

# **INDICE N. 224**

# **PANORAMA STATALE**

## **DIFESA DELLO STATO**

### **AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE**

**COMUNICATO 21 dicembre 2016** . Modelli di segnalazione all’Autorità per le comunicazioni utili ai fini dell’esercizio del potere sanzionatorio della Autorità, relativamente ad Operatori Economici nei cui confronti sussistono cause di esclusione ex art. 80 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, nonché per le notizie, le informazioni dovute dalle stazioni appaltanti ai fini della tenuta del casellario informatico. (GU n. 26 del 1.2.17)

**DELIBERA 11 gennaio 2017** - Indicazioni operative per un corretto perfezionamento del CIG. ... (Delibera n. 1). (GU n. 26 del 1.2.17)

## **INTERVENTI ASSISTENZIALI**

### **DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 11 dicembre 2016 .**

Concessione di un assegno straordinario vitalizio in favore dell’architetto Roberto Gottardi. (GU n. 33 del 9.2.17)

### **DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 11 dicembre 2016 .**

Concessione di un assegno straordinario vitalizio in favore del sig. Domingo Notaro. (GU n. 33 del 9.2.17)

## **PREVIDENZA**

### **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**

**Approvazione della delibera n. 18 adottata dal Consiglio di indirizzo generale dell’Ente nazionale di previdenza e assistenza a favore dei biologi (ENPAB) in data 30 novembre 2016.** (GU n. 27 del 2.2.17)

**Approvazione della delibera n. 80/2016 adottata dal Consiglio di amministrazione dell’Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri (ENPAM) in data 22 settembre 2016.** (GU n. 27 del 2.2.17)

**Approvazione della delibera n. 69/16 adottata dal Consiglio di amministrazione dell’Ente nazionale di previdenza ed assistenza per gli psicologi in data 29 settembre 2016.** (GU n. 27 del 2.2.17)

**Approvazione della delibera n. 7 adottata dal Consiglio nazionale dell’Ente nazionale di previdenza e di assistenza farmacisti, in data 24 novembre 2016.** (GU n. 27 del 2.2.17)

**Approvazione della delibera n. 26/16 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza per gli addetti e gli impiegati in agricoltura in data 27 luglio 2016.** (GU n. 35 dell'11.2.17)

<b>PRIVATO SOCIALE</b>
------------------------

**MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO**

**DECRETO 3 gennaio 2017** - Liquidazione coatta amministrativa della «C.S.S. - società cooperativa sociale in liquidazione», in Torino e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 29 del 4.2.17)

**DECRETO 10 gennaio 2017** . - Scioglimento della «Forchettarte società cooperativa sociale onlus», in Arqua Polesine e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 29 del 4.2.17)

**DECRETO 13 gennaio 2017** . Scioglimento della «La Rapollese Società cooperativa sociale», in Rapolla e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 29 del 4.2.17)

**DECRETO 13 gennaio 2017** - Liquidazione coatta amministrativa della «Società cooperativa sociale L'Aurora - ONLUS in liquidazione», in Ventimiglia e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 29 del 4.2.17)

**DECRETO 13 gennaio 2017** . Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale Proget a r. l. O.N.L.U.S.», in Piobesi D'Alba e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 29 del 4.2.17)

**DECRETO 3 gennaio 2017** . Liquidazione coatta amministrativa della «M.A.F. Società cooperativa sociale», in Formigliana e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 30 del 6.2.17)

**DECRETO 13 gennaio 2017** . Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale integrata Alfa - Società cooperativa sociale», in Velletri e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 30 del 6.2.17)

**DECRETO 22 dicembre 2016** - Liquidazione coatta amministrativa della «Pegaso Group - società cooperativa sociale», in San Colombano Belmonte e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 32 dell'8.2.17)

**DECRETO 22 dicembre 2016** - Liquidazione coatta amministrativa della «M2 cooperativa sociale a r.l. Onlus», in Moncalieri e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 32 dell'8.2.17)

**DECRETO 13 gennaio 2017** - Liquidazione coatta amministrativa della «I Fili d'erba società cooperativa sociale», in Città di Castello e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 32 dell'8.2.17)

<b>SANITA'</b>
----------------

**MINISTERO ECONOMIA E FINANZE**

**DECRETO 25 gennaio 2017** - Proroga dei termini, per la trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie relative all'anno 2016, al Sistema Tessera Sanitaria, da rendere disponibili all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata. (BUR n. 26 del 1.2.17)

**MINISTERO DELLA SALUTE**

**DECRETO 7 dicembre 2016** - Conferma del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato Fondazione «Istituto Neurologico Nazionale Casimiro Mondino», in Pavia. (BUR n. 26 del 1.2.17)

**DECRETO 7 dicembre 2016 , n. 261** - Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera. (GU n. 31 del 7.2..17)

**DECRETO 7 dicembre 2016 , n. 262** - Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato. GU n. 32 dell'8.2.17)

<b>TUTELA DEI DIRITTI</b>
---------------------------

**LEGGE 25 gennaio 2017 , n. 9**

Istituzione della giornata nazionale delle vittime civili delle guerre e dei conflitti nel mondo. (GU n . 36 del 13.2.17)

# PANORAMA REGIONALE

## ANZIANI

### LOMBARDIA

**DD. 24 gennaio 2017 - n. 579** - Integrazione avvisi pubblici di cui ai decreti n. 12399/16, n.12405/16, n. 12408/16 a seguito di approvazione della d.g.r. n. 6038/2016 all'oggetto «Misura reddito di autonomia 2016: seconda apertura relativa all'implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia e sviluppo di autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili» (BUR n. 5 del 1.2.17)

## ASSISTENZA PENITENZIARIA

### BASILICATA

**DGR 17.1.17, n. 22.** Presa d'atto dell'avvenuta sottoscrizione della convenzione tra l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza e la Casa circondariale di Potenza per l'utilizzo da parte dell'ASP dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie ai sensi dell'art. 4, comma 2, D.P.C.M. 1° aprile 2008. (BUR n. 2 del 1.2.17)

### PIEMONTE

**D.D. 6 ottobre 2016, n. 614** Programma di Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Assegnazione della somma di euro 664.872,10 a favore delle AA.SS.LL. per il finanziamento dei progetti di cui alla D.G.R. n. 13-2810 del 18.01.2016, alternativi all'invio o alla permanenza nelle strutture sanitarie detentive (REMS, ex OPG). Impegno 2014/3647 - Accertamento 2014/1509. (BUR n.6 del. 9.2.17)

**D.D. 20 dicembre 2016, n. 832** - Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Assegnazione della somma di euro 847.865,98 a favore delle AA.SS.LL. per il finanziamento dei progetti di cui alla D.G.R. n.13-2810 del 18.01.2016, alternativi all'invio o alla permanenza nelle strutture sanitarie detentive (REMS). Impegno 2014/3647. (BUR n.6 del. 9.2.17)

**.D. 20 dicembre 2016, n. 833** - Programma regionale di spesa corrente anni 2012-2013 per gli interventi finalizzati al Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Assegnazione della somma di euro 1.868.908,00 a favore delle AA.SS.LL. per il pagamento delle rette relative all'anno 2015 riferite ai pazienti ospiti della struttura " Sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere". Impegno 2014/3647 - Impegno 2013/3586. (BUR n.6 del. 9.2.17)

**D.D. 20 dicembre 2016, n. 834** - Programma regionale di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), di cui alla D.G.R. n. 49-3357 del 23 maggio 2016. Assegnazione della somma di euro 271.400,00 a favore dell'ASL TO4 per il finanziamento della REMS regionale provvisoria "Anton Martin" di San Maurizio Canavese. Impegno 2014/3629. (BUR n.6 del. 9.2.17)

**D.D. 20 dicembre 2016, n. 835** - Programma regionale di spesa corrente anni 2012-2013 per gli interventi finalizzati al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Assegnazione della somma di euro 1.622.400,00 a favore delle AA.SS.LL. per il pagamento delle rette relative all'anno 2016 riferite ai pazienti ospiti della struttura "Sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere". Impegno 2013/3586. (BUR n.6 del. 9.2.17)

### PUGLIA

**DGR 31.1.17, n. 59** - Regolamento Regionale 30 settembre 2014, n.18. Comunità riabilitative assistenziali psichiatriche dedicate ai pazienti autori di reato ad elevata complessità assoggettati a misure di sicurezza non detentive. Determinazione della tariffa giornaliera e disposizioni relative all'accREDITAMENTO delle strutture. (BUR n. 20 del 13.2.16)

<b>BILANCIO</b>
-----------------

**ABRUZZO**

**L.R. 27.1.17, n. 10** - Disposizioni finanziarie per la redazione del bilancio di previsione finanziario 2017 - 2019 della Regione Abruzzo (Legge di Stabilità Regionale 2017). (BUR n. 8 dell'82.17)

**L.R. 27.1.17. n. 11** - Bilancio di previsione finanziario 2017 - 2019). (BUR n. 8 dell'82.17)

**MOLISE**

**L.R. 30.1.17, n. 1** - Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2017-2019 in materia di entrate e spese. Modificazioni e integrazioni di leggi regionali (BUR n. 2 del 31.1.17)

**L.R. 30.1.17, n. 2** - Legge di stabilità regionale 2017. (BUR n. 2 del 31.1.17)

**L.R. 31.1.17, n.3** . Bilancio di previsione pluriennale della Regione Molise per il triennio 2017-2019. (BUR n. 2 del 31.1.17)

<b>DIFESA DELLO STATO</b>
---------------------------

**CAMPANIA**

**DGR 30.1.17, n. 41** - Approvazione del piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2019 della giunta regionale della Campania. (BUR n. 10 del 2.2.17)

**LOMBARDIA**

**DGR 30.1.17 - n. X/6177** Approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2019 .BUR n. 6 del 10.2.17)

**PUGLIA**

**DGR 24.1.17, n. 24** - Misure organizzative per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza "Linee guida per il conferimento da parte della Regione di incarichi in enti, istituzioni e organismi di diritto pubblico o privato". (BUR n. 19 del 10.2.17)

**TOSCANA**

**DCR 18.1.16, n. 1** - Linee generali di indirizzo per la redazione del Piano di prevenzione della corruzione per il triennio 2017-2018-2019. (BUR n. del 1.2.17)

**VENETO**

**DGR 17.1.17, n. 11** -Attuazione Legge 6 novembre 2012, n.190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", articolo 1, comma 8: definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. (BUR n. 15 del 7.1.17)

<b>DIPENDENZE</b>
-------------------

**LAZIO**

**Decreto del Commissario ad Acta 18 gennaio 2017, n. U00026** - Lotta alla Droga. Prosecuzione dei progetti coinvolti nella procedura di cui al combinato disposto dal DCA n. U0013/2015 e dal DCA n. U00295/2015. (BUR n. 8 del 26.1.17)

<b>GIOVANI</b>
----------------

**LAZIO**

**Determinazione 17 gennaio 2017, n. G00336 PO 2014/2020.** - Avviso Pubblico - "Sperimentazione di un Progetto integrato educativo, formativo e di socializzazione per ragazzi" - Impegno di euro 250.000,00 - Asse II - Inclusione sociale e lotta alla povertà Priorità di investimento 9.i.) "Inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva e migliorare l'occupabilità", obiettivo specifico 9.2 "Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, delle persone maggiormente vulnerabili" - Determinazione Dirigenziale n. G15347 del 19/12/2016 Riapertura termini presentazione candidature. (BUR n. 8 del 26.1.17)

**Determinazione 31 gennaio 2017, n. G00873** - Legge regionale 7 giugno 1999, n. 6, art. 82. - APQ Lazio in materia di Politiche giovanili ed attività sportive 2007-2009. Azione "Comunità Giovanili", Annualità 2010, fondi esercizio finanziario 2011. Revoca, perfezionamento e scorrimento graduatoria di cui alla D.D. n. G03042 del 26/11/2013. (D.D. n. B5956 del 21/07/2011 - D.G.R. n. 143 del 12/06/2013). (BUR n. 11 del 7.2.17)

**PUGLIA**

**DGR 31.1.17, n. 71** - L.r. 17/2005 Interventi in materia di politiche giovanili. Contributo a favore della Provincia di Barletta Andria Trani per l'apertura di un Centro Eurodesk. (BUR n. 19 del 10.2.17)

<b>IMMIGRATI</b>
------------------

**EMILIA ROMAGNA**

**DGR 6.2.17, n. 119** - Approvazione della graduatoria degli interventi ammissibili a contributo ai sensi della D.G.R. 242/2016. Attribuzione dei contributi e approvazione del Disciplinare relativo alle procedure per la concessione, l'impegno e la liquidazione dei contributi destinati a tali interventi. (BUR n. 35 del 13.2.17)

<b>INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA</b>
-------------------------------------

**SICILIA**

**DASS 17.1.17** - Costituzione del gruppo di lavoro assessoriale per gli interventi di governance sanitaria in materia socio-sanitaria. (GURS n. 6 del 10.2.17)

<b>MINORI</b>
---------------

**CALABRIA**

**L.R. 2.2.17, n.2** - Istituzione dell'osservatorio regionale per i minori. (BUR . 12 del 2.2.17)

**EMILIA-ROMAGNA**

**RISOLUZIONE - Oggetto n. 3887** - Risoluzione per impegnare la Giunta - definiti, in sede di indirizzi assembleari, criteri di equità ed omogeneità delle politiche tariffarie applicate dai comuni per i servizi di nido per i bambini della fascia 0-3 anni - a sostenere, anche economicamente, un abbattimento delle tariffe per le famiglie più disagiate. A firma dei Consiglieri: Marchetti Francesca, Boschini, Zoffoli, Pruccoli, Tarasconi, Mori, Rontini, Rossi Nadia, Iotti, Soncini, Poli, Caliendo, Cardinali, Ravaioli, Bessi, Lori, Bagnari, Montalti, Paruolo, Serri, (BUR n. 30 dell'8.2.17)

**LIGURIA**

**DGR 30.12.16 n. 1288** - Sperimentazione e consolidamento del programma P.I.P.P.I. (Programma Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) - FASE 6: Impegno e liquidazione Euro 25.000,00. (BUR n. 4 del 25.1.17)

**MOLISE**

**DGR 20.1.7, n. 15** risorse fsc 2007-2013 – delibera del cipe 11 luglio 2012, n. 79 – obiettivo di servizio "servizi per l'infanzia". deliberazione dell' giunta regionale n. 497 del 1 ottobre 2014 di aggiornamento del piano di azione per l'ambito tematico "servizi per l'infanzia". azione 3 "definizione e sperimentazione di servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia, nei comuni non coperti da altri servizi o dove questi siano particolarmente deboli". approvazione avviso. (BUR n. 3 del 1.2.17)

**PUGLIA**

**DGR 31.1.17, n. 68** - Strutture di seconda accoglienza dei minori stranieri non accompagnati - D.M. Interno n.6715 del 22/04/2016. (BUR n. 20 del 13.2.16)

**NON AUTOSUFFICIENTI****MOLISE**

**DGR 20.1.7, n. 13** - Fondo nazionale non autosufficienza 2016. programma attuativo" interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa". (BUR n. 3 del 1.2.17)

**PARI OPPORTUNITA'****LOMBARDIA**

**Comunicato regionale 30 gennaio 2017 - n. 14** Pubblicazione relazione anno 2016 Consiglio per le Pari Opportunità (BUR n. 6 del 6.2..17)

**PERSONE CON DISABILITA'****Città metropolitana di Bologna****COMUNICATO**

**Atto del Sindaco metropolitano di Bologna Prot. n. 4798 del 26 gennaio 2017.** Approvazione dell'accordo di programma metropolitano per l'integrazione scolastica e formativa di bambini, alunni e studenti con disabilità (L. 104/1992) 2016 – 2021

**VENETO**

**DGR 30.12.16, n. 2299** - Programmazione degli interventi regionali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità ai sensi delle Linee guida ex Decreto ministeriale n. 276 del 2016. Adempimenti attuativi. (BUR n. 15 del 7.2.17)

<b>POLITICHE SOCIALI</b>
--------------------------

**LAZIO**

**Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2017, n. T00021** - IPAB Istituto Sacra Famiglia di Roma. Sostituzione componenti Consiglio di Amministrazione. (BUR n. 10 del 2.2.17)

**PIEMONTE**

**D.D. 4 novembre 2016, n. 772** - Fondazione Casa di Riposo "Domus Tua - ONLUS" con sede in Tollegno (BI). Estinzione. (BUR n. 6 - S1 – del 9.2.17)

**SICILIA**

**CIRCOLARE 26 gennaio 2017, n. 1.** Legge n. 328/2000 - Utilizzo Fondo nazionale politiche sociali 2014-2015. Integrazione alle Linee guida per l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015. Direttive. (GURS n. 6 del 10.2.17)

**UMBRIA**

**DGR 16.1.17, n. 15** - Legge regionale 25 del 28 novembre 2014 ss.mm.ii. relativa alla trasformazione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e disciplina delle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona (ASP). Approvazione ai sensi dell'art 4 della medesima L.R. della trasformazione dell'IPAB Opera Pia "Pubblica Assistenza" di Terni. (BUR n. 5 del 1.2.17)

<b>POVERTA' INCLUSIONE SOCIALE</b>
------------------------------------

**MOLISE**

**DGR 20.1.7, n. 12** - Avviso pubblico per la presentazione di proposte di intervento per il contrasto alla grave emarginazione sociale e alla condizione di senza dimora da finanziare a valere sul fondo sociale europeo, programmazione 2014/2020, programma operativo nazionale (pon) "inclusion" e sul fondo di aiuti europei agli indigenti, programmazione 2014/2020, programma operativo per la fornitura di prodotti alimentari e assistenza materiale di base (po i fead). Provvedimenti. (BUR n. 3 del 1.2.17)

**PUGLIA**

**DGR 31.1.17, n. 51** - Schema di protocollo di intesa fra Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e Regione Puglia per la regolazione dei rapporti finanziari per l'integrazione del Fondo "Carta Acquisti" da parte della Regione Puglia per il finanziamento del Reddito di Dignità, in raccordo con il Sostegno per l'Inclusione Attiva. Approvazione. (BUR n. 19 del 10.2.17)

**DGR 31.1.17, n. 52** - Schema di convenzione tra Regione Puglia e Ambiti territoriali sociali per la delega di attività endoprocedimentali connesse al potenziamento delle strutture tecnico-professionali comunali per l'implementazione del SIA e del ReD per il contrasto della povertà e l'inclusione sociale di cui all'Avviso n. 3/2016 dell'AdG PON Inclusione 2014-2020. Approvazione. (BUR n. 19 del 10.2.17)

<b>PRIVATO SOCIALE</b>
------------------------

**LAZIO**

**Determinazione 20 gennaio 2017, n. G00435** - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "LEONESSA SERVIZI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE" codice fiscale 01113360570, con sede in Leonessa (Ri), via del Lavatoio, 2A c.a.p. 02016 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione B. (BUR n. 10 del 2.2.17)

**Determinazione 20 gennaio 2017, n. G00436 LL.RR 24/1996 e 30/1997** - "FUMONE SERVICE COOPERATIVA SOCIALE" codice fiscale 02939710600, con sede in Fumone (Fr), via Vicinale Canterno, 31 c.a.p. 03010 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione B. . (BUR n. 10 del 2.2.17)

## **PIEMONTE**

**D.D. 9 novembre 2016, n. 779** Nomina del Nucleo di valutazione delle offerte presentate in attuazione della procedura di affidamento, approvata con DD n. 743/A1509A del 28.10.2016, per la realizzazione di un corso di formazione per Formatori generali del Servizio Civile Nazionale (L. 64/01). (BUR 6 - S1 del 9.2.17)

**D.D. 27 dicembre 2016, n. 1059** Finanziamento del protocollo di collaborazione tra la Regione Piemonte e i cinque Centri Servizi per il Volontariato piemontesi. Impegno di spesa di Euro 15.000,00 sul cap. 189651 del bilancio 2016 (ass. 101086) (BUR 6 - S1 del 9.2.17)

**D.D. 17 novembre 2016, n. 818** - D.G.R. n. 22-6577 del 28.10.2013. Sostegno delle spese correnti e di amministrazione del Banco Alimentare Piemonte Onlus con sede legale a Moncalieri, Corso Roma 24/ter. Finanziamento stabilito con convenzione triennale rep. n. 449/2013 del 19.11.2013. Impegno e relativa liquidazione di euro 100.000,00 cap. 180684 (ass. n. 100614) del bilancio 2016. (BUR 6 - S1 del 9.2.17)

**D.D 27 dicembre 2016, n. 1067** - L.R.31/75 - Contributi agli Enti di Patronato per l'attivita' svolta nell'anno 2014 - Individuazione dei soggetti ammissibili a contributo. (BUR 6 - S1 del 9.2.17)

<b>SANITA'</b>
----------------

## **ABRUZZO**

**DGR 15.12.2016, n. 835** - Adesione al Progetto Agenas 2016/2018: "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero". (BUR n. 5 del 1.2.17 )

**DECRETO 28.09.2016, n. 114** - (BUR n. 6 dell'8.2.17)

## **CAMPANIA**

**Decreto Presidente Giunta n. 31 del 30/01/2017** - Nomina dei componenti del consiglio di indirizzo e verifica dell' Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico fondazione Giovanni Pascale (BUR n. 10 del 2.2.17)

## **EMILIA-ROMAGNA**

**RISOLUZIONE - Oggetto n. 1826** - Risoluzione per impegnare la Giunta ad adottare una deliberazione che preveda che, nel caso di donatore di rene da vivente cittadino extracomunitario non residente in Italia, le prestazioni sanitarie inerenti la donazione gravino sul Fondo regionale trapianti, sollecitando inoltre il Governo a stipulare convenzioni sanitarie, qualora non esistenti, che consentano il trapianto ai pazienti che abbiano un possibile familiare donatore extracomunitario. A firma dei Consiglieri: Paruolo, Calvano, Cardinali, Campedelli, Tarasconi, Lori, Zoffoli, Ravaioli, Bagnari, Montalti, Rossi Nadia, Bessi, Boschini, Taruffi, Pruccoli, Sabattini, Zappaterra, Prodi, Mumolo, Mori, Molinari, Poli, Gibertoni, Sensoli, Soncini. (BUR n. 30 dell'8.2.17)

