 del 23 marzo 2016, le farmacie si sono impegnate ad una complessiva riduzione del 20% ai prezzi unitari massimi di tariffazione, comprensivi dei margini per la filiera distributiva, stabiliti con il precedente accordo.

Il risparmio di spesa, calcolato sui volumi di consumo del 2015, è di circa 2,3 milioni di euro.

4. Servizio di prenotazione delle prestazioni specialistiche

Da valutazioni effettuate sulle postazioni CUP gestite direttamente dalle Aziende Sanitarie regionali o tramite la Società in house, il costo medio delle operazioni di accettazione, prenotazione,

pagamenti differiti, cancellazioni, e presa in carico risulta attualmente quantificato pari a euro 1,40 (IVA esclusa). Tale valutazione tiene conto anche dell'evoluzione del sistema di prenotazione delle prestazioni specialistiche (prenotazioni on line da parte del cittadino, pagamenti on line, prescrizione e prenotazione effettuate direttamente dagli specialisti, prenotazione telefonica ecc...), nonché degli adeguamenti infrastrutturali che hanno determinato sia una riduzione dei tempi di prenotazione che una semplificazione delle procedure, con conseguente riduzione dei carichi di lavoro.

Si propone pertanto di allineare al costo medio sopra indicato la remunerazione precedentemente stabilita in euro 1,81 (IVA esclusa) per il servizio di prenotazione delle prestazioni specialistiche svolto dalle farmacie, o da altri soggetti.

La riduzione dell'importo di remunerazione comporta un risparmio di circa 646.000 euro, calcolato sui volumi di attività del 2015.

5. il ruolo delle farmacie nel Piano regionale di Prevenzione

Con il Piano regionale di Prevenzione 2014-2018, adottato con la DGR n. 746 del 28 maggio 2015, è stata stabilita la partecipazione delle farmacie ai programmi di prevenzione definiti su scala regionale.

In particolare con il **Progetto 2.1 “Lo screening per il rischio cardiovascolare: dallo studio di fattibilità alla sperimentazione”**, si è stabilito che, a partire dall'ottobre 2016, le farmacie parteciperanno, assieme ai Centri di Salute, alla attuazione del cosiddetto “screening cardiovascolare”, rivolto alla popolazione di ambo i sessi, nella fascia di età 45-59 anni, con l'obiettivo di individuare la popolazione a rischio di sviluppare una patologia cardiovascolare.

Per la partecipazione al progetto di screening, che sarà inizialmente attivato in 6 Distretti delle due Asl della regione e poi esteso al resto del territorio, verrà riconosciuto alle farmacie un importo di 3 euro per ogni assistito arruolato.

L'aumento di spesa derivante da questa nuova attività, stimato in euro 183.000,00, sulla base del numero dei cittadini che saranno chiamati allo screening, è ampiamente compensato dai risparmi sopra descritti.

Valutato, pertanto, che la sottoscrizione di tale accordo comporta una significativa riduzione della spesa per il Servizio Sanitario Regionale, senza abbassare gli standard qualitativi delle prestazioni già erogate dalle farmacie ai cittadini umbri e ampliando, nel contempo le attività svolte nell'ambito della “Farmacia dei Servizi”, come previsto dalla succitata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 sul Patto per la Salute 2014/2016.

VENETO

DGR 9.9.16, n. 1374 - Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) regionale per la gestione della terapia anticoagulante orale (TAO) in pazienti adulti con fibrillazione atriale non-valvolare (FANV). approvazione. (BUR n. 91 del 20.9.16)

Note

Viene approvato il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) regionale per la gestione della terapia anticoagulante orale (TAO) in pazienti adulti con fibrillazione atriale non-valvolare (FANV).

TUTELA DEI DIRITTI

VENETO

DGR 9.9.16, n. 1390 - Presa d'atto del progetto "network antitrattra veneto" (n.a.ve) e del relativo preventivo economico di cui al decreto direttoriale del 4 agosto 2016 del dipartimento pari opportunità della presidenza del consiglio dei ministri. autorizzazione alla sottoscrizione di un accordo di partenariato con il comune di Venezia in qualità di ente capofila. (BUR n. 92 del 23.9.16)

Note

PREMESSA

In data 10 giugno 2016 è stato pubblicato sulla Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana il bando 1/2016 del Dipartimento per le Pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in attuazione del DPCM del 16 maggio 2016, con il quale si è definito il programma unico di emersione, assistenza e integrazione sociale a favore degli stranieri e dei cittadini dell'Unione europea vittime di tratta.