## **LAZIO**

**Decreto del Commissario ad Acta 18 gennaio 2017, n. U00017** Integrazione al DCA n.U00273 dell'8 settembre 2016 avente ad oggetto "Individuazioni delle Aziende del S.S.R. da sottoporre ai piani di rientro

triennali in applicazione del comma 525 dell'art.1 della legge n. 208 del 28 dicembre 2015". (BUR n. 8 del 26.1.17)

**Decreto del Commissario ad Acta 20 gennaio 2017, n. U00030** - Adozione del documento tecnico inerente "Percorso e rete assistenziale per la prevenzione e la gestione del tumore del colon e del retto nel Lazio", ai sensi del DCA n. U00247/2014. (BUR n. 8 del 26.1.17)

**Determinazione 13 gennaio 2017, n. G00257** - Approvazione del documento inerente: "Criteri per l'accesso alle strutture di ricovero riabilitativo intensivo di pazienti in età pediatrica".(BUR n. 8 del 26.1.17)

**Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2017, n. T00018** - Differimento della scadenza della nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 4 (ex Roma F). (BUR n. 9 del 31.1.17)

**Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2017, n. T00019** - Differimento della scadenza della nomina a Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata. (BUR n. 9 del 31.1.17)

**Determinazione 26 gennaio 2017, n. G00669** - Valutazione e certificazione dei requisiti dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425 - DCA n.U00112 del 11.04.2016. (BUR n. 10 del 2.2.17)

## **LIGURIA**

**DGR 20.12.16, n. 1180** - Conferma sino al 30 aprile 2017 della composizione delle tre sezioni del Comitato Etico Regionale. (BUR n. 4 del 25.1.17)

**DGR 20.12.16, n.1183** - Accordi contrattuali con soggetti pubblici e privati accreditati. Programmazione spesa I° Trimestre 2017. Direttive e indirizzi alle Aziende, Istituti ed Enti del S.S.R. (BUR n. 4 del 25.1.17)

**DGR 30.12.16, n. 1295** Approvazione di Linee Guida per la Valutazione Impatto sulla Salute (VIS). (BUR n. 5 del 1.2.17)

## **LOMBARDIA**

**DGR. 30.1.017 - n. X/6164** Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015. (BUR n. 5 del 1.2.17)

**DGR 30.1.17 - n. X/6168** -Determinazioni relative alla rimodulazione del ticket sanitario aggiuntivo di cui all'articolo 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111. (BUR n. 5 del 1.2.17)

## **PIEMONTE**

**D.D. 23 dicembre 2016, n. 885** Sistema regionale dei flussi informativi sanitari. Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013. (BUR n.6 del 9.2.17)

**DGR 29.12.16, n. 54-** - L.R. 9/2004 art. 21. Programma regionale 2017 per la copertura dei rischi di responsabilita' civile RCT/O delle ASR. Disposizioni in merito agli elementi costitutivi del programma per l'anno 2017. Modifica del modello organizzativo-gestionale dei sinistri di cui alle DD.G.R. n. 35-9620 del 15 settembre 2008 e n. 55-12646 del 23 novembre 2009. (BUR n.6 del 9.2.17)

**DGR 29.12. 2016, n. 56-4530-** Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano Nazionale Malattie Rare (PNMR)", sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 16 ottobre 2014, rep. atti n. 140/CSR. (BUR n.6 del 9.2.17)

**DGR 29.12.16, n. 67-4540-** Programmazione sanitaria 2017; tetti di spesa provvisori massimi per l'acquisto di prestazioni sanitarie erogate dal privato accreditato. (BUR n.6 del 9.2.17)

**DGR 29.12.16, n. 68-4541 -** ART. 1 comma 397 lettera d) della legge 28 dicembre 2015 n. 208. "Approvazione schema di convenzione tra la Regione Piemonte e l'ente strumentale alla Croce Rossa Italiana per l'avvalimento del personale della Croce Rossa". (BUR n.6 del 9.2.17)

## **SICILIA**

**DASS 3 gennaio 2017 -** Passaggio dal Pap test all'HPV-DNA come test primario per lo screening del cervicocarcinoma. (GURS n. 5 del 3.2.17)

**DASS 25.1.17.** Individuazione degli Enti pubblici sanitari che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524, lettere a) e b), della legge 28 dicembre 2015, n. 208 - Integrazione al D.A. n. 1649 del 13 settembre 2016. (GURS n. 6 del 10.2.17)

**DASS 30 gennaio 2017.** Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino con farmaci biologici "Attivazione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) della Regione Sicilia". (GURS n. 6 del 10.2.17)

DECRETO 31 gennaio 2017. Aggiornamento del Prontuario terapeutico ospedaliero-territoriale (PTORS) della Regione siciliana. (GURS n. 6 del 10.2.17)

## **TOSCANA**

**DGR 24.1.17, n. 49 -** Prezzo di rimborso dei medicinali: modifica delibera GRT n. 1336 del 19-12-2016. (BUR n. 5 del 1.2.17)

### **MOZIONE 1 febbraio 2017, n. 593 -**

In merito agli aggiornamenti del personale addetto all'uso dei defibrillatori semiautomatici. (BUR n. 6 dell'8.2.17)

## **UMBRIA**

**DGR 9.1.17, n. 8 -** Istituzione della Commissione Paritetica regionale per l'A.L.P.I. del personale del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'art. 3, comma 3, dell'Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010 concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio Sanitario Nazionale. (BUR n. 5 del 1.2.17)

<b>TUTELA DEDI DIRITTI</b>
----------------------------

## **LAZIO**

**Deliberazione dell'Ufficio di Presidenza 18 gennaio 2017, n. 5** Conferimento dell'incarico di responsabile della struttura amministrativa di supporto al Consiglio dell'economia e del lavoro e al Difensore Civico. (BUR n. 9 del 31.1.17)

## **LIGURIA**

**DGR 20.12.16, n.1184** - Approvazione schema prot.lo intesa "Protocollo regionale per la prevenzione ed il contrasto della violenza nei confronti di donne minori e fasce deboli". Disposizioni in materia di percorso assistenziale in caso di violenza sessuale e domestica. (BUR n. 4 del 25.1.17)

## **LOMBARDIA**

**DCR 24.1.17 - n. X/1412** Ordine del giorno concernente la campagna di sensibilizzazione e informazione sul bullismo e cyberbullismo. (BUR n.6 dell' 8.2.17)

**DCR 24 gennaio 2017 - n. X/1413** - Ordine del giorno concernente la partecipazione a progetti europei. (BUR n.6 dell' 8.2.17)

**DCR 24 gennaio 2017 - n. X/1414** - Ordine del giorno concernente i finanziamenti per il contrasto al bullismo e al cyberbullismo. (BUR n.6 dell' 8.2.17)

**DCR 24 gennaio 2017 - n. X/1415** Ordine del giorno concernente il sostegno finanziario per le vittime di bullismo nei procedimenti giudiziari. (BUR n.6 dell' 8.2.17)

**L.R. 7.2.17 - n. 1** Disciplina degli interventi regionali in materia di prevenzione e contrasto al fenomeno del bullismo e del cyberbullismo. (BUR n. 6 del 10.2.17)

## **PIEMONTE**

**D.D. 27 dicembre 2016, n. 1061** - Quinta proroga onerosa dei progetti "Piemonte in rete contro la tratta 5.13" e "Piemonte in rete contro la tratta 5.18". Ripartizione ed assegnazione ai soggetti attuatori - Soggetti no profit - delle risorse regionali. Impegno sul cap. 189561/ 2016 (assegnazione n. 101086) di Euro 35.803,00. (BUR n. 6 SI del 9.2.17)

# PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 15 FEBBRAIO 2017, arretrati compresi

## DIFESA DELLO STATO

### AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

**COMUNICATO 21 dicembre 2016** . Modelli di segnalazione all'Autorità per le comunicazioni utili ai fini dell'esercizio del potere sanzionatorio della Autorità, relativamente ad Operatori Economici nei cui confronti sussistono cause di esclusione ex art. 80 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, nonché per le notizie, le informazioni dovute dalle stazioni appaltanti ai fini della tenuta del casellario informatico. (GU n. 26 del 1.2.17)

**DELIBERA 11 gennaio 2017** - Indicazioni operative per un corretto perfezionamento del CIG. (Delibera n. 1). (GU n. 26 del 1.2.17)

## INTERVENTI ASSISTENZIALI

### DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 11 dicembre 2016 .

Concessione di un assegno straordinario vitalizio in favore dell'architetto Roberto Gottardi. (GU n. 33 del 9.2.17)

#### IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Vista la legge 8 agosto 1985, n. 440, concernente l'istituzione di un assegno vitalizio a favore di cittadini che abbiano illustrato la Patria e che versino in stato di particolare necessità;

Vista la legge 12 gennaio 1991, n. 13, recante «Determinazione degli atti amministrativi da adottarsi nella forma del decreto del Presidente della Repubblica»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 4 febbraio 2010, con il quale sono stati determinati i criteri e le modalità per la concessione dei benefici economici previsti dalla legge 8 agosto 1985, n. 440;

Visto il D.S.G. 15 novembre 2013, con il quale è stata istituita la Commissione consultiva per l'attestazione della chiara fama e dei meriti acquisiti a livello nazionale ed internazionale dei candidati che hanno presentato domanda per la concessione dei benefici economici previsti dalla legge n. 440/1985;

Vista la documentazione acquisita, gli esiti dell'istruttoria e la valutazione positiva data dalla predetta Commissione nella riunione del 2 marzo 2016;

Ritenuto di attribuire un assegno straordinario vitalizio in favore dell'architetto Roberto Gottardi, che possiede i requisiti previsti dalla predetta legge istitutiva, di euro 24.000,00 annui;

Su conforme deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 24 novembre 2016;

Considerato che sono state rese le prescritte comunicazioni al Presidente del Senato della Repubblica ed al Presidente della Camera dei deputati;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri;

Decreta:

A decorrere dal 24 novembre 2016 è attribuito un assegno straordinario vitalizio dell'importo annuo di euro ventiquattromila/00 all'architetto Roberto Gottardi, nato a Venezia il 30 gennaio 1927.

La relativa spesa farà carico allo stanziamento iscritto al capitolo 230 dello stato di previsione della Presidenza del Consiglio dei ministri per l'anno 2016 ed ai corrispondenti capitoli per gli anni successivi. Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Dato a Roma, addì 11 dicembre 2016

MATTARELLA

RENZI, *Presidente del Consiglio dei ministri*

*Registrato alla Corte dei conti il 3 gennaio 2017*

*Ufficio controllo atti P.C.M. Ministeri giustizia e affari esteri, reg.ne prev. n. 70*

**DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 11 dicembre 2016 .**

Concessione di un assegno straordinario vitalizio in favore del sig. Domingo Notaro.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Vista la legge 8 agosto 1985, n. 440, concernente l'istituzione di un assegno vitalizio a favore di cittadini che abbiano illustrato la Patria e che versino in stato di particolare necessità;

Vista la legge 12 gennaio 1991, n. 13, recante «Determinazione degli atti amministrativi da adottarsi nella forma del decreto del Presidente della Repubblica»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 4 febbraio 2010, con il quale sono stati determinati i criteri e le modalità per la concessione dei benefici economici previsti dalla legge 8 agosto 1985, n. 440; Visto il D.S.G. 15 novembre 2013, con il quale è stata istituita la Commissione consultiva per l'attestazione della chiara fama e dei meriti acquisiti a livello nazionale ed internazionale dei candidati che hanno presentato domanda per la concessione dei benefici economici previsti dalla legge n. 440/1985;

Vista la documentazione acquisita, gli esiti dell'istruttoria e la valutazione positiva data dalla predetta Commissione nella riunione del 20 marzo 2015;

Ritenuto di attribuire un assegno straordinario vitalizio in favore del sig. Domingo Notaro, che possiede i requisiti previsti dalla predetta legge istitutiva, di euro 24.000,00 annui;

Su conforme deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 24 novembre 2016;

Considerato che sono state rese le prescritte comunicazioni al Presidente del Senato della Repubblica ed al Presidente della Camera dei deputati;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri;

Decreta:

A decorrere dal 24 novembre 2016 è attribuito un assegno straordinario vitalizio dell'importo annuo di euro ventiquattromila/00 al sig. Domingo Notaro, nato a Palermiti (Catanzaro) il 27 dicembre 1939.

La relativa spesa farà carico allo stanziamento iscritto al capitolo 230 dello stato di previsione della Presidenza del Consiglio dei ministri per l'anno 2016 ed ai corrispondenti capitoli per gli anni successivi. Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Dato a Roma, addì 11 dicembre 2016

MATTARELLA

RENZI, *Presidente del Consiglio dei ministri*

*Registrato alla Corte dei conti il 3 gennaio 2017 Ufficio controllo atti P.C.M. Ministeri giustizia e affari esteri, reg.ne prev. n. 71*

**PREVIDENZA**

**MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**

**Approvazione della delibera n. 18 adottata dal Consiglio di indirizzo generale dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza a favore dei biologi (ENPAB) in data 30 novembre 2016.** (GU n. 27 del 2.2.17)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0000263/BIO-L-44 dell'11 gennaio 2017 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. 18 adottata dal Consiglio di indirizzo generale dell'ENPAB in data 30 novembre 2016, concernente la determinazione del contributo di maternità per l'anno 2016, in misura pari a € 110,29 pro-capite.

**Approvazione della delibera n. 80/2016 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri (ENPAM) in data 22 settembre 2016.** (GU n. 27 del 2.2.17)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0016295/MED-L-98 del 22 dicembre 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. 80/2016 adottata dal consiglio di amministrazione dell'ENPAM in data 22 settembre 2016, concernente la determinazione del contributo di maternità per l'anno 2017, in misura pari a € 57.00 pro-capite.

**Approvazione della delibera n. 69/16 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per gli psicologi in data 29 settembre 2016.** (GU n. 27 del 2.2.17)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0016222/PSIC-L-78 del 21 dicembre 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. 69/16 adottata dal consiglio di amministrazione dell'ENPAP in data 29 settembre 2016, concernente la determinazione del contributo di maternità per l'anno 2016, in misura pari a € 135.00 pro-capite.

**Approvazione della delibera n. 7 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza e di assistenza farmacisti, in data 24 novembre 2016.** (GU n. 27 del 2.2.17)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0016188/FAR-L-104 del 21 dicembre 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. 7 adottata dal Consiglio nazionale dell'ENPAF in data 24 novembre 2016, concernente l'adeguamento, per gli anni 2015-2016, delle pensioni e dei coefficienti economici di cui agli articoli 7 e 27 del regolamento di previdenza e assistenza.

**Approvazione della delibera n. 26/16 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza per gli addetti e gli impiegati in agricoltura in data 27 luglio 2016.** (GU n. 35 dell'11.2.17)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0000737/ENP-L-55 del 23 gennaio 2017 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. 26/16 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'ENPAIA in data 27 luglio 2016, concernente modifiche agli articoli 10 e 11 del Regolamento del fondo di previdenza.

<b>PRIVATO SOCIALE</b>
------------------------

**MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO**

**DECRETO 3 gennaio 2017** - Liquidazione coatta amministrativa della «C.S.S. - società cooperativa sociale in liquidazione», in Torino e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 29 del 4.2.17)

**IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO**

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

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

Vista la sentenza del 23 luglio 2015 n. 301/2015 del Tribunale di Torino con la quale è stato dichiarato lo stato d'insolvenza della società cooperativa «C.S.S. - Società cooperativa sociale in liquidazione»; Considerato che ex art. 195, comma 4 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267 la stessa è comunicata all'autorità competente perché disponga la liquidazione ed è inoltre notificata, affissa e resa pubblica nei modi e nei termini stabiliti per la sentenza dichiarativa dello stato di fallimento;

Visto l'art. 195 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, per cui l'adozione del provvedimento di liquidazione coatta amministrativa è attività del tutto vincolata;

Ritenuta l'opportunità di omettere la comunicazione di avvio del procedimento ex art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, con prevalenza dei principi di economicità e speditezza dell'azione amministrativa, atteso che l'adozione del decreto di liquidazione coatta amministrativa è atto dovuto e consequenziale alla dichiarazione dello stato d'insolvenza e che il debitore è stato messo in condizione di esercitare il proprio diritto di difesa;

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

Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è stato estratto attraverso un sistema informatico, a cura della competente Direzione generale, da un elenco selezionato su base regionale e in considerazione delle dichiarazioni di disponibilità all'assunzione dell'incarico presentate dai professionisti interessati, ai sensi della nota in data 25 giugno 2015, contenente «Aggiornamento della banca dati dei professionisti interessati alla attribuzione di incarichi ex articoli 2545 -sexiesdecies , 2545 -septiesdecies , secondo comma e 2545- octiesdecies c.c.», pubblicata sul sito internet del Ministero;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «C.S.S. - Società cooperativa sociale in liquidazione», con sede in Torino (codice fiscale 10332080018) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies del codice civile. Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore l'avv. Luca Vicarioli, nato a Torino il 31 dicembre 1979 (codice fi scale VCRLCU79T31L219H), ivi domiciliato in via Valeggio n. 5.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge. Roma, 3 gennaio 2017

Il Ministro:

CALENDA 17A00802

**DECRETO 10 gennaio 2017 . -** Scioglimento della «Forchettarte società cooperativa sociale onlus», in Arquà Polesine e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 29 del 4.2.17)

**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'uffici 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;

Preso atto che la comunicazione di cui sopra, avvenuta tramite posta raccomandata inviata al legale rappresentante, è stata restituita con la dicitura «trasferito» e che, pertanto, non sono pervenute osservazioni e/o 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 28 ottobre 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 «Forchettarte società cooperativa sociale onlus» con sede in Arquà Polesine (RO), (codice fiscale 01428180291), 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 il dott. Alberto Potti nato a Padova (PD) il 10 ottobre 1961 (codice fiscale PTT LRT 61R10 G224S), ed ivi domiciliato in via Zabarella n. 29.

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, 10 gennaio 2017

Il direttore generale: MOLETI

**DECRETO 13 gennaio 2017** . Scioglimento della «La Rapollese Società cooperativa sociale», in Rapolla e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 29 del 4.2.17)

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 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 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 dal Ministero dello sviluppo economico e relative alla società cooperativa sotto indicata, cui si rinvia e che qui si intendono richiamate;

Visti gli ulteriori accertamenti 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 codice civile;

Visto il parere espresso dal comitato centrale per le cooperative in data 23 novembre 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 codice civile, con contestuale nomina del commissario liquidatore; Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è stato estratto attraverso un sistema informatico, a cura della competente Direzione generale, da un elenco selezionato su base regionale e in considerazione delle dichiarazioni di disponibilità all'assunzione dell'incarico presentate dai professionisti interessati, ai sensi della nota in data 25 giugno 2015, contenente «Aggiornamento della banca dati dei professionisti interessati alla attribuzione di incarichi ex articoli 2545 -sexiesdecies , 2545 -septiesdecies , secondo comma e 2545- octiesdecies codice civile» pubblicata sul sito internet del Ministero;

Decreta:

Art. 1. La società cooperativa «La Rapollese Società cooperativa sociale» con sede in Rapolla (PZ) (codice fi scale n. 01735490763), è sciolta per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 -septiesdecies codice civile.

Art. 2.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore l'avv. Nicola Romaniello, nato a Filiano (PZ) il 23 febbraio 1956 (codice fi scale RMNNCL56B23D593Z), ivi domiciliato, via Tittarella, n. 10.

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, 13 gennaio 2017 Il direttore generale: MOLETI

**DECRETO 13 gennaio 2017** - Liquidazione coatta amministrativa della «Società cooperativa sociale L'Aurora - ONLUS in liquidazione», in Ventimiglia e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 29 del 4.2.17)

#### IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Vista l'istanza con la quale la Lega nazionale delle cooperative e mutue ha chiesto che la società «Società Cooperativa Sociale L'Aurora - ONLUS in liquidazione» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

Considerato quanto emerge dalla sopra citata revisione, dalla quale si evince che l'ultima situazione patrimoniale aggiornata della cooperativa, al 31 dicembre 2015, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 19.747,00, si riscontra una massa debitoria di € 31.442,00 ed un patrimonio netto negativo di € 52824,00;

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

Visto l'art. 2545 -terdecies del codice civile e ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società; Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267; Tenuto conto, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, delle designazioni dell'Associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Società Cooperativa Sociale l'Aurora - ONLUS in liquidazione», con sede in Ventimiglia (IM) (codice fi scale 01244230080) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies del codice civile. Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae, è nominato commissario liquidatore rag. Paolo Trucco, nato a Imperia il 6 maggio 1962 (codice fi scale TRCPLA62E06E290L), ivi domiciliato in via Don Abbo n. 12/21.

Art. 2. Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge. Roma, 13 gennaio 2017  
D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto

ORSINI

**DECRETO 13 gennaio 2017.** Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale Proget a r.l. O.N.L.U.S.», in Piobesi D'Alba e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 29 del 4.2.17)

#### IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Vista l'istanza con la quale la Confederazione cooperative italiane ha chiesto che la società «Cooperativa Sociale Proget a r.l. ONLUS» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

Considerato quanto emerge dalla sopra citata revisione, dalla quale si evince che l'ultima situazione patrimoniale della cooperativa, aggiornata al 31 novembre 2014, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 494.786,00, si riscontra una massa debitoria di € 582.779,00 ed un patrimonio netto negativo di € 129.613,00;

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

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

Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267; Tenuto conto, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, delle designazioni dell'Associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;

Decreta:

Art. 1. La società cooperativa «Cooperativa Sociale Proget a r.l. ONLUS», con sede in Piobesi D'Alba (CN) (codice fiscale 03185350042) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies del codice civile. Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae, è nominato commissario liquidatore il dott. Fabrizio Pen, nato a Torino il 14 aprile 1964 (PNEFRZ64D14L219H), ivi domiciliato in via Sant'Anselmo n. 29. Art. 2. Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge. Roma, 13 gennaio 2017

D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto

ORSINI

**DECRETO 3 gennaio 2017.** Liquidazione coatta amministrativa della «M.A.F. Società cooperativa sociale», in Formigliana e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 30 del 6.2.17)

## IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi; Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135; Vista la sentenza del 6 ottobre 2016 n. 51/2016 del Tribunale di Vercelli con la quale è stato dichiarato lo stato d'insolvenza della società cooperativa «M.A.F. società cooperativa sociale»;

Considerato che ex art. 195, comma 4 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267 la stessa è comunicata all'autorità competente perché disponga la liquidazione ed è inoltre notificata, affissa e resa pubblica nei modi e nei termini stabiliti per la sentenza dichiarativa dello stato di fallimento;

Visto l'art. 195 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, per cui l'adozione del provvedimento di liquidazione coatta amministrativa è attività del tutto vincolata;

Ritenuta l'opportunità di omettere la comunicazione di avvio del procedimento ex art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, con prevalenza dei principi di economicità e speditezza dell'azione amministrativa, atteso che l'adozione del decreto di liquidazione coatta amministrativa è atto dovuto e consequenziale alla dichiarazione dello stato d'insolvenza e che il debitore è stato messo in condizione di esercitare il proprio diritto di difesa;

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

Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è stato estratto attraverso un sistema informatico, a cura della competente Direzione generale, da un elenco selezionato su base regionale e in considerazione delle dichiarazioni di disponibilità all'assunzione dell'incarico presentate dai professionisti interessati, ai sensi della nota in data 25 giugno 2015, contenente «Aggiornamento della banca dati dei professionisti interessati alla attribuzione di incarichi ex articoli 2545 -sexiesdecies , 2545 -septiesdecies , secondo comma e 2545- octiesdecies del codice civile», pubblicata sul sito internet del Ministero;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «M.A.F. società cooperativa sociale», con sede in Formigliana (VC) (codice fi scale 02539770020) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies del codice civile. Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore il dott. Matteo Rellecke Nasi, nato a Mondovì (CN) il 22 aprile 1980 (codice fi scale RLLMTT80D22F3510), domiciliato in Vicoforte (CN), in via Collarei, n. 38.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge. Roma, 3 gennaio 2017

Il Ministro: CALENDÀ

**DECRETO 13 gennaio 2017 .** Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale integrata Alfa - Società cooperativa sociale», in Velletri e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 30 del 6.2.17)

## IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135; Visto il decreto ministeriale 10 febbraio 2015, n. 57/2015, con il quale la Cooperativa sociale integrata Alfa - società cooperativa sociale, con sede in Velletri (RM), è stata posta in liquidazione coatta amministrativa e la dott.ssa Micaela Porceddu ne è stata nominata commissario liquidatore; Considerato che il predetto commissario non ha provveduto a rendere a questa Autorità di vigilanza le relazioni semestrali sulla situazione patrimoniale e sull'andamento della gestione della liquidazione, previste dall'art. 205 del regio

decreto 16 marzo 1942, n. 267, nonostante sia stato formalmente diffidato ad adempiere a tale obbligo con nota in data 11 novembre 2016, ai sensi dell'art. 37 legge fallimentare;

Visto che con la nota suddetta dell'11 novembre 2016, ai sensi dell'art. 7, legge 7 agosto 1990, n. 241, è stato contestualmente comunicato l'avvio dell'istruttoria per la revoca del sopraindicato commissario liquidatore e che non è pervenuto alcun riscontro da parte dello stesso;

Vista la proposta con la quale la Direzione generale per la vigilanza sugli enti, il sistema cooperativo e le gestioni commissariali all'esito dell'istruttoria condotta, richiede la revoca della nomina a commissario liquidatore della dott.ssa Micaela Porceddu e la sua sostituzione;

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

Visto l'art. 37 legge fallimentare;

Visti i nominativi dei professionisti segnalati dall'Associazione di rappresentanza assistenza e tutela del movimento cooperativo Confcooperative;

Decreta:

Art. 1.

La dott.ssa Micaela Porceddu, già nominata commissario liquidatore della Cooperativa sociale integrata Alfa - società cooperativa sociale, con sede in Velletri (RM), con decreto ministeriale del 10 febbraio 2015 n. 57/2015, ai sensi dell'art. 37 legge fallimentare, è revocata dall'incarico.

Art. 2.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae, è nominato commissario liquidatore della società in premessa, il dott. Luigi Zingone, nato a Cosenza il 5 agosto 1976 (C.F. ZNGLGU76M05D086W), domiciliato in Roma, via Federico Cesi, n. 21, in sostituzione della dott.ssa Micaela Porceddu, revocata dall'incarico.

Art. 3.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Tale provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo, ovvero in via straordinaria dinnanzi al Presidente della Repubblica qualora sussistano i presupposti di legge. Roma, 13 gennaio 2017

D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto

ORSINI

**DECRETO 22 dicembre 2016** - Liquidazione coatta amministrativa della «Pegaso Group - società cooperativa sociale», in San Colombano Belmonte e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 32 dell'8.2.17)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Vista la sentenza del 4 maggio 2016, n. 45/2016, del Tribunale di Ivrea con la quale è stato dichiarato lo stato d'insolvenza della società cooperativa «Pegaso Group - società cooperativa sociale»;

Considerato che ex art. 195, comma 4 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, la stessa è comunicata all'autorità competente perché disponga la liquidazione ed è inoltre notificata, affissa e resa pubblica nei modi e nei termini stabiliti per la sentenza dichiarativa dello stato di fallimento;

Visto l'art. 195 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, per cui l'adozione del provvedimento di liquidazione coatta amministrativa è attività del tutto vincolata;

Ritenuta l'opportunità di omettere la comunicazione di avvio del procedimento ex art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, con prevalenza dei principi di economicità e speditezza dell'azione amministrativa, atteso che l'adozione del decreto di liquidazione coatta amministrativa è atto dovuto e consequenziale alla dichiarazione dello stato d'insolvenza e che il debitore è stato messo in condizione di esercitare il proprio diritto di difesa;

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

Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è stato estratto attraverso un sistema informatico, a cura della competente Direzione generale, da un elenco selezionato su base regionale e in considerazione delle dichiarazioni di disponibilità all'assunzione dell'incarico presentate dai professionisti interessati, ai sensi della nota in data 25 giugno 2015, contenente «Aggiornamento della banca dati dei professionisti interessati alla attribuzione di incarichi ex articoli 2545 -*sexiesdecies* , 2545 -*septiesdecies* , secondo comma e 2545- *octiesdecies* del codice civile», pubblicata sul sito internet del Ministero;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Pegaso Group - società cooperativa sociale», con sede in San Colombano Belmonte (Torino) (codice fi scale 10314350017) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -*terdecies* del codice civile.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae* , è nominata commissario liquidatore l'avv. Debora Urro (codice fi scale RRUDBR59A67L219P), nata a Biella il 27 gennaio 1959, ivi domiciliata in via Ravetti, n. 4.

Art. 2.

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

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

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

Roma, 22 dicembre 2016

*Il Ministro:* CALENDÀ

**DECRETO 22 dicembre 2016** - Liquidazione coatta amministrativa della «M2 cooperativa sociale a r.l. Onlus», in Moncalieri e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 32 dell'8.2.17)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Vista la sentenza del 26 maggio 2016 n. 200/2016 del Tribunale di Torino con la quale è stato dichiarato lo stato d'insolvenza della società cooperativa «M2 Cooperativa sociale a r.l. Onlus»;

Considerato che *ex art.* 195, comma 4 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267 la stessa è comunicata all'autorità competente perché disponga la liquidazione ed è inoltre notificata, affissa e resa pubblica nei modi e nei termini stabiliti per la sentenza dichiarativa dello stato di fallimento;

Visto l'art. 195 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, per cui l'adozione del provvedimento di liquidazione coatta amministrativa è attività del tutto vincolata;

Ritenuta l'opportunità di omettere la comunicazione di avvio del procedimento *ex art.* 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, con prevalenza dei principi di economicità e speditezza dell'azione amministrativa, atteso che l'adozione del decreto di liquidazione coatta amministrativa è atto dovuto e consequenziale alla dichiarazione dello stato d'insolvenza e che il debitore è stato messo in condizione di esercitare il proprio diritto di difesa;

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

Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è stato estratto attraverso un sistema informatico, a cura della competente direzione generale, da un elenco selezionato su base regionale e in considerazione delle dichiarazioni di disponibilità all'assunzione dell'incarico presentate dai professionisti interessati, ai sensi della nota in data 25 giugno 2015, contenente «Aggiornamento della banca dati dei professionisti interessati alla attribuzione di incarichi ex articoli 2545 -*sexiesdecies* , 2545 -*septiesdecies* , secondo comma e 2545- *octiesdecies* del codice civile», pubblicata sul sito internet del Ministero;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «M2 Cooperativa sociale a r.l. Onlus», con sede in Moncalieri (TO) (codice fiscale n. 03050730138) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies del codice civile.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il dott. Alessandro Verrino (codice fiscale VRRLSN75H09L219N), nato a Torino il 9 giugno 1975, e domiciliato in Vinovo (TO), in via Garibaldi, n. 5.

Art. 2.

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

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

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

Roma, 22 dicembre 2016

*Il Ministro:* CALENDÀ

**DECRETO 13 gennaio 2017** - Liquidazione coatta amministrativa della «I Fili d'erba società cooperativa sociale», in Città di Castello e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 32 dell'8.2.17)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Vista l'istanza con la quale la Confederazione cooperative italiane ha chiesto che la Società cooperativa «I Fili d'erba società cooperativa sociale» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese e dalla situazione patrimoniale aggiornata al 21 luglio 2015, da cui si evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo circolante pari ad € 93.061,00 si riscontra una massa debitoria a breve pari ad € 153.409,00 ed un patrimonio netto negativo pari ad € 46.425,00;

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

Preso atto che la comunicazione di avvio dell'istruttoria, avvenuta tramite posta elettronica certificata non è stata accettata e che la successiva raccomandata inviata alla sede legale della cooperativa è stata regolarmente ricevuta ma che non sono state presentate osservazioni e/o controdeduzioni;

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

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

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

Decreta:

Art. 1.

La Società cooperativa «I Fili d'erba società cooperativa sociale», con sede in Città di Castello (PG), (codice fiscale 03166770549) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies del codice civile.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominata commissario liquidatore la dott.ssa Valentina Pettirossi nata a Umbertide (PG) il 30 luglio 1987, (codice fiscale PTTVNT87L70D786V), e domiciliata in Bastia Umbra (PG) in

via Velino n 3.

Art. 2.

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

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

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

Roma, 13 gennaio 2017

*D'ordine del Ministro*

*Il Capo di Gabinetto*

ORSINI

<b>SANITA'</b>
----------------

## **MINISTERO ECONOMIA E FINANZE**

**DECRETO 25 gennaio 2017** - Proroga dei termini, per la trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie relative all'anno 2016, al Sistema Tessera Sanitaria, da rendere disponibili all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata. (BUR n. 26 del 1.2.17)

### **IL RAGIONIERE GENERALE DELLO STATO**

Visto il comma 3 dell'art. 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175, recante semplificazione fiscale e dichiarazione dei redditi precompilata, come modificato dall'art. 1, comma 949, lettera a) della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge stabilità 2016);

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 1° settembre 2016, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 214 del 13 settembre 2016, attuativo del comma 4 dell'art. 3 del richiamato decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175, il quale prevede che con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze sono individuati termini e modalità per la trasmissione telematica all'Agenzia delle entrate dei dati relativi alle spese che danno diritto a deduzioni dal reddito o detrazioni dall'imposta diverse da quelle già individuate indicate nei commi 1, 2 e 3 del medesimo decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175;

Visto il provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate n. 17731 del 25 gennaio 2017, il quale prevede la proroga dei termini, per la trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie relative all'anno 2016, di cui ai provvedimenti n. 123325 del 29 luglio 2016 e n. 142369 del 15 settembre 2016 del direttore dell'Agenzia delle entrate;

Visto il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 31 luglio 2015, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 185 dell'11 agosto 2015, attuativo dell'art. 3, comma 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175, concernente la trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie da parte dei soggetti individuati all'art. 2 del medesimo decreto 31 luglio 2015, e che, in particolare, prevede: a) al paragrafo 4.6 dell'allegato A, che la trasmissione dei dati delle spese sanitarie deve essere effettuata entro e non oltre il mese di gennaio dell'anno successivo a quello della spesa effettuata dall'assistito (ovvero dei relativi rimborsi); all'art. 3, comma 4, che l'assistito può esercitare l'opposizione accedendo al Sistema tessera sanitaria dal 1° al 28 febbraio dell'anno successivo al periodo di imposta di riferimento;

Visto il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 2 agosto 2016, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 187 dell'11 agosto 2016, attuativo dell'art. 1, comma 949, lettera a) della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge stabilità 2016), il quale, per i soggetti individuati all'art. 3, comma 1 del medesimo decreto, prevede, in particolare: all'art. 3, comma 3, che la trasmissione dei dati delle spese sanitarie deve essere effettuata entro il termine previsto al paragrafo 4.6 dell'allegato A del citato decreto 31 luglio 2015; all'art. 4, comma 1, che le modalità e, pertanto, anche la tempistica per l'opposizione da parte dell'assistito sono le medesime di cui all'art. 3 del citato decreto 31 luglio 2015;

Visto il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 16 settembre 2016, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 26 settembre 2016 e attuativo del citato decreto 1° settembre 2016, il quale, per i soggetti individuati all'art. 2, commi 1 e 2, del medesimo decreto 16 settembre 2016, prevede, in particolare: all'art. 3, comma 1, che la trasmissione dei dati delle spese sanitarie deve essere effettuata

entro il termine previsto al paragrafo 4.6 dell'allegato A del citato decreto 31 luglio 2015; all'art. 4, comma 1, che le modalità e, pertanto, anche la tempistica per l'opposizione da parte dell'assistito sono le medesime di cui all'art. 3 del citato decreto 31 luglio 2015;

Considerato che risulta necessario adeguare i termini di cui al citato decreto 31 luglio 2015 del Ministero dell'economia e delle finanze alla proroga disposta dal predetto provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate n. 17731 del 25 gennaio 2017, per la trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie relative all'anno 2016;

Decreta:

#### Art. 1. Definizioni

1. Ai fini del presente decreto si intende per:

- a) «Assistito»: il soggetto che ha diritto all'assistenza sanitaria nell'ambito del SSN;
- b) «Sistema TS»: il sistema informativo realizzato dal Ministero dell'economia e delle finanze in attuazione di quanto disposto dall'art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 marzo 2008;
- c) «Decreto 31/7/2015»: decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 31 luglio 2015, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 185 dell'11 agosto 2015, attuativo dell'art. 3, comma 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175;
- d) «Decreto 2/8/2016»: decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 2 agosto 2016, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 187 dell'11 agosto 2016, attuativo dell'art. 1, comma 949, lettera a) della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge stabilità 2016);
- e) «Decreto 1/9/2016»: decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 214 del 13 settembre 2016, attuativo del comma 4 dell'art. 3 del richiamato decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175;
- f) «Decreto 16/9/2016»: decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 16 settembre 2016, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 225 del 26 settembre 2016;
- g) «Provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 25 gennaio 2017» il provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate n. 17731 del 25 gennaio 2017 di proroga dei termini di cui ai provvedimenti n. 123325 del 29 luglio 2016 e n. 142369 del 15 settembre 2016 del direttore dell'Agenzia delle entrate;
- h) «Documento fiscale», le ricevute di pagamento, fatture e scontrini fiscali relativi alle spese sanitarie sostenute dagli assistiti per il pagamento del ticket ovvero per l'acquisto delle prestazioni sanitarie, ovvero relative ai rimborsi erogati per le spese sanitarie sostenute dagli assistiti, ai fini della predisposizione da parte dell'Agenzia delle entrate della dichiarazione dei redditi precompilata.

Art. 2. Proroga dei termini di cui al decreto 31 luglio 2015 del Ministero dell'economia e delle finanze  
1. Per i dati dei documenti fiscali relativi all'anno 2016 da trasmettere al Sistema TS ai sensi del Decreto 31/7/2015, Decreto 2/8/2016 e Decreto 16/9/2016 in conformità con quanto previsto dal Provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 25 gennaio 2017, i termini di cui al medesimo decreto 31/7/2015 sono modificati come segue:

- a. l'assistito può esercitare l'opposizione di cui all'art. 3, comma 4, del decreto 31 luglio 2015 del Ministero dell'economia e delle finanze dal 10 febbraio 2017 al 9 marzo 2017;
- b. il termine, di cui al paragrafo 4.6 dell'allegato A del decreto 31/7/2015, entro il quale deve essere effettuata la trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie da parte delle strutture sanitarie e dei medici, è prorogato al 9 febbraio 2017. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Roma, 25 gennaio 2017 Il Ragioniere generale dello Stato: FRANCO

#### **MINISTERO DELLA SALUTE**

**DECRETO 7 dicembre 2016** - Conferma del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato Fondazione «Istituto Neurologico Nazionale Casimiro Mondino», in Pavia. (BUR n. 26 del 1.2.17)

#### **Art. 1.**

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato Fondazione «Istituto Neurologico Nazionale Casimiro Mondino» con sede legale in Pavia, via Mondino n. 2, per la disciplina di «Malattie del Sistema Nervoso Centrale (SNC) e del Sistema Nervoso Periferico (SNP)».

2. Il riconoscimento è soggetto a revisione, ai sensi dell'art. 15 del decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e successive modificazioni, all'esito dell'invio dei dati aggiornati circa il possesso dei requisiti e della documentazione necessaria ai fini della conferma. Roma, 7 dicembre 2016

Il Ministro: LORENZIN

**DECRETO 7 dicembre 2016 , n. 261** - Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera. (GU n. 31 del 7.2..17)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38, recante «Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro» e, in particolare, l'articolo 11, comma 4, il quale dispone che «(...) Al fine di dare piena attuazione al principio di mutua assistenza e cooperazione tra Stati in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera e alle disposizioni di cui agli articoli 4, 5 e 9, comma 6, lettera c) , del presente decreto, il Ministero della salute, in osservanza dell'articolo 15, comma 25 -bis , del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e attraverso la revisione del flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO), promuove un sistema di monitoraggio delle attività e delle reti assistenziali che permetta la rilevazione degli standard di qualità e di sicurezza della rete ospedaliera e dei volumi e degli esiti delle cure erogate dai prestatori di assistenza sanitaria, persone giuridiche e/o persone fisiche, affinché questi siano conformi agli standard e agli orientamenti di qualità e di sicurezza definiti dalla legislazione vigente e dalla normativa dell'Unione europea»;

Visto l'articolo 4, comma 4, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute», convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il quale dispone che «(...) ciascuna regione promuove, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni delle singole unità assistenziali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, in raccordo con il programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e con il coinvolgimento dei direttori di dipartimento»;

Vista la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»;

Visto l'articolo 15, comma 25 -bis , del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, alla cui osservanza l'articolo 11, comma 4, del decreto legislativo n. 38 del 2014 subordina l'adeguamento del contenuto informativo della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) oggetto del decreto in esame, che prevede che ai fini dell'attivazione dei programmi nazionali di valutazione sull'applicazione delle norme per l'equilibrio del settore sanitario e di governo della spesa farmaceutica, il Ministero della salute provveda alla modifica ed integrazione di tutti i sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato, ed alla interconnessione a livello nazionale di tutti i flussi informativi su base individuale;

Visto l'articolo 35 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 che prevede che il complesso delle informazioni e dei dati individuali ottenuti ai sensi del sopracitato articolo 15, comma 25 -bis , sia reso disponibile per le attività di valutazione esclusivamente in forma anonimizzata;

Visto il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni, e, in particolare gli articoli 20, 21, 22 e 26;

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

Visto il decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 17 gennaio 1992, n. 13, con il quale è stata istituita la scheda di dimissione ospedaliera, quale strumento ordinario per

la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati esistenti sul territorio nazionale;

Visto il decreto del Ministro della sanità 26 luglio 1993, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 3 agosto 1993, n. 180, concernente la «Disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati»;

Vista la circolare del Ministero della sanità n. 900.2/2.7/190 del 14 marzo 1996, in materia di «Registro operatorio» e la successiva nota integrativa del 18 febbraio 1997;

Visto il decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni, recante «Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati»;

Visto l'Accordo quadro sancito, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del 22 febbraio 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, tra il Ministro della sanità, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (rep. atti n. 1158 del 22 febbraio 2001);

Visto il decreto del Ministro della salute 14 giugno 2002, con cui è stata istituita la Cabina di Regia per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nazionale (NSIS);

Visto l'articolo 3, comma 5, dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (rep. atti n. 2271 del 23 marzo 2005), il quale dispone che la definizione ed il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di alimentazione del Nuovo sistema informativo sanitario sono affidati alla Cabina di regia e vengono recepiti dal Ministero della salute con propri decreti attuativi, compresi i flussi informativi

finalizzati alla verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei livelli essenziali di assistenza;

Visto l'Accordo, sancito, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del 29 aprile 2010 (rep. atti 64/CSR del 29 aprile 2010) dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente l'aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato- Regioni del 6 giugno 2002 rep. atti 1457;

Considerata l'esigenza che la raccolta delle informazioni avvenga in modo omogeneo ai fini della validità e comparabilità dei dati e degli indicatori, anche per una corretta applicazione del «Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria», di cui al decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 12 dicembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del 9 febbraio 2002, S.O. n. 34;

Considerato che la scheda di dimissione ospedaliera, integrata ed interconnessa con gli altri sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale (SSN) assume funzioni primarie come strumento per il monitoraggio e la valutazione del SSN, anche ai sensi dell'articolo 11, comma 4, del citato decreto legislativo n. 38 del 2014;

Visti i verbali delle sedute della Cabina di regia per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario del 21 maggio 2013, del 9 luglio 2013 e del 24 marzo 2015, in merito all'approvazione dell'aggiornamento della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con l'integrazione dei campi concernenti l'adeguamento del contenuto informativo della SDO alle esigenze di valutazione e monitoraggio della programmazione sanitaria e con l'individuazione della relativa tempistica;

Ritenuto, quindi, di dover aggiornare il contenuto informativo della scheda di dimissione ospedaliera, il relativo flusso e le relative regole di compilazione e codifica di cui al citato decreto del Ministro della sanità n. 380 del 2000, anche ai sensi dell'articolo 11, comma 4, del citato decreto legislativo n. 38 del 2014;

Acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, reso in data 26 marzo 2015 (registro dei provvedimenti n. 178) ai sensi dell'articolo 154, comma 4, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni;

Acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 20 gennaio 2016, rep. atti n. 9/CSR;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 24 marzo 2016;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 e successive modificazioni;

Acquisito il parere dell'Ufficio legislativo del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione in data 3 novembre 2016, prot. 384/16/UL/P;

Vista la comunicazione al Presidente del Consiglio dei ministri, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge n. 400 del 1988 e successive modificazioni, effettuata in data 14 luglio 2016, prot. n. 4579 e la nota del 9 novembre 2016, prot. n. 10724 con la quale il Dipartimento per gli affari giuridici e legislativi della Presidenza del Consiglio dei ministri ha preso atto della comunicazione effettuata;

ADOTTA

il seguente regolamento:

Art. 1.