Con il suddetto bando si intendono finanziare progetti attuati a livello territoriale, finalizzati ad assicurare in via transitoria, ai soggetti destinatari, adeguate condizioni di alloggio, vitto e assistenza sanitaria e, successivamente, la prosecuzione dell'assistenza e dell'integrazione sociale.

La lotta alla tratta e al grave sfruttamento e la tutela dei diritti delle vittime risulta un obiettivo strategico della Regione del Veneto ed, in particolare, con la L.R. n. 41/97, da molti anni si finanziano progettualità realizzate dai Comuni capoluogo di Provincia, finalizzati in modo specifico all'emersione e all'integrazione sociale delle vittime di sfruttamento sessuale.

Considerato che le finalità di tale legge rientrano nei contenuti del bando in questione, si è concordato con gli stessi Comuni capoluogo, di partecipare a tale bando con un'unica progettualità, riconoscendo al Comune di Venezia il ruolo di ente capofila. Ciò con l'obiettivo di implementare il consolidamento di un sistema unico e integrato di emersione e assistenza di vittime di tratta e/o grave sfruttamento.

Il progetto "Network Antitratta Veneto"(N.A.VE.) presentato dal Comune di Venezia, e per il quale l'Assessorato regionale ai Servizi sociali ha già espresso con nota prot.n. 264828 del 7 giugno 2016, la propria adesione, è stato con decreto direttoriale del Dipartimento per le Pari opportunità del 4 agosto 2016, ammesso al finanziamento con un contributo pari a € 1.300.000,00.

Il ruolo della Regione del Veneto, come riportato nel progetto di cui all'**Allegato A**, parte integrante ed essenziale del presente provvedimento, ricevuto formalmente dal Comune di Venezia con pec prot. n. 329819 del 1 settembre 2016, consisterà nel

- contributo alla realizzazione degli obiettivi progettuali;
- partecipazione alla cabina di regia del progetto;
- contributo all'analisi del fenomeno in ambito regionale;
- cofinanziamento delle attività di contatto e di emersione.

Si precisa che l'adesione in forma di partenariato al progetto "Network Antitratta Veneto"(N.A.VE.) assicurerà alle vittime di tratta inserite nei programmi di emersione, assistenza ed integrazione sociale, una maggiore tutela nell'esercizio dei diritti di "cittadinanza" garantiti a tutti i soggetti regolarmente domiciliati nel territorio italiano, evitando così una rivittimizzazione istituzionale. In particolare i beneficiari potranno usufruire dei fondi messi a disposizione dal progetto regionale d'intervento "RIA": reddito d'inclusione attiva per il reinserimento sociale e lavorativo delle categorie di persone più deboli per patologie, scarsa formazione, disoccupazione da lungo tempo, o con età superiore a 55 anni (v. DGR n. 2009 del 23/12/2015), nonché degli interventi di inserimento socio scolastico, con particolare attenzione alle donne immigrate e ai minori stranieri, finanziati a valere sulla L.R. n. 9/90.

LA DISPOSIZIONE

Al fine di dare adempimento a tutti gli aspetti procedurali connessi alla realizzazione del progetto:

- si prende atto del Progetto "Network antitratta Veneto" (N.A.VE) di cui al decreto direttoriale del 4 agosto 2016 del Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- si autorizza il direttore della Direzione Servizi Sociali a sottoscrivere l'accordo di partenariato con il Comune di Venezia e di approvare con successivi atti lo stesso accordo e il relativo impegno di spesa, per un cofinanziamento pari a € 140.000,00, a valere sul cap. n. 61460 "Interventi a tutela e promozione della persona per contrastare l'abuso e lo sfruttamento sessuale" (L.R. 16/12/1997, n. 41) del Programma 1204 "Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale" del bilancio di previsione 2016-2018 (L.R. 24 febbraio 2016, n. 8), che presenta sufficiente disponibilità.
- si prende atto del preventivo economico del progetto di cui all'**Allegato B**, parte integrante ed essenziale, da cui si evince la quota di cofinanziamento della Regione del Veneto sopra indicata e il costo totale complessivo del progetto pari a € 1.863.009,00.