*Modifiche al decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380*

1. All'articolo 1 del decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni, recante

«Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati», è premesso il seguente articolo:

«Art. 01 (*Finalità*) . — 1. Il presente decreto integra le informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e disciplina il relativo flusso informativo al fine di adeguare il contenuto informativo della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria, anche in considerazione degli orientamenti definiti dalla normativa dell'Unione europea.

2. Il presente decreto indica le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite; in particolare dispone anche che il trattamento dei dati acquisiti sia funzionale a:

a) supportare i processi di «programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria», (come individuato all'articolo 85, comma 1, lettera b) , del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196);

b) perseguire le finalità relative ai trattamenti effettuati per scopi statistici dai soggetti pubblici che fanno parte del SISTAN e ai trattamenti effettuati per scopi scientifici (articolo 98, comma 1, lettere b) e c) del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196);

c) consentire una rilevazione sistematica a scopi epidemiologici.».

Art. 2.

*Integrazione e aggiornamento delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera*

1. All'articolo 1 del decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni, il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. La scheda di dimissione ospedaliera si compone delle seguenti sezioni:

A. la sezione prima, che contiene le informazioni anagrafiche di seguito riportate:

- 1) codice istituto di cura;
- 2) numero progressivo della scheda SDO;
- 2 -bis ) numero progressivo scheda SDO della puerpera;
- 3) cognome e nome del paziente;
- 4) sesso;
- 5) data di nascita;
- 6) comune di nascita;
- 6 -bis ) livello di istruzione;
- 7) stato civile;
- 8) comune di residenza;
- 9) cittadinanza;
- 10) codice identificativo del paziente;
- 11) regione di residenza;
- 12) ASL di residenza;

B. la sezione seconda, che contiene le informazioni del seguente elenco, la cui numerazione riprende e prosegue la numerazione dell'elenco di cui alla precedente lettera A) :

- 1) codice istituto di cura;
- 2) numero progressivo della scheda SDO;
- 13) regime di ricovero;
- 13 -bis ) data di prenotazione;
- 13 -ter ) classe di priorità;
- 14) data di ricovero;
- 14 -bis ) ora di ricovero;
- 15) unità operativa di ammissione;
- 16) onere della degenza;
- 17) provenienza del paziente;
- 18) tipo di ricovero;
- 19) traumatismi o intossicazioni;
- 19 -bis ) codice causa esterna;
- 20) trasferimenti interni;
- 20 -bis ) trasferimenti esterni;
- 20 -ter ) unità operativa trasferimento esterno;
- 21) unità operativa di dimissione;
- 22) data di dimissione o morte;
- 22 -bis ) ora di dimissione o morte;
- 23) modalità di dimissione;
- 24) riscontro autoptico;
- 25) motivo del ricovero in regime diurno;
- 26) numero di giornate di presenza in ricovero diurno;
- 27) peso alla nascita;
- 28) diagnosi principale di dimissione;
- 28 -bis ) diagnosi principale di dimissione presente al ricovero;
- 29) diagnosi secondarie di dimissione;
- 29 -bis ) diagnosi secondarie presenti al ricovero;
- 30) intervento principale;
- 30 -bis ) intervento principale esterno;
- 30 -ter ) data intervento principale;
- 30 -quater ) ora inizio intervento principale;
- 30 -quinquies ) identifi cativo chirurgo intervento principale;
- 30 -sexies ) identifi cativo anestesista intervento principale;
- 30 -septies ) check list sala operatoria intervento principale;
- 31) interventi secondari;
- 31 -bis ) interventi secondari esterni;
- 32) data intervento secondario;
- 33) ora inizio intervento secondario;
- 34) identifi cativo chirurgo intervento secondario;
- 35) identifi cativo anestesista intervento secondario;
- 36) check list sala operatoria intervento secondario;
- 37) rilevazione del dolore;
- 38) stadiazione condensata;
- 39) pressione arteriosa sistolica;
- 40) creatinina serica;
- 41) frazione eiezione.».

Art. 3.

*Responsabilità e modalità di compilazione e conservazione della scheda di dimissione ospedaliera*

1. Il comma 2 dell'articolo 2 del decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

«2. Fermo restando che, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991, la scheda di dimissione ospedaliera costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale, comprensive dell'obbligo di conservazione della documentazione cartacea o di suo equivalente documento digitale, e che tutte le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera devono trovare valida e completa documentazione analitica nelle corrispondenti cartelle cliniche, la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato, costituente parte integrante del presente decreto.».

Art. 4.

*Oneri informativi delle regioni e delle province autonome*

1. All'articolo 3 del decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 1 la parola «trimestrale» è sostituita con «mensile»;

b) il comma 3 è sostituito dal seguente:

«3. Le regioni e le province autonome inviano al Ministero della salute, fra quelle riportate all'articolo 1, comma 1, le sottoelencate informazioni, che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale. La trasmissione dei dati è effettuata esclusivamente in modalità elettronica, nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario, attenendosi alle indicazioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al presente decreto e secondo le specifiche funzionali pubblicate sul sito internet del Ministero della salute ([www.nsis.ministerosalute.it](http://www.nsis.ministerosalute.it)):

- 1) codice istituto di cura;
- 2) numero progressivo della scheda SDO;
- 2 -bis ) numero progressivo scheda SDO della puerpera;
- 4) sesso;
- 5) data di nascita;
- 6) comune di nascita;
- 6 -bis ) livello di istruzione;
- 7) stato civile;
- 8) comune di residenza;
- 9) cittadinanza;
- 10) codice identificativo del paziente;
- 11) regione di residenza;
- 12) ASL di residenza;
- 13) regime di ricovero;
- 13 -bis ) data di prenotazione;
- 13 -ter ) classe di priorità;
- 14) data di ricovero;
- 14 -bis ) ora di ricovero;
- 15) unità operativa di ammissione;
- 16) onere della degenza;
- 17) provenienza del paziente;
- 18) tipo di ricovero;
- 19) traumatismi o intossicazioni;
- 19 -bis ) codice causa esterna;
- 20) trasferimenti interni;
- 20 -bis ) trasferimenti esterni;
- 20 -ter ) unità operativa trasferimento esterno;
- 21) unità operativa di dimissione;
- 22) data di dimissione o morte;
- 22 -bis ) ora di dimissione o morte;
- 23) modalità di dimissione;

- 24) riscontro autoptico;
- 25) motivo del ricovero in regime diurno;
- 26) numero di giornate di presenza in ricovero diurno;
- 27) peso alla nascita;
- 28) diagnosi principale di dimissione;
- 28 -bis ) diagnosi principale di dimissione presente al ricovero;
- 29) diagnosi secondarie di dimissione;
- 29 -bis ) diagnosi secondarie presenti al ricovero;
- 30) intervento principale;
- 30 -bis ) intervento principale esterno;
- 30 -ter ) data intervento principale;
- 30 -quater ) ora inizio intervento principale;
- 30 -quinquies ) identifi cativo chirurgo intervento principale;
- 30 -sexies ) identifi cativo anestesista intervento principale;
- 30 -septies ) check list sala operatoria intervento principale;
- 31) interventi secondari;
- 31 -bis ) interventi secondari esterni;
- 32) data intervento secondario;
- 33) ora inizio intervento secondario;
- 34) identificativo chirurgo intervento secondario;
- 35) identificativo anestesista intervento secondario;
- 36) check list sala operatoria intervento secondario;
- 37) rilevazione del dolore;
- 38) stadiazione condensata;
- 39) pressione arteriosa sistolica;
- 40) creatinina serica;
- 41) frazione eiezione.».

c) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano inviano le schede di dimissione ospedaliera contenenti le sole informazioni di cui al comma 3, esclusivamente in modalità elettronica, in due tracciati distinti, di seguito indicati: Tracciato A - che contiene le informazioni di carattere anagrafi co; Tracciato B - che contiene le informazioni relative al ricovero. I dati anagrafi ci e sanitari sono, quindi, archiviati separatamente e i dati sanitari sono trattati con tecniche crittografi che, come specificato nel disciplinare tecnico riportato nell'allegato A, facente parte integrante del presente decreto; l'invio avviene mensilmente, entro i termini riportati nella seguente tabella:

Mese Scadenza invio

Gennaio 15 marzo anno in corso

Febbraio 15 aprile anno in corso

Marzo 15 maggio anno in corso

Aprile 15 giugno anno in corso

Maggio 15 luglio anno in corso

Giugno 15 agosto anno in corso

Luglio 15 settembre anno in corso

Agosto 15 ottobre anno in corso

Settembre 15 novembre anno in corso

Ottobre 15 dicembre anno in corso

Novembre 15 gennaio anno seguente

Dicembre 15 febbraio anno seguente

Entro il 31 marzo dell'anno seguente quello della rilevazione le regioni possono trasmettere eventuali integrazioni.»;

d) il comma 4 -bis è abrogato.

Art. 5.

*Utilizzo delle informazioni sui prestatori di assistenza sanitaria*

1. Le informazioni di cui all'articolo 3, comma 3, numeri 30 *-quinqüies* ), 30 *-sexies* ), 34) e 35) del decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, come modificato dal presente decreto, sono raccolte ed elaborate per le esigenze della programmazione sanitaria, in particolare il monitoraggio e valutazione degli interventi sanitari, compresi i loro esiti, la definizione degli standard di qualità, l'efficacia e l'efficienza, il monitoraggio del rischio clinico per garantire la sicurezza del paziente, nonché per ottemperare alle previsioni di cui al decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38.

2. Le regioni trasmettono al Ministero della salute le informazioni di cui al comma 1, sostituendo al codice identificato un codice univoco a livello nazionale non reversibile ottenuto applicando la procedura descritta nel disciplinare tecnico allegato al presente decreto.

Art. 6.

#### *Interconnessione e codice cifrato*

1. In osservanza di quanto previsto dall'articolo 11, comma 4, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38, al flusso informativo relativo alla scheda di dimissione ospedaliera si applicano le procedure per l'interconnessione dei sistemi informativi nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario individuate ai sensi dell'articolo 15, comma 25 *-bis* del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

2. Nelle more dell'applicazione delle procedure di cui al comma 1, le regioni trasmettono al Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, il tracciato anagrafici co di cui al disciplinare tecnico allegato al presente decreto (tracciato A) sostituendo al codice identificato del paziente un codice cifrato ottenuto applicando al medesimo codice identificativo un algoritmo asimmetrico, a chiave pubblica nota, definito dalla direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della salute.

Art. 7.

#### *Disciplinare tecnico*

1. Il disciplinare tecnico allegato al decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni è sostituito dal disciplinare tecnico riportato nell'allegato A, parte integrante del presente decreto.

Art. 8.

#### *Documentazione complementare*

1. Il Ministero della salute - Direzione generale della programmazione sanitaria, in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e le regioni, previa approvazione da parte della Cabina di regia per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, adotta apposite linee guida recanti istruzioni per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Art. 9.

#### *Tempi di applicazione*

1. Le informazioni di cui all'articolo 3, comma 3, numeri 2 *-bis* ), 14 *-bis* ), 15), 20), 20 *-bis* ), 20 *-ter* ), 22 *-bis* ), 28 *-bis* ), 29 *-bis* ), 30 *-bis* ), 30 *-quater* ), 30 *-quinqüies* ), 30 *-sexies* ), 30 *-septies* ), 31 *-bis* ), 32), 33), 34), 35), 36), 37), 38), 39), 40), 41) del decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, come modifi cato dal presente decreto, sono trasmesse dalle regioni al Ministero della salute a decorrere dal 1° gennaio 2017, che provvede alle necessarie verifiche sulla completezza e qualità delle informazioni trasmesse.

2. Dal 1° gennaio 2018 il conferimento dei dati riportati al comma 1 nelle modalità e nei contenuti del presente decreto, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 23 marzo 2005.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 7 dicembre 2016

*Il Ministro:* LORENZIN

*Visto, il Guardasigilli:* ORLANDO

*Registrato alla Corte dei conti il 27 gennaio 2017*

*Ufficio controllo atti MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro e*

*politiche sociali, reg.ne prev. n. 78*

ALLEGATO A

**NB**

**Si fa rinvio alla lettura integrale del testo**

**DECRETO 7 dicembre 2016 , n. 262** - Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato. GU n. 32 dell'8.2.17)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, recante «Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini» ed in particolare l'articolo 15, comma 25 *-bis*, il quale prevede che:

ai fini della attivazione dei programmi nazionali di valutazione sull'applicazione delle norme di cui al presente articolo, il Ministero della salute provvede alla modifica ed integrazione di tutti i sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato, ed alla interconnessione a livello nazionale di tutti i flussi informativi su base individuale;

il complesso delle informazioni e dei dati individuali così ottenuti è reso disponibile per le attività di valutazione esclusivamente in forma anonima ai sensi dell'articolo 35 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;

il Ministero della salute si avvale dell'AGENAS per lo svolgimento delle funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. A tal fine l'AGENAS accede, in tutte le fasi della loro gestione, ai sistemi informativi interconnessi del Servizio sanitario nazionale di cui al presente comma in modalità anonima;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

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, degli enti locali e dei loro organismi», ed in particolare l'articolo 35 il quale prevede che:

con decreto del Ministro della salute, al fine di migliorare i sistemi informativi e statistici della sanità e per il loro migliore utilizzo in termini di monitoraggio dell'organizzazione dei livelli di assistenza, vengono stabilite le procedure di anonimizzazione dei dati individuali presenti nei flussi informativi, già oggi acquisiti in modo univoco sulla base del codice fiscale dell'assistito, con la trasformazione del codice fiscale, ai fini di ricerca per scopi di statistica sanitaria, in codice anonimo, mediante apposito algoritmo biunivoco, in modo da tutelare l'identità dell'assistito nel procedimento di elaborazione dei dati;

i dati così anonimizzati sono utilizzati per migliorare il monitoraggio e la valutazione della qualità e dell'efficacia dei percorsi di cura, con un pieno utilizzo degli archivi informatici dell'assistenza ospedaliera, specialistica, farmaceutica;

Visto il decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese», e successive modificazioni, e in particolare l'articolo 12, il quale prevede che, fermo restando quanto previsto dall'articolo 15, comma 25 *-bis*, di cui al decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il fascicolo sanitario elettronico, i sistemi di sorveglianza e i registri sono istituiti anche ai fini di studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico, nonché di programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, recante «Istituzione del servizio sanitario nazionale»;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»;

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, recante «Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59», e successive modificazioni, e in particolare l'articolo 47 *-ter*, comma 1, lettera b *-bis*) il quale prevede che il Ministero della salute svolga, tra le funzioni di spettanza statale, il monitoraggio della qualità delle attività sanitarie regionali con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni erogate;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 8 febbraio 2002, n. 33, recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza»;

Visto il decreto legislativo del 18 febbraio 2000, n. 56, recante «Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge del 13 maggio 1999, n. 133», ed in particolare l'articolo 9 concernente le procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria;

Vista la legge 23 dicembre 2000, n. 388, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)», ed in particolare

l'articolo 87, come modificato dall'articolo 2 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, il quale prevede che al fine di migliorare a livello nazionale e a livello regionale il monitoraggio della spesa sanitaria nelle sue componenti farmaceutica, diagnostica e specialistica, è introdotta la gestione informatizzata delle prescrizioni relative alle prestazioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche e ospedaliere, erogate da soggetti pubblici e privati accreditati, nell'ambito del nuovo sistema informativo nazionale del Ministero della salute;

Visto l'accordo-quadro tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome, sancito dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 22 febbraio 2001 (Rep. atti n. 1158) relativo al piano di azione coordinato per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale, che, all'articolo 6, stabilisce che le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo delle fasi di attuazione del Nuovo sistema informativo sanitario, debbano essere esercitate congiuntamente attraverso un organismo denominato Cabina di regia;

Visto il decreto del Ministro della salute del 14 giugno 2002, con il quale è stata istituita la Cabina di regia per lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario nazionale;

Visto l'articolo 50, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, ed in particolare:

il comma 9, ai sensi del quale si demanda al Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, ai fini dell'allineamento dell'archivio dei codici fiscali con quello degli assistiti, e per disporre le codifiche relative al prontuario farmaceutico nazionale e al nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di stabilire i dati che le regioni, nonché i Ministeri e gli altri enti pubblici di rilevanza nazionale che li detengono, trasmettono al Ministero dell'economia e delle finanze, con modalità telematica;

il comma 10, il quale dispone, tra l'altro, che con protocollo approvato dal Ministero dell'economia e delle finanze, dal Ministero della salute d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, sono stabiliti i dati contenuti negli archivi di cui al comma 9 che possono essere trasmessi al Ministero della salute e alle regioni, nonché le modalità di tale trasmissione;

Vista l'intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. atti n. 2271), in attuazione dell'articolo 1, commi 173 e 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, la quale dispone all'articolo 3 che:

per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio sanitario nazionale, come indicato al comma 1, ci si avvale del Nuovo sistema informativo sanitario, istituito presso il Ministero della salute;

il Nuovo sistema informativo sanitario, come indicato al comma 2, ricomprende i dati dei sistemi di monitoraggio delle prescrizioni previsti dall'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e successive modificazioni, e dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326;

per le finalità dei livelli nazionale e regionale del Nuovo sistema informativo sanitario, come indicato al comma 3, va previsto il trattamento di dati individuali, in grado di associare il codice fiscale del cittadino alle prestazioni sanitarie erogate, ai soggetti prescrittori e alle strutture erogatrici;

la definizione ed il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di alimentazione del Nuovo sistema informativo sanitario, come indicato al comma 5, sono affidati alla Cabina di regia e vengono recepiti dal Ministero della salute con propri decreti attuativi, compresi i flussi informativi finalizzati alla verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei

Livelli essenziali di assistenza;

il conferimento dei dati al Sistema informativo sanitario, come indicato al comma 6, è ricompreso tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Vista l'intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 3 dicembre 2009 (Rep. Atti n. 243) sul Nuovo patto per la salute 2010-2012 che:

all'articolo 4, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale, stabilisce che costituiscono adempimento regionale gli adempimenti derivanti dalla legislazione vigente e quelli derivanti dagli accordi e dalle intese intervenute tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano;

all'articolo 17 sul Nuovo sistema informativo sanitario dispone una proroga dei compiti e della composizione della Cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario fino alla stipula del nuovo accordo di riadeguamento della composizione e delle modalità di funzionamento della stessa;

Considerato che il Nuovo sistema informativo sanitario ha la finalità di supportare il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, attraverso gli obiettivi strategici approvati dalla Cabina di regia nella seduta dell'11 settembre 2002;

Considerato che, tra gli obiettivi strategici del Nuovo sistema informativo sanitario una delle componenti fondamentali è rappresentata dal «Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali»;

Visto il decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, recante «Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati», e successive modificazioni;

Visto il decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001, n. 349, recante: «Regolamento recante "Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni"»;

Visto il decreto del Ministro della salute 31 luglio 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 2 ottobre 2007, n. 229, recante «Istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto», e successive modificazioni;

Visto il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 9 gennaio 2009, n. 6, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare», e successive modificazioni;

Visto il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 13 gennaio 2009, n. 9, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza», e successive modificazioni;

Visto il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 17 dicembre 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 9 gennaio 2009, n. 6, recante «Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali», e successive modificazioni;

Visto il decreto del Ministro della salute 11 giugno 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 12 luglio 2010, n. 160, recante «Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze»;

Visto il decreto del Ministro della salute 15 ottobre 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 29 ottobre 2010, n. 254, recante «Istituzione del sistema informativo salute mentale»;

Visto il decreto del Ministro della salute 6 giugno 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 20 giugno 2012, n. 142, recante «Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice»;

Visto il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, recante «Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario», ed in particolare:

l'articolo 27 comma 2, il quale prevede che per la determinazione dei costi per i fabbisogni standard regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute;

l'articolo 30, comma 2, il quale prevede che il Ministero della salute implementi un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza in tutte le regioni ed effettui un monitoraggio costante dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi;

Visto il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni, recante il «Codice in materia di protezione dei dati personali», e successive modificazioni, ed in particolare l'articolo 85, comma 1, lettera *b*) , concernente i trattamenti di dati personali in ambito sanitario, e l'articolo 98, comma 1, lettera *b*) , relativo ai trattamenti per scopi statistici;

Visto il decreto del Ministro della salute 12 dicembre 2007, n. 277, recante: «Regolamento di attuazione dell'articolo 20, commi 2 e 3, dell'articolo 21 e dell'articolo 181, comma 1, lettera *a*) , del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante: “Codice in materia di protezione dei dati personali”», con il quale si individuano i trattamenti dei dati sensibili e giudiziari effettuati dal Ministero della salute;

Visto, in particolare, l'allegato C-01 del citato decreto del Ministro della salute n. 277 del 2007 che prevede il trattamento di dati sensibili per finalità di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, ai sensi dell'articolo 85, comma 1, lettera *b*) , del citato Codice in materia di protezione dei dati personali, senza elementi identificativi diretti;

Visti i regolamenti per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari adottati dalle regioni e province autonome in conformità allo schema tipo di regolamento volto a disciplinare i trattamenti dei dati sensibili e giudiziari effettuati presso le regioni e le province autonome, le aziende sanitarie, gli enti e agenzie regionali/provinciali, gli enti vigilati dalle regioni e dalle province autonome, ai sensi degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni, approvato dal Garante per la protezione dei dati personali in data 26 luglio 2012;

Rilevato, in particolare, che il suddetto schema tipo di regolamento prevede:

nella scheda 12 dell'allegato A, che i dati provenienti dalle aziende sanitarie locali siano privati degli elementi identificativi diretti subito dopo la loro acquisizione da parte della regione;

che, ai fini della verifica della non duplicazione delle informazioni e della eventuale interconnessione con altre banche dati sanitarie della regione, la specifica struttura tecnica individuata dalla Regione, alla quale viene esplicitamente affidata la funzione infrastrutturale, provvede ad assegnare ad ogni soggetto un codice univoco che non consente la identificazione dell'interessato durante il trattamento dei dati; che, qualora le regioni e le province autonome non dispongano di sistemi di codifica, coerenti con quanto stabilito nello schema tipo di Regolamento, i dati saranno inviati in forma anonima;

Visto il decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, recante «Norme sul sistema statistico nazionale e sulla riorganizzazione dell'Istituto nazionale di statistica, ai sensi dell'articolo 24 della legge 23 agosto 1988, n. 400», e successive modificazioni;

Visto il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante il «Codice dell'amministrazione digitale» e successive modificazioni;

Ritenuto di dover definire, in attuazione del citato articolo 15, comma 25 -*bis* , del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e del citato articolo 35 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, le procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche

quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato, per le finalità indicate nelle disposizioni testé citate; Sentita la Cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario in data 24 marzo 2015;

Acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, reso in data 19 marzo 2015 ai sensi dell'articolo 154, comma 4, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni;

Acquisito il parere favorevole della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del 20 gennaio 2016 (Rep. atti n. 8/CSR);

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 10 marzo 2016;

Vista la comunicazione al Presidente del Consiglio dei ministri a norma dell'articolo 17, comma 3, della citata legge n. 400 del 1988, così come attestata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per gli affari giuridici e legislativi con nota prot. n. 8399 del 12 agosto

A D O T T A

il seguente regolamento:

Art. 1.

*Definizioni*

1. Ai fini del presente decreto si intende per:

- a) NSIS: il Nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute, gestito dalla Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica;
- b) livello nazionale: il Ministero della salute;
- c) fornitori dei dati per il livello nazionale: le regioni e le province autonome, e il Ministero dell'economia e delle finanze;
- d) codice identificativo: codice che identifica l'assistito nei rapporti con il Servizio sanitario nazionale, ovvero il codice fi scale, il codice Straniero temporaneamente presente (STP), il codice Europeo non iscritto (ENI) o il numero di identificazione personale della Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM);
- e) codice univoco: codice assegnato, attraverso una procedura automatica, ad ogni assistito a partire dal codice identificativo, tale da non consentire la identificazione diretta dell'interessato durante il trattamento dei dati personali;
- f) SPC: il sistema pubblico di connettività di cui agli articoli 73 e seguenti del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni;
- g) regole tecniche SPC: le disposizioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 21 giugno 2008, n. 144, recante regole tecniche e di sicurezza per il funzionamento del sistema pubblico di connettività previste dall'articolo 71, comma 1 -bis, del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, nonché le modalità definite nei documenti tecnico-operativi pubblicati dall'Agenzia per l'Italia Digitale a decorrere dal 14 ottobre 2005 e successivi aggiornamenti;
- h) cooperazione applicativa: l'interazione tra i sistemi informatici delle pubbliche amministrazioni disciplinata dalle regole tecniche SPC di cui alla lettera f), che avviene tramite le porte di dominio;
- i) accordo di servizio: atto tecnico che ha lo scopo di definire le prestazioni del servizio e le modalità di erogazione/ fruizione, ovvero le funzionalità del servizio, le interfacce di scambio dei messaggi tra erogatore e fruitore, i requisiti di qualità del servizio dell'erogazione/fruizione, e i requisiti di sicurezza dell'erogazione/fruizione.
- È redatto dall'erogatore in collaborazione con i fruitori secondo le regole tecniche di cui alla lettera f) e viene reso pubblico dall'erogatore attraverso le infrastrutture condivise dal SPC (registro SICA). L'erogatore è inoltre responsabile della gestione del ciclo di vita dei propri accordi di servizio e dell'erogazione del servizio in conformità con gli accordi;
- l) credenziali di autenticazione: i dati e i dispositivi in possesso di una persona, da questa conosciuti o ad essa univocamente correlati, utilizzati per l'autenticazione informatica;
- m) porta di dominio: componente architetturale del SPC attraverso il quale si accede al dominio applicativo dell'Amministrazione per l'utilizzo dei servizi applicativi;
- n) profilo di autorizzazione: l'insieme delle informazioni, univocamente associate a una persona, che consente di individuare a quali dati essa può accedere, nonché i trattamenti ad essa consentiti;
- o) registrazione delle operazioni di trattamento: registrazione in appositi file, detti «file di log», delle operazioni di trattamento con identificazione dell'utente incaricato che le effettua;
- p) Tessera Sanitaria: il sistema informativo del Ministero dell'economia e delle finanze, istituito ai sensi delle disposizioni dell'articolo 50, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326;
- q) CAD: il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni, recante «Codice dell'amministrazione digitale»;
- r) FSE: il fascicolo sanitario elettronico, di cui all'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, e successive modificazioni;
- s) AGENAS: l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;
- t) CUNI: il codice univoco non invertibile;
- u) CUNA: il codice univoco nazionale dell'assistito;
- v) SDO: le schede di dimissione ospedaliera di cui al decreto del Ministro della sanità del 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni.

## Art. 2.

### *Finalità e ambito di applicazione*

1. Il presente decreto ha lo scopo di definire le procedure per l'interconnessione a livello nazionale, nell'ambito del NSIS, dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche

quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato, per le seguenti finalità di rilevante interesse pubblico, ai sensi degli articoli 85, comma 1, lettera b) e 98, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni:

a) lo svolgimento delle funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 15, comma 25 -bis, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

b) il monitoraggio dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, attraverso le analisi aggregate utili per il calcolo di indicatori, anche ai fini della verifica di cui all'articolo 3 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 23 marzo 2005, nonché per migliorare il monitoraggio, e la valutazione della qualità e dell'efficacia dei percorsi di cura, ai sensi dell'articolo 35 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;

c) le finalità statistiche perseguite dai soggetti pubblici che fanno parte del Sistema statistico nazionale (SISTAN) ai sensi del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e successive modificazioni.

2. I sistemi informativi su base individuale cui si applica la procedura di interconnessione, di cui all'articolo 3, per le finalità di cui al comma 1, sono:

a) i sistemi informativi del Ministero della salute previsti nell'ambito del NSIS ai fini del monitoraggio dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001;

b) il sistema informativo Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze, relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica convenzionata;

c) i sistemi informativi sanitari delle regioni e delle province autonome, limitatamente ai soli dati individuati dai decreti istitutivi dei sistemi informativi NSIS.

Art. 3.

#### *Procedure per il trattamento e l'interconnessione*

1. I fornitori dei dati per il livello nazionale, prima di inviare al Ministero della salute, nell'ambito del NSIS, i dati relativi ai flussi informativi previsti dal presente regolamento, effettuano:

a) la verifica della validità del codice identificativo, attraverso il servizio fornito dall'Anagrafe nazionale degli assistiti, istituita ai sensi dell'articolo 62 -ter del CAD;

b) l'assegnazione di un codice univoco non invertibile (CUNI) che sostituisce il codice identificativo, tramite un sistema di codifica univoco a livello nazionale, definito dal Ministero della salute, che non consente alcuna correlazione immediata con i dati anagrafici del soggetto e consiste in una sequenza di caratteri alfanumerici casuali di lunghezza fissa ottenuti attraverso una procedura di cifratura (algoritmi biunivoca non invertibile del codice identificativo, secondo le modalità indicate nel disciplinare tecnico allegato al presente decreto.

2. I dati di cui al comma 1, così privati del codice identificativo, unitamente ai correlati dati sanitari, vengono inviati ai sensi delle disposizioni vigenti al NSIS e con le specificazioni indicate nel disciplinare tecnico allegato al presente decreto, in forma individuale, ma priva di ogni riferimento che ne permetta il collegamento diretto con gli interessati e comunque con modalità che, pur consentendo il collegamento nel tempo delle informazioni riferite ai medesimi individui, rendono questi ultimi non identificabili.

3. Il Ministero della salute, per il perseguimento delle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, sostituisce il codice univoco non invertibile di cui al comma 1, lettera b) con il codice univoco nazionale dell'assistito (CUNA), come dettagliato nel disciplinare tecnico allegato al presente decreto. Tale codice permette l'interconnessione a livello nazionale, nell'ambito del NSIS, di tutti i sistemi informativi su base individuale oggetto del presente decreto.

4. L'Anagrafe nazionale degli assistiti, istituita ai sensi dell'articolo 62 -ter del CAD, fornisce al Ministero della salute il servizio di verifica della validità del codice identificativo e di aggiornamento dei dati.

Art. 4.

#### *Accesso ai dati*

1. Al fine di consentire il perseguimento delle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettere a) e b), il NSIS è predisposto per permettere:

a) alle competenti unità organizzative delle regioni e province autonome, come individuate da provvedimenti regionali e provinciali, di consultare le informazioni rese disponibili in forma aggregata o

anonima; i dati relativi ad assistiti di altre regioni o province autonome possono essere utilizzati solo per effettuare analisi comparative;

b) alle competenti unità organizzative del Ministero della salute, come individuate dal decreto ministeriale di organizzazione, di consultare le informazioni rese disponibili in forma aggregata o anonima.

2. Nel perseguimento delle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a) , il NSIS consente, per comprovate e documentate esigenze di validazione delle misure di esito:

a) alle competenti unità organizzative delle regioni e province autonome di consultare le informazioni riferite anche ai singoli assistiti, con esclusione dei relativi dati anagrafici e del codice univoco;

b) alle competenti unità organizzative del Ministero della salute, anche con l'ausilio tecnico-operativo dell'AGENAS, di consultare le informazioni riferite anche ai singoli assistiti, con esclusione dei relativi dati anagrafici e del codice univoco.

3. Solo qualora risulti indispensabile per corrispondere a comprovate e documentate esigenze strettamente connesse alle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, il Ministero della salute effettua operazioni di selezione, estrazione ed elaborazione dei soli dati sanitari indispensabili a tali fini, contenuti nei diversi sistemi informativi del NSIS oggetto di interconnessione e riferiti ad individui presenti in specifici elenchi o coorti, i cui dati identificativi sono acquisiti nel rispetto degli articoli 20 e 22 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni, secondo le modalità di cui al paragrafo 5.4 del disciplinare tecnico.

4. Al fine di consentire il perseguimento delle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c) , il NSIS è predisposto per permettere all'Ufficio di statistica del Ministro della salute di consultare le informazioni riferite anche ai singoli assistiti, nel rispetto della disciplina di settore e dell'allegato A3 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni.

Art. 5.

#### *Trattamento dei dati nel NSIS*

1. Il Ministero della salute è titolare del trattamento dei dati conferiti al NSIS, attraverso i sistemi informativi di cui all'articolo 2, comma 2, secondo quanto previsto dall'articolo 28 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni.

2. Il Ministero della salute per le finalità di cui all'articolo 2, comma 1, utilizza il codice univoco nazionale dell'assistito esclusivamente per collegare le informazioni sanitarie riferite al medesimo assistito secondo le modalità previste dall'articolo 4.

3. Nel perseguimento delle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, qualora sia indispensabile consultare le informazioni riferite ai singoli assistiti nei limiti indicati all'articolo 4, commi 2 e 3 e 4, il trattamento dei dati avviene nel rispetto delle specifiche misure di sicurezza di cui all'articolo 6, commi 4 e 6.

4. Per il perseguimento delle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b) , le modalità e logiche di organizzazione ed elaborazione delle informazioni contenute nei sistemi informativi su base individuale cui si applica il presente decreto sono dirette esclusivamente a fornire una rappresentazione aggregata dei dati. L'accesso degli incaricati del trattamento ai dati avviene attraverso chiavi di ricerca che non consentono, anche mediante operazioni di interconnessione e raffronto, la consultazione, la selezione o l'estrazione di informazioni riferite a singoli individui o di elenchi di codici identificativi. Le funzioni applicative non consentono la consultazione e l'analisi di informazioni che rendano identificabile l'interessato, ai sensi del codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del sistema statistico nazionale di cui all'allegato A3 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

5. I dati dei sistemi informativi su base individuale cui si applica il presente decreto sono archiviati previa separazione dei dati sanitari dagli altri dati e i dati sanitari sono trattati con tecniche crittografiche.

Art. 6.

#### *Misure di sicurezza del NSIS*

1. Le operazioni sui dati personali, necessarie per l'adempimento alle disposizioni di cui al presente decreto, sono effettuate mediante strumenti elettronici con modalità e soluzioni necessarie per assicurare confidenzialità, integrità e disponibilità dei dati, adottate in coerenza con le misure di sicurezza espressamente previste nel decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni, e nel relativo disciplinare tecnico (Allegato B) .

2. La riservatezza dei dati trattati nell'ambito del NSIS, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni, e, in particolare, dell'articolo 34, comma 1, lettera *h*), è garantita dalle procedure di sicurezza relative al software e ai servizi telematici, in conformità alle regole tecniche di cui all'articolo 71, comma 1, del CAD. Tutte le operazioni effettuate dagli utenti incaricati sono registrate in appositi file di log ai fini della verifica della liceità e correttezza del trattamento dei dati.

3. I file di log sono protetti con idonee misure contro ogni uso improprio o non conforme alle finalità per cui sono registrati e sono trattati in forma anonima mediante opportuna aggregazione, salvo il caso in cui risulti indispensabile verificare la liceità e correttezza di singole operazioni di trattamento. I file di log sono conservati per 12 mesi e cancellati alla scadenza.

4. Per il perseguimento delle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, qualora sia indispensabile consultare le informazioni riferite ai singoli assistiti nei limiti indicati all'articolo 4, commi 2, 3 e 4, il processo di autenticazione degli utenti avviene attraverso strumenti di autenticazione forte, in conformità all'articolo 64 del CAD e all'articolo 34 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni. Il medesimo processo di autenticazione forte è previsto per i soggetti cui sono attribuite funzioni di amministratore di sistema o assimilabili.

L'accesso è garantito tramite l'utilizzo di un protocollo sicuro.

5. Il titolare del trattamento di cui all'articolo 5, comma 1, individua il responsabile preposto alla definizione di:

*a)* profili di autorizzazione, in relazione al ruolo istituzionale, alle funzioni svolte e all'ambito territoriale delle azioni di competenza;

*b)* procedure di designazione degli amministratori di sistema e degli utenti e dei rispettivi privilegi;

*c)* modalità di conferimento, sospensione e revoca dei profili di accesso.

6. Le specifiche misure di sicurezza adottate per gli accessi al sistema sono descritte nel disciplinare tecnico allegato al presente decreto.

Art. 7.

#### *Fascicolo sanitario elettronico*

1. La procedura di interconnessione di cui al presente decreto si applicano ai dati del fascicolo sanitario elettronico (FSE), per le finalità di cui all'articolo 12, comma 2, lettera *c*) del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.

Art. 8.

#### *Prima attuazione delle procedure per l'interconnessione*

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3, comma 1.

2. Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento, la Cabina di regia del NSIS individua, previa consultazione del Garante per la protezione dei dati personali, un cronoprogramma che, tenuto conto della disponibilità, da parte delle regioni e province autonome, dei servizi a supporto dell'interoperabilità delle schede di dimissione ospedaliera di cui al decreto del Ministro della sanità del 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni, preveda la graduale applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 1, al flusso delle schede di dimissione ospedaliera.

3. Nelle more dell'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 1, al flusso delle schede di dimissione ospedaliera si applicano le procedure indicate al paragrafo 5.2 del disciplinare tecnico allegato al presente decreto.

4. Il sistema Tessera Sanitaria, nelle more dell'attivazione dell'Anagrafe nazionale degli assistiti, istituita ai sensi dell'articolo 62 *-ter* del CAD, rende disponibili:

*a)* ai fornitori dei dati per il livello nazionale un servizio di verifica della validità del codice identificativo, le cui modalità sono indicate nel disciplinare tecnico allegato al presente decreto;

*b)* al Ministero della salute un servizio di verifica della validità del codice identificativo e di aggiornamento dei dati, le cui modalità sono indicate nel disciplinare tecnico allegato al presente decreto.

Art. 9.

#### *Disposizioni transitorie*

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto il Ministero della salute adegua la propria infrastruttura tecnologica al fine di interconnettere i seguenti sistemi informativi:

*a)* sistema informativo Schede di dimissione ospedaliera;

- b) sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza-Pronto soccorso, limitatamente agli accessi che esitano in ricovero ospedaliero;
- c) sistema informativo tessera sanitaria, relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica convenzionata, del sistema tessera sanitaria.

1. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto il Ministero della salute adegua la propria infrastruttura tecnologica al fine di interconnettere i seguenti sistemi informativi:

- a) sistema informativo certificato di assistenza al parto;
- b) sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza - Pronto soccorso, relativamente agli accessi che non esitano in ricovero ospedaliero;
- c) sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza – Sistema 118;
- d) sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare;
- e) sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali;
- f) sistema informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto;
- g) sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice.

2. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto il Ministero della salute adegua la propria infrastruttura tecnologica al fine di interconnettere i seguenti sistemi informativi:

- a) sistema informativo salute mentale;
- b) sistema informativo nazionale dipendenze.

3. Le ulteriori disposizioni relative ai sistemi informativi di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) , da interconnettere, sono adottate con successivi decreti.

Art. 10.

*Entrata in vigore*

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

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 7 dicembre 2016

*Il Ministro:* LORENZIN

*Visto, il Guardasigilli:* ORLANDO

*Registrato alla Corte dei conti il 31 gennaio 2017*

*Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro, foglio n. 83*

ALLEGATO

DISCIPLINARE TECNICO

**NB**

**Si fa rinvio alla lettura integrale del testo**

## TUTELA DEI DIRITTI

### **LEGGE 25 gennaio 2017 , n. 9**

Istituzione della giornata nazionale delle vittime civili delle guerre e dei conflitti nel mondo. (GU n. 36 del 13.2.17)

Art. 1.

1. La Repubblica riconosce il giorno 1° febbraio di ciascun anno quale «Giornata nazionale delle vittime civili delle guerre e dei conflitti nel mondo», al fine di conservare la memoria delle vittime civili di tutte le guerre e di tutti i conflitti nel mondo, nonché di promuovere, secondo i principi dell'articolo 11 della Costituzione, la cultura della pace e del ripudio della guerra.

Art. 2.

1. Per celebrare la Giornata di cui all'articolo 1, in ciascuna provincia o ente territoriale di livello equivalente, secondo quanto previsto dalla legge 7 aprile 2014, n. 56, o dagli specifici ordinamenti degli enti locali delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, gli organi competenti promuovono e organizzano cerimonie, eventi, incontri e testimonianze sulle esperienze vissute dalla popolazione civile nel corso delle guerre mondiali e sull'impatto dei conflitti successivi sulle popolazioni civili di tutto il mondo.

Art. 3.

1. La Giornata di cui all'articolo 1 della presente legge non è considerata solennità civile ai sensi dell'articolo 3 della legge 27 maggio 1949, n. 260.

Art. 4.

1. Il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca stabilisce le direttive per il coinvolgimento delle scuole di ogni ordine e grado, senza oneri a carico del proprio bilancio, nella promozione delle iniziative di cui all'articolo 2, per l'alto valore educativo, sociale e culturale che riveste la «Giornata nazionale delle vittime civili delle guerre e dei conflitti nel mondo».

2. Alla realizzazione delle iniziative di cui al comma 1 partecipano, sulla base di un protocollo d'intesa con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, l'Associazione nazionale vittime civili di guerra Onlus e il suo Osservatorio internazionale sulle vittime civili dei conflitti.

Art. 5.

1. All'attuazione delle disposizioni della presente legge le amministrazioni interessate provvedono con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato. Data a Roma, addì 25 gennaio 2017

# PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 13 FEBBRAIO 2017, arretrati compresi

## ANZIANI

### LOMBARDIA

**DD. 24 gennaio 2017 - n. 579** - Integrazione avvisi pubblici di cui ai decreti n. 12399/16, n.12405/16, n. 12408/16 a seguito di approvazione della d.g.r. n. 6038/2016 all'oggetto «Misura reddito di autonomia 2016: seconda apertura relativa all'implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia e sviluppo di autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili» (BUR n. 5 del 1.2.17)

#### Note.

Vengono integrati gli Avvisi pubblici di cui ai d.d.s. n. 12399/16, n. 12405/16, n. 12408/16 con le nuove e ulteriori scadenze come previsto nell'allegato A – parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Viene confermata l'assegnazione agli Ambiti del budget previsionale e dei relativi voucher definiti con i citati decreti n. 12399/16, n. 12405/16, n. 12408/16.

#### ALLEGATO A

PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE 2014-2020 OBIETTIVO “INVESTIMENTI IN FAVORE DELLA CRESCITA E DELL'OCCUPAZIONE” (Cofinanziato con il Fondo Sociale Europeo)

ASSE PRIORITARIO II - INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA'

Azione 9.3.6 – Implementazione di buoni servizi per servizi a persone con limitazioni nell'autonomia (per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi socio-sanitari domiciliari e a ciclo diurno e per favorire l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera e per la promozione dell'occupazione regolare nel settore).

Azione 9.2.1 – Interventi di presa in carico multiprofessionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF (international classification of functioning, disability and health) su scala territoriale. Interventi di politica attiva specialmente rivolti alle persone con disabilità.

“AVVISO PUBBLICO PER L'IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI VOLTI A MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DELLE FAMIGLIE E DELLE PERSONE ANZIANE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA E PER LO SVILUPPO DELL'AUTONOMIA FINALIZZATA ALL'INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE DISABILI”

“AVVISO PUBBLICO PER L'IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI VOLTI A MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DELLE FAMIGLIE E DELLE PERSONE ANZIANE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA “

“AVVISO PUBBLICO PER LO SVILUPPO DELL'AUTONOMIA FINALIZZATA ALL'INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE DISABILI”

Allegato A del d.d.s. n. 12399 del 28/11/2016 “Approvazione avvisi pubblici per l'implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia e per lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili” paragrafo 9:

o la data di cui al punto A comma 3 “13 gennaio 2017” (pag. 6), viene integrata con la nuova data 13 marzo 2017 per la seconda apertura;

o la data di cui al punto B comma 3 “24 febbraio 2017” (pag. 7), viene integrata con la nuova data 24 aprile 2017 per la seconda apertura;

o la data di cui al punto E comma 1 “13 aprile 2017” (pag. 8), viene integrata con la nuova data 13 giugno 2017 per la seconda apertura;

o la data di cui al punto E comma 1 “14 aprile 2017” (pag. 8), viene integrata con la nuova data 14 giugno 2017 per la seconda apertura.

paragrafo 11:

o la data di cui al comma 2 “24 febbraio 2017” (pag. 9), viene integrata con la nuova data 24 aprile 2017 per la seconda apertura;

o la data di cui al comma 3 “15 giugno 2018” (pag. 9), viene integrata con la nuova data 14 agosto 2018 per la seconda apertura;

o le date di cui al comma 4 “16 giugno 2018 – 30 luglio 2018” (pag. 9), vengono integrate con le nuove date 16 agosto 2018 – 16 ottobre 2018 per la seconda apertura.

Allegato A del d.d.s. n. 12405 del 28/11/2016 “Approvazione avviso pubblico per l’implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell’autonomia” paragrafo 9:

o la data di cui al punto A comma 3 “13 gennaio 2017” (pag. 6), viene integrata con la nuova data 13 marzo 2017 per la seconda apertura; o la data di cui al punto B comma 3 “24 febbraio 2017” (pag. 7), viene integrata con la nuova data 24 aprile 2017 per la seconda apertura;

o la data di cui al punto E comma 1 “14 aprile 2017” (pag. 8), viene integrata con la nuova data 14 giugno 2017 per la seconda apertura. paragrafo 11:

o la data di cui al comma 2 “24 febbraio 2017” (pag. 9), viene integrata con la nuova data 24 aprile 2017 per la seconda apertura;

o la data di cui al comma 3 “15 giugno 2018” (pag. 9), viene integrata con la nuova data 14 agosto 2018 per la seconda apertura;

o le date di cui al comma 4 “16 giugno 2018 – 30 luglio 2018” (pag. 9), vengono integrate con le nuove date 16 agosto 2018 – 16 ottobre 2018 per la seconda apertura.

Allegato A del d.d.s. n. 12408 del 28/11/2016 “Approvazione avviso pubblico relativo a implementazione di interventi per lo sviluppo dell’autonomia finalizzata all’inclusione sociale delle persone disabili” paragrafo 9:

o la data di cui al punto A comma 3 “13 gennaio 2017” (pag. 7), viene integrata con la nuova data 13 marzo 2017 per la seconda apertura;

o la data di cui al punto B comma 3 “24 febbraio 2017” (pag. 7) viene integrata con la nuova data 24 aprile 2017 per la seconda apertura;

o la data di cui al punto E comma 1 “13 aprile 2017” (pag. 8), viene integrata con la nuova data 13 giugno 2017 per la seconda apertura;

o la data di cui al punto E comma 2 “14 aprile 2017” (pag. 8), viene integrata con la nuova data 14 giugno 2017 per la seconda apertura. paragrafo 11:

o la data di cui al comma 2 “24 febbraio 2017” (pag. 9), viene integrata con la nuova data 24 aprile 2017 per la seconda apertura;

o la data di cui al comma 3 “15 giugno 2018” (pag. 9), viene integrata con la nuova data 14 agosto 2018 per la seconda apertura;

o le date di cui al comma 4 “16 giugno 2018 – 30 luglio 2018” (pag. 9), vengono integrate con le nuove date 16 agosto 2018 – 16 ottobre 2018 per la seconda apertura.

## ASSISTENZA PENITENZIARIA

### **BASILICATA**

**DGR 17.1.17, n. 22.** Presa d'atto dell'avvenuta sottoscrizione della convenzione tra l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza e la Casa circondariale di Potenza per l'utilizzo da parte dell'ASP dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie ai sensi dell'art. 4, comma 2, D.P.C.M. 1° aprile 2008. (BUR n. 2 del 1.2.17)

#### **Note**

#### **PREMESSA**

Gli articoli 3 e 32 della Costituzione trattano in materia di pari dignità e di parità di trattamento in tema di assistenza sanitaria per i cittadini liberi e per i detenuti, gli internati ed i minorenni sottoposti a provvedimenti penali.

Il D.lgs n. 230/1999 recante norme per il riordino della medicina penitenziaria; la L. n. 244/2007 (legge finanziaria 2008) con particolare riguardo all'art. 2 comma 283 dispone, ai fini della piena attuazione del D.lgs n. 230/1999, il trasferimento di tutte le funzioni sanitarie non che delle risorse finanziarie, delle

attrezzature e beni strumentali e dei rapporti di lavoro in capo al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e al dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della giustizia, al Servizio Sanitario Nazionale, attraverso successivo D.P.C.M. da emanarsi secondo il vigente iter procedurale.

Il D.P.C.M. 01.04.2008, in attuazione del suddetto art. 2 comma 283 L. n. 244/2007, detta "modalità" e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario nazionale (SSN) delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

L'Art. 4 comma 2 del suddetto D.P.C.M. che specifica che i locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie trasferite al SSN, sono concessi in uso a titolo gratuito, per l'utilizzo da parte delle aziende sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati gli istituti ed i servizi penitenziari di riferimento, sulla base di specifiche convenzioni stipulate ai sensi dello schema tipo approvato in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni CU/Rep. n. 29 del 29.04.2009.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Viene preso atto della deliberazione del direttore generale dell'ASP, n. 2016/00614, del 28.09.2016 avente oggetto: Convenzione per l'utilizzo a titolo gratuito (da parte dell'ASP), dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie della Casa Circondariale di Potenza, ai sensi dell'art. 4 comma 2 del D.P.C.M. 01.04.2008.

#### **PIEMONTE**

**D.D. 6 ottobre 2016, n. 614** Programma di Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Assegnazione della somma di euro 664.872,10 a favore delle AA.SS.LL. per il finanziamento dei progetti di cui alla D.G.R. n. 13-2810 del 18.01.2016, alternativi all'invio o alla permanenza nelle strutture sanitarie detentive (REMS, ex OPG). Impegno 2014/3647 - Accertamento 2014/1509. (BUR n.6 del. 9.2.17)

##### **Note**

Vengono approvate le 13 proposte progettuali valutate positivamente dal Sottogruppo per la presa in carico dei soggetti sottoposti a misura di sicurezza, sulle quali si è espressa favorevolmente la Magistratura competente.

**D.D. 20 dicembre 2016, n. 832** - Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Assegnazione della somma di euro 847.865,98 a favore delle AA.SS.LL. per il finanziamento dei progetti di cui alla D.G.R. n.13-2810 del 18.01.2016, alternativi all'invio o alla permanenza nelle strutture sanitarie detentive (REMS). Impegno 2014/3647. (BUR n.6 del. 9.2.17)

##### **Note**

Vengono approvate, le 15 proposte progettuali valutate positivamente, in data 23 novembre c.a., dal Sottogruppo per la presa in carico dei soggetti sottoposti a misura di sicurezza.

**D.D. 20 dicembre 2016, n. 833** - Programma regionale di spesa corrente anni 2012-2013 per gli interventi finalizzati al Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Assegnazione della somma di euro 1.868.908,00 a favore delle AA.SS.LL. per il pagamento delle rette relative all'anno 2015 riferite ai pazienti ospiti della struttura " Sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere". Impegno 2014/3647 - Impegno 2013/3586. (BUR n.6 del. 9.2.17)

##### **Note**

Viene assegnata, sulla base delle motivazioni espresse in premessa, per il pagamento delle rette riferite ai pazienti ospiti della struttura "Sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere", la somma di euro 1.868.908,00 a favore delle Aziende Sanitarie interessate

**D.D. 20 dicembre 2016, n. 834** - Programma regionale di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), di cui alla D.G.R. n. 49-3357 del 23 maggio 2016. Assegnazione della somma di euro 271.400,00 a favore dell'ASL TO4 per il finanziamento della REMS regionale provvisoria "Anton Martin" di San Maurizio Canavese. Impegno 2014/3629. (BUR n.6 del. 9.2.17)

##### **Note**

Viene assegnata la somma di 271.400,00 euro a favore dell'ASL TO4 per il finanziamento della REMS provvisoria regionale Anton Martin di San Maurizio Canavese, a valere sulla quota vincolata per il

superamento degli OPG del FSN, assegnato alla stessa in ragione della funzione esercitata per conto della Regione.

**D.D. 20 dicembre 2016, n. 835** - Programma regionale di spesa corrente anni 2012-2013 per gli interventi finalizzati al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Assegnazione della somma di euro 1.622.400,00 a favore delle AA.SS.LL. per il pagamento delle rette relative all'anno 2016 riferite ai pazienti ospiti della struttura "Sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere". Impegno 2013/3586. (BUR n.6 del. 9.2.17)

**Note**

Viene assegnata, per il pagamento delle rette relative all'anno 2016 riferite ai pazienti ospiti della struttura "Sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere", la somma di euro 1.622.400,00 a favore delle Aziende Sanitarie interessate.

**PUGLIA**

**DGR 31.1.17, n. 59** - Regolamento Regionale 30 settembre 2014, n.18. Comunità riabilitative assistenziali psichiatriche dedicate ai pazienti autori di reato ad elevata complessità assoggettati a misure di sicurezza non detentive. Determinazione della tariffa giornaliera e disposizioni relative all'accreditamento delle strutture. (BUR n. 20 del 13.2.16)

**Note**

Viene approvata la tariffa, pro-capite e pro-die pari a € 210,55=, da riconoscere in favore delle Comunità riabilitative assistenziali psichiatriche dedicate ai pazienti autori di reato, ad elevata complessità, assoggettati a misure di sicurezza non detentive, di cui al R.R. n. 18 del 30 settembre 2014 (All. A).

Ai sensi dell'art. 3 del R.R. n. 11/2008, le spese di locazione degli immobili, superiori al minimo riportato nel predetto All. A), saranno rimborsate dall'Azienda Sanitaria in cui insiste la struttura, previa presentazione del contratto di locazione, regolarmente registrato, sino a un massimo annuale di € 33.600,00=, determinato in base alla quotazione dei fitti rilevata dal sito dell'Agenzia delle Entrate.

Le CRAP dedicate, in quanto strutture di nuova istituzione non rientrano nel blocco degli accreditamenti previsto dall'art. 1, comma 796, lettera u) della L. n. 296/2006 e dall'art. 3, comma 32 della L.R. n. 40/2007 e s.m.i., e pertanto, le suddette strutture possono accedere all'accreditamento istituzionale di cui alla L.R. n. 8/2004, previa acquisizione delle autorizzazioni previste e della presentazione di apposita istanza.

<b>BILANCIO</b>
-----------------

**ABRUZZO**

**L.R. 27.1.17, n. 10** - Disposizioni finanziarie per la redazione del bilancio di previsione finanziario 2017 - 2019 della Regione Abruzzo (Legge di Stabilità Regionale 2017).(BUR n. 8 dell'82.17)

**Note**

Si riportano gli articoli ritenuti di maggiore interesse per le politiche sociali

**Art. 1**

(Rifinanziamento di leggi regionali)

1. Ai sensi dell'articolo 38, comma 2, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42) e successive modificazioni e integrazioni, è autorizzato per gli esercizi 2017, 2018 e 2019 il rifinanziamento di leggi regionali di spesa per gli importi indicati nella "Tabella dei rifinanziamenti delle leggi regionali" costituente l'Allegato 1 della presente legge.
2. Contestualmente le autorizzazioni disposte da leggi regionali precedenti sono revocate.

**Art. 2**

(Disposizioni in materia di salvaguardia del diritto alla giustizia)

1. La Regione Abruzzo, nell'intento di salvaguardare il diritto alla giustizia, promuove la garanzia dell'amministrazione della giustizia nell'ambito di tutto il suo territorio.
2. A tal fine intende attivare una Commissione paritetica con il Governo per definire un Piano di interventi congiunto teso alla permanenza dei Tribunali regionali delle sedi di Avezzano, Sulmona, Vasto e Lanciano e delle relative sedi della Procura della Repubblica in revisione di quanto disposto dal decreto legislativo 7 settembre 2012, n. 155 (Nuova organizzazione dei tribunali ordinari e degli uffici del pubblico ministero, a norma dell'articolo 1, comma 2, della legge 14 settembre 2011, n. 148).
3. La Commissione sarà coordinata dal Presidente della Regione e regolata con successivo atto della Giunta regionale ai fini di un rapporto convenzionale con il Ministero della Giustizia.
4. Per gli oneri derivanti dall'istituzione della Commissione paritetica di cui al presente articolo, fissati in euro 50.000,00 annui per la programmazione 2017/2019, si fa fronte con gli stanziamenti di bilancio, parte spesa di cui al Titolo 1, Programma 01, Missione 02.

#### Art. 6

(Norme in materia di collaborazione tra la Regione Abruzzo e altre Pubbliche Amministrazioni)

1. La Regione come ente esponentiale della collettività regionale e del complesso dei relativi interessi ed aspettative, garantisce, nel rispetto del principio di autonomia organizzativa riconosciuto all'Amministrazione regionale e di quanto previsto dalle norme di legge, di regolamento e dai contratti collettivi nazionali in materia di pubblico impiego, idonee e concrete forme di cooperazione e collaborazione con le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), al fine di garantire elevati standard di qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese che vivono e operano sul territorio abruzzese.
2. La Regione provvede alle attività previste dal comma 1 con le risorse finanziarie, strumentali ed umane disponibili a normativa vigente, assicurando l'invarianza della spesa regionale.

#### Art. 17

(Sostegno al progetto "Family Friendly")

1. Nell'ambito degli interventi previsti per le politiche del lavoro, di cui alla Missione 15, Programma 04 del Bilancio finanziario 2017-2019, la Regione Abruzzo destina una quota finanziaria pari al 50% delle risorse ivi iscritte a sostegno del progetto "Family Friendly", per favorire la promozione e l'aumento della partecipazione attiva delle donne al mercato del lavoro e le pari opportunità degli ordini professionali, prevedendo tre linee di intervento: "Piano WelFlex di innovazione Organizzativa e Welfare aziendale"; "Supporto alla maternità"; "Conciliazione", quest'ultimo espressamente dedicato agli ordini e alle associazioni datoriali e professionali per la realizzazione di progetti legati alla flessibilità dell'orario di lavoro, al coworking, al telelavoro e altri interventi che possano promuovere forme di organizzazione del lavoro family friendly.
2. La copertura finanziaria di cui al comma 1 viene effettuata riprogrammando coerentemente Programmi/Capitoli della Missione sopra indicata.

**L.R. 27.1.17. n. 11** - Bilancio di previsione finanziario 2017 – 2019. (BUR n. 8 dell'82.17)

#### **MOLISE**

**L.R. 30.1.17, n. 1** - Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2017-2019 in materia di entrate e spese. Modificazioni e integrazioni di leggi regionali (BUR n. 2 del 31.1.17)

**L.R. 30.1.17, n. 2** - Legge di stabilità regionale 2017. (BUR n. 2 del 31.1.17)

**L.R. 31.1.17, n.3** . Bilancio di previsione pluriennale della Regione Molise per il triennio 2017-2019. (BUR n. 2 del 31.1.17)

## DIFESA DELLO STATO

### CAMPANIA

**DGR 30.1.17, n. 41** - Approvazione del piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2019 della giunta regionale della Campania. (BUR n. 10 del 2.2.17)

#### Note

#### PREMESSA

Sulla G.U. 13 novembre 2012 n. 265 è stata pubblicata la Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;

Sulla G.U. 8 giugno 2016 n. 132 è stato pubblicato il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 recante “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;

Con la suddetta legge e con le successive modifiche sono stati introdotti numerosi strumenti per la prevenzione e repressione del fenomeno corruttivo e sono stati individuati i soggetti preposti ad adottare iniziative in materia, nonché apportate significative modifiche in materia di trasparenza;

La legge n.190/2012, come modificata dal D.lgs. n. 97/2016, prevede, in particolare:

- l’individuazione di un unico soggetto Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza per ogni Amministrazione pubblica (art. 1 comma 7, come novellato dall’art. 41 del D.lgs. n. 97/2016);
- la definizione, da parte dell’organo di indirizzo di ciascuna Amministrazione, di obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (art. 1, comma 8, art. 1 comma 7, come novellato dall’art. 41 del D.lgs. n. 97/2016);
- l’adozione, da parte dell’organo di indirizzo di ciascuna Amministrazione, di un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (art. 1, comma 8, art. 1 comma 7, come novellato dall’art. 41 del D.lgs. n. 97/2016);

Con delibera n° 1310\2016, l’Anac è intervenuta con apposite Linee Guida, integrative del PNA, con le quali ha operato una generale ricognizione dell’ambito soggettivo e oggettivo degli obblighi di trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

In particolare, con riferimento alle indicazioni fornite in merito all’adozione del Piano di cui trattasi, la citata Autorità ha richiamato, tra le modifiche più importanti del D.lgs. 33/2013, quella della piena integrazione del Programma triennale della trasparenza e dell’integrità nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, ora anche della trasparenza (PTPCT), come già indicato nella delibera n. 831/2016 sul PNA 2016. Inoltre è precisato che: “gli obiettivi strategici in materia di trasparenza definiti da parte degli organi politici costituiscono elemento necessario, e dunque ineludibile, della sezione del PTPCT relativa alla trasparenza”;

Il Piano nazionale anticorruzione (PNA) costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni (art. 1, comma 2 bis, come introdotto dall’art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016);

Con la determinazione n. 831 del 3/08/2016, il Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato Il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, che integra e supera il Piano Nazionale anticorruzione 2013 ed il suo aggiornamento 2015.

#### LA RICADUTA SULLA REGIONE

Con D.P.G.R. n. 454 del 25/11/2013 è stata nominata la dr.ssa Giovanna Paolantonio quale Responsabile per la prevenzione della corruzione, nonché Responsabile della trasparenza della Giunta Regionale.

Con DPGR n. 41 del 31/01/2014 sono stati approvati il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2013-2016 e il Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016;

In fase di prima applicazione della metodologia prevista dal PNA 2013, ai fini dell'elaborazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione 2015-2017, la Regione Campania ha avviato l'analisi dei processi che racchiudono il complesso delle attività svolte, secondo la logica progressiva suggerita dal PNA, a partire dalle Aree c.d. "obbligatorie" indicate nell'Allegato 2 del PNA;

A seguito dell'analisi suddetta, si è proceduto alla realizzazione della mappatura dei processi riferiti alle 4 aree obbligatorie di rischio e dell'attività di identificazione, analisi, valutazione e trattamento del rischio corruzione, con individuazione delle misure di contrasto, elaborando il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione 2015-2017, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 257 dell'8/05/2015.

Con l'Aggiornamento 2016 al Piano di prevenzione della corruzione 2015-2017, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 15 del 26/01/2016 si è provveduto ad aggiornare i contenuti del Piano triennale di prevenzione della corruzione 2015-2017 in ordine esclusivamente alla pianificazione delle misure obbligatorie ed ulteriori ivi previste.

### **LA DISPOSIZIONE**

Viene approvato il documento "Piano Triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2019 Giunta Regionale della Campania", predisposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione e i relativi Allegati, i quali costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto (all.ti nn 1-2-3-4-56).

**NB**

**Per gli allegati si rinvia alla lettura integrale del testo.**

### **LOMBARDIA**

**DGR 30.1.17 - n. X/6177** Approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2019 .BUR n. 6 del 10.2.17)

**Note**

Vengono approvati:

1. il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2019 (Allegato A) con i relativi allegati, parte integrante e sostanziale del documento:

- allegato 1) «Analisi dei rischi»;
- allegato 2) «Tabella responsabilità dirigenziali Giunta Regionale»;
- allegato 3) Modello di dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità (incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice);
- allegato 4) Modello di dichiarazione sull'assenza di cause di incompatibilità (incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice);
- allegato 5) Modello di dichiarazione degli interessi finanziari e di potenziali conflitti di interesse.

**NB**

**Per gli allegati si rinvia alla lettura integrale del testo.**

### **PUGLIA**

**DGR 24.1.17, n. 24** - Misure organizzative per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza "Linee guida per il conferimento da parte della Regione di incarichi in enti, istituzioni e organismi di diritto pubblico o privato". (BUR n. 19 del 10.2.17)

**Note**

#### **PREMESSA**

Con il presente provvedimento la Regione Puglia intende approvare le "Linee di indirizzo per il conferimento da parte della Regione di incarichi in enti, istituzioni e organismi di diritto pubblico o privato".

L'approvazione si rende necessaria al fine di fornire indicazioni unitarie e chiare alle strutture amministrative della Giunta regionale, responsabili della istruttoria e della predisposizione dei provvedimenti di designazione e di nomina.

Le medesime esigenze di unitarietà e di chiarezza spingono poi a notificare il presente provvedimento anche all'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale, perché anche tale Organo nell'esercizio della propria autonomia possa valutare la opportunità di uniformarsi o comunque di raccordarsi con la Giunta per disciplinare i procedimenti di nomina di competenza del Consiglio regionale ai sensi dell'art. 22 dello Statuto.

La recente normativa nazionale in materia di anticorruzione di cui alla L.n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione” ed ai decreti legislativi n. 33/2013 e n. 39/2013 ed il nuovo modello di organizzazione adottato dalla Regione Puglia impongono altresì di ripartire le relative competenze all’interno delle strutture amministrative regionali, sostituendo la precedente disciplina regionale approvata con la Deliberazione di Giunta regionale n. 2770 del 14 dicembre 2010.

La Regione pertanto in sede di aggiornamento per il 2016 del Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) 2014-2016, adottato con deliberazione di Giunta regionale n. 51 del 29.1.2016, ha previsto l’adozione di linee di indirizzo che rendessero uniformi i procedimenti di nomina dei rappresentanti regionali e consentissero la più ampia trasparenza nella individuazione degli stessi (si veda pag. 665 del BURP n. 14 del 15.2.2016).

In attuazione di tale espressa previsione del PTPC aggiornato al 2016 si è provveduto pertanto ad una ricognizione della normativa nazionale e regionale che disciplinano le nomine dei rappresentati in seno ad organismi esterni, predisponendo le allegate Linee di indirizzo, sulla base in particolare della seguenti disposizioni normative:

- Statuto regionale: in particolare artt. 22 e 44 (rispettivamente attribuzioni del Consiglio e Giunta regionale).

- D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.”

- L. 6 novembre 2012 n. 190 “Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” e i decreti attuativi: D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo, a norma dell’art. 1, c. 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190” e D.Igs. 14 marzo 2013 n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicazione, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” e ss.mm. ii.;

- L.R. n° 3 del 4 marzo 1993 “Disciplina transitoria per il rinnovo degli organi amministrativi e per le designazioni di competenza della Regione Puglia

- L.r. 26 giugno 1978 n. 24 “Norme per il controllo delle nomine”;

- L.r. 52/1980 “Regime giuridico degli organi di Governo degli enti dipendenti e strumentali della regione. Durata, indennità e incompatibilità”.

- L.R. 20.6.2008 n° 15 “Principi e linee guida in materia di trasparenza dell’attività amministrativa nella Regione Puglia”

- Regolamento regionale 29 settembre 2009 n° 20 - Regolamento attuativo della Legge Regionale n° 15 del 20/06/08 “Principi e linee guida in materia di trasparenza dell’attività amministrativa nella Regione Puglia)

- D.G.R. n. 2770/2010: “Provvedimenti di nomina in Enti e/o Organismi. Disposizioni normoprocedurali per la trasparenza, la semplificazione, l’anticorruzione.” (abrogata con il presente atto di Giunta).

Le allegate Linee di indirizzo costituiscono dunque, in attuazione del PTPC della Regione Puglia e del successivo Piano nazionale anticorruzione di cui alla Deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016 dell’ANAC, una misura organizzativa atta a prevenire situazioni di corruzione e a garantire la maggiore trasparenza dell’attività dell’Amministrazione regionale.

Le stesse inoltre disciplinano il potere di nomina sostitutivo per le ipotesi in cui i componenti degli organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli siano stati interdetti dal potere di conferimento per tre mesi ai sensi del comma 2 dell’art. 18 del D.Igs. n. 39 del 2013.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Vengono approvate le “Linee di indirizzo per il conferimento da parte della Regione di incarichi in enti, istituzioni e organismi di diritto pubblico o privato, allegato A) della presente deliberazione e di essa parte integrante ed i relativi allegati sulle dichiarazioni sostitutive.

**NB**

**Per l’allegato si rinvia alla lettura integrale del testo.**

**TOSCANA**

**DCR 18.1.16, n. 1** -Linee generali di indirizzo per la redazione del Piano di prevenzione della corruzione per il triennio 2017-2018-2019.(BUR n. 5 del 1.2.179

#### Note

L'articolo 1, comma 8, della legge 190/2012, dispone che l'organo di indirizzo politico, su proposta del responsabile della prevenzione della corruzione, adotta il piano triennale di prevenzione della corruzione entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il punto 4.1 della determinazione ANAC 28 ottobre 2015, n. 12, concernente l'aggiornamento al Piano nazionale anticorruzione 2015, nel trattare il "ruolo degli organi di indirizzo e dei vertici amministrativi", ponendo tra gli obiettivi dell'aggiornamento stesso soluzioni che "portino alla piena consapevolezza e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie...", ritiene utile per gli enti territoriali, caratterizzati dalla presenza di due organi di indirizzo politico, uno generale ed uno esecutivo, l'approvazione, da parte dell'assemblea, di un documento di carattere generale sul contenuto del Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC), mentre l'organo esecutivo resta competente all'adozione finale.

Il PTPC è teso allo sviluppo di misure di carattere organizzativo idonee a prevenire ogni possibile distorsione della cura dell'interesse generale.

La sua funzione è tesa a porre in essere un costante e progressivo affinamento delle misure in grado di migliorare la propria organizzazione controllando ed autocorreggendo le procedure amministrative ed i propri processi decisionali.

Vengono confermate le linee di indirizzo espresse con la propria deliberazione 19 gennaio 2016, n. 2, per la redazione del piano di prevenzione della corruzione 2016/2018

#### VENETO

**DGR 17.1.17, n. 11** -Attuazione Legge 6 novembre 2012, n.190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", articolo 1, comma 8: definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. (BUR n. 15 del 7.1.17)

#### Note

#### PREMESSA

Con Determinazione n. 12 del 28/10/2015, recante l'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2013, l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha evidenziato la necessità di una interlocuzione e condivisione degli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione tra i soggetti interni alle amministrazioni, che, per quanto concerne il momento della definizione, sono identificabili nel Responsabile della Prevenzione della Corruzione e nei componenti degli organi di indirizzo politico (per le Regioni Giunta e Consiglio).

Tale indicazione è stata tradotta, nel caso della Giunta Regionale del Veneto, in una specifica misura del Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2016-2018, ossia "*Definizione della procedura di formazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione, alla luce dell'Aggiornamento 2015 al PNA*", che assume ora la veste del Documento, allegato al presente atto.

Il legislatore ha rafforzato le citate raccomandazioni dell'Autorità, contenute nell'Aggiornamento 2015 al PNA 2013, recependole, attraverso il D.Lgs. n. 97/2016, che ha modificato il comma 8 dell'art. 1 della l. n.190/2012, il quale, così novellato, recita:

*"8.L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico - gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno (...)"*.

Con il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016, approvato con Determinazione dell'ANAC n.831 del 3 agosto 2016, l'Autorità ha ribadito, coerentemente alle previsioni dell'Aggiornamento 2015 al PNA e alle modifiche apportate alla l. n. 190/2012 dal D.Lgs. n. 97/2016, che anche gli organi di indirizzo dell'Ente devono contribuire alla definizione degli obiettivi fondamentali, in una logica di effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione della Regione.

Alla luce di quanto esposto e al fine di dare concreta applicazione alle disposizioni sopra citate impartite per una "elaborazione" condivisa e partecipata della strategia di prevenzione della corruzione, il

Responsabile della prevenzione della corruzione della Giunta Regionale, dott. Fabio Milocchi, ha predisposto, congiuntamente al Responsabile della prevenzione della corruzione del Consiglio Regionale, dott. Carlo Giachetti, il Documento, che viene ora proposto per l'approvazione della Giunta Regionale nell'Allegato A, che definisce le priorità strategiche per l'Amministrazione regionale in materia di prevenzione della corruzione. Tale documento sarà sottoposto, da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione del Consiglio Regionale, all'approvazione dello stesso.

I principi fissati ed individuati dal citato Documento dovranno essere declinati, nel rispetto delle disposizioni normative dettate dalla legge n. 190/2012, nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione, secondo le indicazioni fornite al riguardo dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2013, dall'Aggiornamento 2015 al PNA 2013 e dal nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Si procede all'approvazione del "Documento recante gli indirizzi strategici in materia di prevenzione della corruzione della Regione del Veneto", di cui all'Allegato A

#### **ALLEGATO A**

#### **Documento recante gli indirizzi strategici in materia di prevenzione della corruzione della Regione del Veneto**

1. L'attuale scenario normativo e amministrativo della prevenzione della corruzione Lo scenario normativo e amministrativo che contraddistingue la materia della prevenzione della corruzione ha subito, recentemente, significative integrazioni e modificazioni.

In particolare si ricordano i seguenti provvedimenti legislativi:

il decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito nella legge 11 agosto 2014, n. 114, che, da un lato, ha trasferito tutte le competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), e, dall'altro, ha soppresso l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (AVCP), trasferendone funzioni e competenze all'Autorità stessa: il d.l. 90/2014 ha determinato una complessa revisione normativo - organizzativa dell'Autorità, che è diventata presidio unitario e forte a tutela della legalità nella gestione della cosa pubblica;

il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, che attua la delega di cui all'articolo 7 della legge n. 124/2015, finalizzato a rafforzare la trasparenza amministrativa, fondamentale strumento di prevenzione della corruzione, ha apportato rilevanti modifiche al D.Lgs. n. 33/2013, ridefinendo l'ambito soggettivo di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza, prevedendo misure organizzative per la pubblicazione di alcune informazioni e per la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle pubbliche amministrazioni, razionalizzando e precisando gli obblighi di pubblicazione. In particolare è stata introdotta una nuova forma di accesso civico ai dati, informazioni e documenti pubblici, più ampia di quella introdotta dall'articolo 5 del D.Lgs. 33/2013 che si riferiva esclusivamente ai dati, alle informazioni e ai documenti per i quali erano previsti specifici obblighi di pubblicazione. L'accesso riconosciuto dal D.Lgs. 97/2016 riguarda tutti i dati, le informazioni e i documenti pubblici, anche non oggetto di pubblicazione obbligatoria, e prescinde dalla titolarità nel richiedente di un interesse diretto, concreto ed attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento per il quale è chiesto l'accesso. E' stata, inoltre, introdotta una rilevante misura di semplificazione, consistente nella soppressione dell'obbligo per le Pubbliche Amministrazioni di redigere il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, sostituendolo con la predisposizione di una apposita sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione, contenente l'indicazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, informazioni e documenti, individuati dall'Amministrazione.

Hanno, inoltre, fortemente condizionato l'applicazione dell'impianto normativo relativo alla prevenzione della corruzione, alcuni importanti atti di regolazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC):

- Regolamento 9 settembre 2014 in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento: l'accertamento dell'omissione di uno dei Provvedimenti, oggetto del Regolamento, può portare alla diffida ad adottare i provvedimenti omessi, entro un termine breve, non superiore a 60 giorni o all'irrogazione, per ciascuno dei soggetti obbligati, di una sanzione pecuniaria.

o L'art. 19, comma 5, del d.l. 90/2014 stabilisce che l'Autorità: "...b) salvo che il fatto costituisca reato, applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a euro 10.000, nel caso in cui il soggetto obbligato ometta l'adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento".

- Delibera 18 novembre 2014, n.146 in materia di esercizio del potere di ordine nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal Piano Nazionale Anticorruzione e dal Piano triennale di prevenzione della corruzione nonché dalle regole sulla trasparenza dell'attività amministrativa o nel caso di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza citati (articolo 1, comma 3, della legge 6 novembre 2012, n.190): si tratta di un potere che esprime pienamente la funzione di vigilanza dell'ANAC, che trova il proprio fondamento nella rilevante/grave distanza, oggettiva, tra gli atti/comportamenti adottati da una pubblica amministrazione (o tra la mancata adozione di atti/comportamenti) e l'interesse pubblico curato dalla legge che prevede l'adozione di tali atti/comportamenti, interesse pubblico che si identifica con la prevenzione della corruzione e con la trasparenza. La delibera disciplina anche le conseguenze della mancata ottemperanza al provvedimento di ordine, considerando anche le disposizioni legislative che rappresentano un rinforzo negativo per tale inadempienza.

- Delibera 21 gennaio 2015, n. 10 "Individuazione dell'autorità amministrativa competente all'irrogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza (art. 47 del d.lgs. 33/2013)": l'art. 47 del d.lgs. 33/2013, modificato dal D.Lgs. 97/2016, prevede uno specifico regime sanzionatorio per la violazione degli obblighi di trasparenza in alcuni casi specifici (per es. per la mancata o incompleta comunicazione e pubblicazione di alcuni dati di cui all'art. 14 del medesimo decreto, o per la violazione degli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 22, comma 2, del decreto stesso....). La delibera prevede che spetti all'Autorità, nell'esercizio delle funzioni di controllo e vigilanza in materia di trasparenza ad essa attribuite, il potere di avviare il procedimento sanzionatorio ai sensi della legge 689/1981, nell'ambito del quale può attivarsi la segnalazione del Presidente dell'ANAC all' "autorità amministrativa competente all'irrogazione delle sanzioni ai sensi della l. 689/1981", vale a dire il Prefetto del luogo in cui si sono verificate le violazioni di cui all'art. 47 del d.lgs. 33/2013 smi.

- Determinazione 17 giugno 2015, n. 8 "Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici": le Linee guida integrano e sostituiscono, laddove non compatibili, i contenuti del PNA 2013 in materia di misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza che devono essere adottate dagli enti pubblici economici, dagli enti di diritto privato in controllo pubblico e dalle società a partecipazione pubblica. Mirano a orientare le società e gli enti nell'applicazione della normativa di prevenzione della corruzione e della trasparenza, con l'obiettivo primario che venga adattata alla realtà organizzativa dei singoli enti, al fine di predisporre strumenti di prevenzione mirati e incisivi.

- Delibera n. 833 del 3 agosto 2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.". Le linee guida delineano l'interpretazione da parte dell'Autorità del ruolo del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) e del proprio ruolo nell'ambito del D.Lgs. 39/2013. In particolare: o La vigilanza sull'osservanza delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità è demandata al responsabile della prevenzione della corruzione (VIGILANZA INTERNA) e alla Autorità Nazionale Anticorruzione (VIGILANZA ESTERNA); o Il RPC è il soggetto cui la legge, secondo l'interpretazione che ne ha dato l'Autorità, riconosce:

il potere di avvio del procedimento di accertamento

il potere di accertamento e di verifica della sussistenza della situazione di inconferibilità

il potere di dichiarazione della nullità dell'incarico

il potere sanzionatorio nei confronti degli autori della nomina dichiarata nulla perché inconferibile o Il RPC, ritenuta sussistente l'inconferibilità, dichiara la nullità della nomina e avvia il procedimento sanzionatorio nei confronti dei componenti dell'organo conferente. Nel differente caso della sussistenza di una causa di incompatibilità, l'art. 19 prevede la decadenza e la risoluzione del relativo contratto di

lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato da parte del RPC, dell'insorgere della causa di incompatibilità. Tale procedimento è volto all'accertamento, nel rispetto del principio del contraddittorio, della sussistenza dell'elemento soggettivo di c.d. colpevolezza (dolo o colpa, anche lieve) in capo all'organo conferente l'incarico; più esplicitamente, in capo a coloro che all'atto della nomina componevano l'organo conferente ed erano presenti al momento della votazione. La sanzione inibitoria è una sanzione personale, di natura interdittiva, fissa e non graduabile, che non può essere irrogata a prescindere da una indagine sull'elemento psicologico di chi deve subirla.

o All'Anac compete la vigilanza sul rispetto delle disposizioni contenute nel decreto 39, che può svolgersi anche tramite l'esercizio di poteri ispettivi e di accertamento di singole fattispecie di conferimento degli incarichi. Effetto primario dell'accertamento di una situazione di inconferibilità da parte di Anac è la nullità del conferimento ovvero, in caso di incompatibilità, l'obbligo per il soggetto che svolga incarichi accertati come incompatibili, di optare, su diffida del RPC, tra i due incarichi nei 15 giorni previsti dalla legge. L'accertamento dell'Anac, comunicato immediatamente al RPC, impone allo stesso:

di prendere atto dell'accertamento e della nullità dell'atto di conferimento, ovvero diffidare l'interessato ad optare tra incarichi dichiarati incompatibili;

di avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità). o Nei casi in cui il RPC non prenda atto della nullità dell'incarico che l'Anac ha accertato essere inconferibile o addirittura ponga in essere atti che vanno nella direzione opposta a quella indicata nella delibera dell'Autorità di accertamento della inconferibilità, l'Autorità stessa adotta un provvedimento con il quale ordina al RPC di attenersi agli esiti dell'attività svolta. In altri termini, l'Anac ordina al RPC inerte di confermare le risultanze emerse in sede di accertamento della sua inconferibilità, oppure ordina, sempre al RPC, la rimozione dell'atto che si discosti da quelle risultanze. Questo in quanto la nullità dell'atto di conferimento di un incarico inconferibile discende direttamente dalla legge e deriva dall'accertamento della inconferibilità compiuto dall'Anac.

Vanno ancora segnalati, tra gli atti predisposti dall'Autorità, i seguenti: • la determinazione n. 12 del 28/10/2015, contenente l'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), con la quale sono state fornite indicazioni integrative e chiarimenti rispetto ai contenuti del PNA approvato con delibera 11 settembre 2013, n. 72. L'Aggiornamento nasce dalle risultanze dell'analisi effettuata dall'Autorità sui Piani di prevenzione della corruzione (PTPC) di un campione di 1911 amministrazioni conclusasi a luglio 2015, dalla necessità di dare risposte uniformi alle richieste di chiarimenti presentate soprattutto dai Responsabili della prevenzione della corruzione (RPC) e dai recenti e significativi interventi normativi che hanno fortemente inciso sul sistema di prevenzione della corruzione finora disegnato dal legislatore. L'autorità ha rilevato, nell'Aggiornamento citato, l'insoddisfacente attuazione di una delle più rilevanti novità introdotte dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, cioè la necessaria adozione di efficaci misure di prevenzione della corruzione, legata:

alla complessità della normativa, di difficile applicazione anche per ragioni di carattere organizzativo, anche dovute a scarsità di risorse finanziarie;

ad un diffuso atteggiamento di mero adempimento nella predisposizione dei PTPC, limitato ad evitare le responsabilità che la legge fa ricadere sul RPC (e oggi, dopo l'introduzione della sanzione di cui all'art. 19, comma 5, del d.l. 90/2014, anche sugli organi di indirizzo) in caso di mancata adozione del PTPC;

all'isolamento del RPC nella formazione del PTPC e il sostanziale disinteresse degli organi di indirizzo.

• il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016, approvato con delibera ANAC n. 831/2016. Con tali atti viene confermata la definizione di "corruzione" contenuta nel primo PNA, "non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse." Conferma, inoltre, l'approccio che è necessario avere nella predisposizione del Piano triennale

anticorruzione, per una corretta individuazione delle misure di prevenzione e contrasto della corruzione: analizzare con attenzione tutte le aree di attività dell'amministrazione, con la mappatura dei processi, al fine di identificare e valutare gli effettivi rischi corruttivi e il relativo trattamento. Le misure di prevenzione sono misure di carattere organizzativo, che possono comportare interventi che riguardano l'amministrazione nel suo complesso, ovvero interventi che si riferiscono a singoli processi/procedimenti. Sono misure che possono incidere tanto sull'imparzialità oggettiva, vale a dire dirette ad assicurare condizioni organizzative che garantiscano scelte imparziali, quanto sull'imparzialità soggettiva, vale a dire dirette a prevenire che siano assecondati interessi particolari in conflitto con l'interesse generale. Devono essere tradotte in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti, vi deve essere, pertanto, coerenza tra il PTPC e il Piano della performance. Viene ribadita ancora una volta l'estrema rilevanza della trasparenza, come asse portante del sistema di prevenzione della corruzione. Le criticità evidenziate dall'ANAC, nell'attuazione delle norme in materia di prevenzione della corruzione da parte delle pubbliche amministrazioni, sono aggravate dal fatto che si tratta di norme in via di sviluppo e di miglioramento continui, necessitati dalla forte portata innovativa delle stesse, dirette ad incidere profondamente sugli enti sia in termini di svolgimento delle attività sia in termini di organizzazione delle risorse umane e strumentali. A tal proposito si ricorda la legge 7 agosto 2015, n. 124 che, all'articolo 7, ha previsto la "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza", delegando il Governo, tra l'altro: o a ridefinire e precisare l'ambito soggettivo di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza; o a razionalizzare e precisare gli obblighi di pubblicazione, previsti dal "codice sulla trasparenza" (d.lgs. n. 33/2013), nel sito istituzionale; o a precisare i contenuti e il procedimento di adozione del PNA, dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione, della Relazione annuale dei Responsabili della prevenzione della corruzione; o ad individuare i soggetti competenti all'irrogazione delle sanzioni per la violazione degli obblighi di trasparenza; o al riconoscimento della libertà di informazione attraverso il diritto di accesso, anche per via telematica, di chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento e nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

2. I presupposti giuridici ed amministrativi del Documento recante gli indirizzi strategici in materia di prevenzione della corruzione Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione rappresenta uno degli strumenti fondamentali, di cui dispone ciascuna Amministrazione, per dare concreta e specifica attuazione, in considerazione della propria specifica realtà organizzativa e di contesto, alle disposizioni normative e regolamentari generali in materia di prevenzione della corruzione, da una parte, e agli indirizzi strategici dettati attraverso i Piani Nazionali Anticorruzione e gli strumenti di soft law elaborati dall'Autorità, dall'altra. Il Piano triennale è adottato dall'organo di indirizzo politico, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), entro il 31 gennaio di ciascun anno. Già con l'Aggiornamento 2015 al PNA 2013, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha evidenziato la necessità di una interlocuzione e condivisione degli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione tra i soggetti interni alle amministrazioni, che, per quanto concerne il momento della definizione, sono identificabili nel Responsabile della Prevenzione della Corruzione e nei componenti degli organi di indirizzo politico (per le Regioni Giunta e Consiglio).

Tale indicazione è stata tradotta, nel caso della Giunta Regionale del Veneto, in una specifica misura di prevenzione del Piano triennale 2016-2018, ossia "Definizione della procedura di formazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione, alla luce dell'Aggiornamento 2015 al PNA", da realizzare entro il 31 dicembre 2016, che assume oggi la veste del presente Documento. Il legislatore ha poi recepito le previsioni dell'Aggiornamento 2015 al PNA 2013, in punto di formazione dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione, attraverso il D.Lgs. N. 97/2016, che ha modificato il comma 8 dell'art. 1 della l.190/2012, il quale recita: "8. L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno (...)". Con il Piano

Nazionale Anticorruzione 2016, approvato con Determinazione dell'ANAC n.831 del 3 agosto 2016, l'Autorità ha confermato le indicazioni già date nell'Aggiornamento 2015 al PNA, e recepite dalle modifiche apportate alla l. 190/2012 dal D.Lgs 97/2016, evidenziando che anche gli organi di indirizzo dell'Ente debbano contribuire alla definizione degli obiettivi fondamentali, in una logica di effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione. Alla luce di quanto esposto e al fine di dare concreta applicazione alle disposizioni regolamentari e legislative impartite per una "costruzione" condivisa e partecipata del Piano triennale, i Responsabili della prevenzione della corruzione della Giunta e del Consiglio Regionale Veneto hanno concordato di elaborare il presente Documento congiunto, da approvare formalmente e distintamente da parte della Giunta e del Consiglio, che definisce le priorità strategiche per l'Amministrazione regionale in materia di prevenzione della corruzione.

3. Gli indirizzi strategici in materia di prevenzione della corruzione nella Regione del Veneto I Piani triennali che saranno adottati dalla Giunta Regionale e dal Consiglio Regionale dovranno sviluppare gli indirizzi ed obiettivi essenziali individuati dal presente Documento, declinandoli in misure di prevenzione della corruzione, secondo le indicazioni fornite al riguardo dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2013, dall'Aggiornamento 2015 al PNA 2013 e dal nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016 e nel rispetto delle disposizioni normative dettate dalla legge n. 190/2012. In particolare. L'elaborazione, e l'aggiornamento, del PTPC deve necessariamente basarsi sull'analisi di tutta l'attività svolta dall'amministrazione (mappatura dei processi). Tale analisi è finalizzata a:

identificare quali processi, in ragione della propria natura e peculiarità, risultano potenzialmente esposti a rischi corruttivi;

individuare gli eventi di natura corruttiva che possono verificarsi in relazione ai processi identificati, o alle fasi degli stessi;

stabilire le priorità di trattamento dei rischi individuati, attraverso il loro confronto, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera;

evidenziare le misure di prevenzione della corruzione già adottate, o in corso di adozione, da parte dei singoli dirigenti, a fronte dei rischi corruttivi inerenti ai processi di propria competenza;

individuare le misure più idonee, anche in termini di realizzabilità e di controllo, a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Il Processo di gestione del rischio corruttivo, consistente quindi nella mappatura dei processi, nella valutazione del rischio e nel suo trattamento, deve svolgersi nel rispetto dei seguenti principi ed indicazioni, forniti dalla stessa Autorità Nazionale Anticorruzione nell'Aggiornamento 2015 al PNA 2013:

o in modo da realizzare sostanzialmente l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza; o non è un'attività meramente ricognitiva, ma deve supportare concretamente la gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e deve interessare tutti i livelli organizzativi; o viene assicurata l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della performance e i controlli interni) per garantire la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione adottata;

o deve tendere, da un lato, alla completezza e al massimo rigore nella analisi, valutazione e trattamento del rischio e, dall'altro, deve tener conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi; o implica l'assunzione di responsabilità. Essa richiede, necessariamente, di fare scelte in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi. Le scelte e le relative responsabilità riguardano, in particolare, gli organi di indirizzo, i dirigenti, il RPC;

o è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno di ogni singola amministrazione; o è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;

o è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione; o non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive. Implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo.

Le misure di prevenzione, che saranno individuate, dovranno essere tradotte in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti, al fine di renderle più effettive e verificabili e di assicurare la piena coerenza tra il PTPC ed il Piano della performance, così come richiesto dalla legge 190/2012. Tali misure dovranno anche essere adeguate all'ente, in rapporto alle condizioni oggettive dell'organizzazione, e coerenti rispetto al raggiungimento delle altre finalità individuate come

fondamentali da parte dell'ente stesso ("maggiore efficienza complessiva, risparmio di risorse pubbliche, riqualificazione del personale, incremento delle capacità tecniche e conoscitive"). In conformità a quanto stabilito dal Piano Nazionale Anticorruzione (Aggiornamento 2015), le misure di prevenzione dovranno avere un contenuto organizzativo, e potranno avere ricadute sull'amministrazione nel suo complesso (a titolo esemplificativo: la riorganizzazione dei controlli interni), ovvero su singoli settori (a titolo esemplificativo: la riorganizzazione di un intero settore di uffici, con redistribuzione delle competenze), ovvero su singoli processi/procedimenti, comunque dirette "a ridurre le condizioni operative che favoriscono la corruzione".

Tra tutte le misure particolare rilevanza deve essere riconosciuta alla trasparenza: essa rappresenta uno strumento di estremo rilievo per la promozione dell'integrità e lo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica, che si compie non solo nel rispetto degli specifici obblighi di pubblicazione, ma anche nella promozione di maggiori livelli di trasparenza, rispetto a quelli definiti dal legislatore, che diviene, alla luce delle modifiche apportate dal D.Lgs. 97/2016 al decreto sulla trasparenza, un obiettivo strategico per ogni amministrazione, da tradurre in specifici obiettivi organizzativi e individuali. La trasparenza consiste nella "libertà di accesso di chiunque ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni (...), garantita, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tramite l'accesso civico e tramite la pubblicazione di documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la loro realizzazione". Centrale nella prevenzione della corruzione è anche la formazione, che deve riguardare, con approcci differenziati, tutti i soggetti che partecipano, a vario titolo, alla formazione e attuazione delle misure: RPC, referenti, organi di indirizzo, dirigenti, titolari di uffici di diretta collaborazione e di incarichi amministrativi di vertice, responsabili degli uffici, dipendenti. Dovrà essere una formazione a contenuto generale, sui principali elementi che costituiscono il sistema di prevenzione della corruzione, rivolta a tutti, e a contenuto specialistico, su specifiche materie, rivolta a coloro che operano nei processi a rischio. Rappresenta, inoltre, un significativo strumento di prevenzione della corruzione la rotazione degli incarichi. Detta misura deve essere impiegata in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e di utilizzo ottimale delle risorse umane e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Ove, tuttavia, non sia possibile utilizzare la rotazione, sarà necessario adottare altre misure di prevenzione che possono avere effetti analoghi, quali, a titolo esemplificativo, la previsione di modalità operative che favoriscano una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, la trasparenza "interna" delle attività, l'articolazione delle competenze (c.d. "segregazione delle funzioni"). Tra le misure da programmare nel PTPC vi sono, di certo, quelle relative alle modalità di attuazione delle disposizioni del d.lgs. 39/2013, con particolare riferimento alle verifiche e ai controlli sulle dichiarazioni relative all'insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi, da parte delle Strutture competenti a svolgere le istruttorie relative ai conferimenti.

L'analisi del contesto organizzativo, come sopra tracciata, e l'elaborazione di un Piano triennale che completi in maniera adeguata il quadro delle misure per la prevenzione, costituito, in parte, da quelle individuate dai singoli dirigenti, richiede una necessaria, forte e continua interlocuzione tra il RPC e i soggetti interni all'amministrazione, che si risolve in un dovere di informazione, da parte degli stessi, "nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano".

## DIPENDENZE

### LAZIO

**Decreto del Commissario ad Acta 18 gennaio 2017, n. U00026** - Lotta alla Droga. Prosecuzione dei progetti coinvolti nella procedura di cui al combinato disposto dal DCA n. U0013/2015 e dal DCA n. U00295/2015. (BUR n. 8 del 26.1.17)

### Note

### PREMESSA

I servizi per le dipendenze come i Centri Diurni, i Centri di Prima Accoglienza, le Unità di Strada, i Centri di Consulenza Specialistica sono accreditati nella maggioranza delle Regioni e dal Sistema Sanitario Regionale, e che nella Regione Lazio, in attesa che sia completato il percorso dell'accreditamento istituzionale, sono stati realizzati come progetti finanziati dal Fondo Lotta alla Droga.

Con il DCA 13/2015 "Riorganizzazione della rete dei servizi per le patologie da dipendenza e per i comportamenti di addiction" la Regione Lazio ha inteso rimodulare e aggiornare l'offerta dei servizi, ivi compresa l'offerta dei servizi pubblici, anche al fine di fornire un'efficace risposta assistenziale alle mutate esigenze legate al fenomeno di uso, abuso e dipendenza da sostanze.

Con il DCA n. U00214 del 28 maggio 2015 e s.m.i. sono stati definiti i "Requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie nell'ambito delle patologie da dipendenza e dei comportamenti

Con il DCA n. U00295 del 26/06/2015 "L.R. n. 4/2003 – R.R. n. 2/2007 è stato disposto l'Avvio delle procedure di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie nell'ambito delle patologie da dipendenza e dei comportamenti di addiction, in attuazione del DCA U00013 del 13/01/2015 che delinea il percorso autorizzativo dei progetti.

I servizi erogati attraverso i sopracitati progetti costituiscono tipologie di servizi sanitari previsti dalla normativa di settore (DPR 309/90 e successive modificazioni) e dai LEA, e attualmente garantiti dalla Regione Lazio esclusivamente attraverso i 45 Progetti territoriali approvati con DGR 119/2013.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Vengono prorogati fino al 30.04.2017 i progetti di cui all'allegato 1 che forma parte integrante e sostanziale al presente decreto (a cui si fa rinvio).

<b>GIOVANI</b>
----------------

#### **LAZIO**

**Determinazione 17 gennaio 2017, n. G00336 PO 2014/2020.** - Avviso Pubblico - "Sperimentazione di un Progetto integrato educativo, formativo e di socializzazione per ragazzi" - Impegno di euro 250.000,00 - Asse II - Inclusione sociale e lotta alla povertà (Priorità di investimento 9.i.) "Inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva e migliorare l'occupabilità", obiettivo specifico 9.2 "Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, delle persone maggiormente vulnerabili" - Determinazione Dirigenziale n. G15347 del 19/12/2016 Riapertura termini presentazione candidature. (BUR n. 8 del 26.1.17)

#### **Note**

Con la Determinazione Dirigenziale n. G15347 del 19/12/2016 avente ad oggetto "PO 2014/2020. – è stata disposta l' "Approvazione Avviso Pubblico - "Sperimentazione di un Progetto integrato educativo, formativo e di socializzazione per ragazzi" – Impegno di €. 250.000,00 – Asse II – Inclusione sociale e lotta alla povertà - Priorità di investimento 9.i.) "Inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva e migliorare l'occupabilità", obiettivo specifico 9.2 "Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, delle persone maggiormente vulnerabili".

Il paragrafo 10 "Scadenza" dell'Avviso Pubblico di cui alla predetta Determinazione Dirigenziale n. . G15347 del 19/12/2016 prevede: - la presentazione delle proposte progettuali dalle ore 9.00 del 23/01/2017 alle ore 17.00 del 13/02/2017.

Al fine di consentire le operazioni di adeguamento del sistema informativo che interesseranno anche la gestione della procedura telematica di presentazione delle proposte progettuali, si ritiene opportuno posticipare i termini di apertura dell'avviso, viene stabilita la riapertura dei termini per la presentazione delle proposte progettuali per il seguente periodo: dalle ore 9:00 del 31/01/2017 alle ore 17.00 del 14/02/2017.

**Determinazione 31 gennaio 2017, n. G00873** - Legge regionale 7 giugno 1999, n. 6, art. 82. - APQ Lazio in materia di Politiche giovanili ed attività sportive 2007-2009. Azione "Comunità Giovanili", Annualità 2010, fondi esercizio finanziario 2011. Revoca, perfezionamento e scorrimento graduatoria di cui alla D.D. n. G03042 del 26/11/2013. (D.D. n. B5956 del 21/07/2011 - D.G.R. n. 143 del 12/06/2013). (BUR n. 11 del 7.2.17)

**Note**

Si procede allo scorrimento della graduatoria “B” dei progetti ammessi a finanziamento per le quote di contribuzione di cui alla D.D. n. G03042 del 26/11/2013, come da seguente elenco, sulla base della rinuncia pervenuta dalla Associazione “Roma World Center” e della revoca dei finanziamenti relativi alle associazioni “Start”, “Giovani Insieme” e “SMN” -:

**B. - GRADUATORIA DEFINITIVA FINANZIAMENTO COMUNITA' GIOVANILI**

Ass. Juppiter Nuove vie per un Mondo Unito

Ist. Mus. Collegium Artis

Università Nuova 1991

Giovani per un Mondo Unito Castelli Romani

Giovani Insieme

Ass. Cult. Foro

Ass. Artestudio

Roma Sempre nel Mondo

Forza ai Giovani

Comunità di S.Egidio Onlus

Studenti senza Frontiere Onlus

Villaggio Locale

Ass. Cult. Giov. Idealbano

Ass. Giovanile Forever

Ass. I.C.S.

Gener@zione

Ass. Controvento

Com. Giov. Leonardo da Vinci

Ass. Giov. Mare e Natura

Com. Giov. Formiana

Ass. Giov. Gheranos

Com. Giov.

Meeting Giovani Prendete il largo Onlus

A seguito di scorrimento – risultano finanziati i soggetti/progetti presentati dall'Associazione “Foro 753 ” (n. 10 plico n. 38) e dall'Associazione Artestudio (n.11, plico n. 61), per un impegno complessivo di risorse pari a € 130.538,40

**PUGLIA**

**DGR 31.1.17, n. 71** - L.r. 17/2005 Interventi in materia di politiche giovanili. Contributo a favore della Provincia di Barletta Andria Trani per l'apertura di un Centro Eurodesk. (BUR n. 19 del 10.2.17)

**Note****PREMESSA**

L'art. 21 della Lr. 17/2005 dal titolo "Interventi in materia di politiche giovanili", definisce per grandi linee la natura degli interventi da realizzare, prevedendo che sul capitolo di bilancio 814010 vengano imputati provvedimenti di spesa per l'attuazione delle politiche giovanili:

- per favorire l'attuazione di specifiche strategie rivolte alla valorizzazione delle potenzialità e delle competenze delle nuove generazioni in vari ambiti di intervento, quali la formazione, il lavoro, il tempo libero, la vita associativa, la cultura, l'educazione, la partecipazione, la fruibilità degli spazi urbani, le pari opportunità;
- per contribuire a ridurre il divario tra la formazione ed il mondo del lavoro l'attività di stage con borse di tirocinio presso le strutture regionali, al fine di consentire l'applicazione sperimentale di competenze acquisite in ambiti formativi post-laurea e/o post-diploma e contemporaneamente il trasferimento di conoscenze ed esperienze innovative rispetto ai modelli e ai metodi di lavoro attualmente praticati nell'amministrazione regionale.

Eurodesk è la struttura del Programma unitario Erasmus+ dedicata all'informazione, alla promozione e all'orientamento sui programmi in favore dei giovani promossi dall'Unione Europea e dal Consiglio d'Europa; • Gli sportelli Eurodesk (nelle modalità Antenna, Agenzia o Centro) hanno il ruolo di segnalare ai giovani le opportunità esistenti in tema di borse di studio, concorsi, finanziamenti, formazione, tirocini messi a disposizione dall'UE.

In Puglia esistono quattro sportelli Eurodesk nessuno dei quali nella Provincia BAT e la rete italiana Eurodesk segnala come prioritario l'insediamento di un tale sportello in detto territorio.

**LA DISPOSIZIONE**

Viene approvato il contributo di € 10.000,00 a favore della Provincia di Barletta Andria Trani per l'apertura di un Centro Eurodesk presso l'Ufficio Informagiovani del Comune di Andria e le prime spese di pubblicizzazione.

**IMMIGRATI****EMILIA ROMAGNA**

**DGR 6.2.17, n. 119** - Approvazione della graduatoria degli interventi ammissibili a contributo ai sensi della D.G.R. 242/2016. Attribuzione dei contributi e approvazione del Disciplinare relativo alle procedure per la concessione, l'impegno e la liquidazione dei contributi destinati a tali interventi. (BUR n. 35 del 13.2.17)

**Note****PREMESSA**

La L.R. 16 luglio 2015, n. 11 "Norme per l'inclusione sociale di rom e sinti" stabilisce:

- all'art. 3, comma 1 che "La Regione, i comuni e le loro unioni, costituite ai sensi della legge regionale n. 21 del 2012, nel rispetto delle scelte di vita e delle tradizioni culturali di rom e sinti, in condizioni di piena parità con gli altri cittadini e in relazione allo status giuridico dei singoli, favoriscono processi di autonomia, emancipazione e integrazione sociale ed in particolare:

- a) sostengono il superamento delle aree sosta di cui all'articolo 4 della legge regionale 23 novembre 1988, n. 47 (Norme per le minoranze nomadi in Emilia-Romagna) di grandi dimensioni, in quanto fonti di esclusione e discriminazioni;
  - b) promuovono la sperimentazione e lo sviluppo di soluzioni insediative innovative di interesse pubblico, quali le microaree familiari, pubbliche e private;
  - c) promuovono processi di transizione alle forme abitative convenzionali;
  - d) sostengono iniziative, anche sperimentali, di autocostruzione e auto recupero, nell'ambito di percorsi di accompagnamento all'autonomia socio-economica e abitativa";
- all'art. 3, comma 4 che:

- per sostenere la realizzazione degli interventi sopra richiamati la Regione possa concedere contributi ai Comuni o alle loro unioni;
- la Giunta regionale, con proprio atto, disciplini modalità e criteri per la concessione dei contributi, dando priorità ai comuni o alle loro unioni che definiscono la programmazione degli interventi a livello territoriale nell'ambito dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere;

Richiamata inoltre la propria deliberazione n. 43 del 25 gennaio 2016 “Approvazione dei requisiti tecnici e delle prescrizioni urbanistiche ed edilizie delle microaree familiari pubbliche e private ai sensi dell’art. 3, comma 1, lettera B) della L.R. 11/2015 e successive modificazioni;

Viste le proprie deliberazioni:

- n. 242 del 22 febbraio 2016 “Approvazione delle modalità e dei criteri per la concessione dei contributi previsti dall’art. 3, comma 4 della L.R. 16 luglio 2015, n. 11” con cui vengono approvati le modalità e i criteri per la concessione dei contributi previsti dalla L.R. 11/2015, art. 3, comma 4” finalizzati al superamento delle aree sosta di grandi dimensioni e di tutte quelle situazioni di grave degrado, insicurezza e tensione sociale che caratterizzano alcuni insediamenti di persone appartenenti alle comunità rom e sinte;

- n. 641 del 2 maggio 2016 “Proroga del termine di presentazione delle domande per la concessione dei contributi di cui alla delibera di giunta regionale n. 242/2016”;

Dato atto che relativamente alle deliberazioni sopra richiamate:

- sono stati definiti all’allegato 1 parte integrante e sostanziale della DGR 242/2016 i criteri e le modalità con cui i Comuni e le loro Unioni potevano presentare domanda di contributo per le finalità sopradescritte;

- sono state individuate risorse, per un totale di 1.000.000,00 di €, da destinare al finanziamento di interventi sia in spesa corrente sia in conto capitale.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Viene approvata sulla base dell’istruttoria/valutazione tecnico-amministrativa compiuta dal Gruppo di Lavoro a tale fine costituito, la graduatoria degli interventi ammessi a contributo così come dettagliato all’Allegato 1, “Graduatoria finale delle domande di contributo” parte integrante e sostanziale del presente atto.

Viene approvato l’elenco degli interventi ammessi e non ammessi a contributo e relative somme attribuite rispettivamente in spesa corrente e in conto capitale di cui all’allegato 2, lett. A) e lett. B) dando atto che per le motivazioni espresse in premessa non sono state considerate ammissibili le domande presentate dai Comuni di Rimini e Ferrara per quanto concerne la sola richiesta di contributo in conto capitale.

<b>Comune di Bologna</b>	<b>14</b>
<b>Comune di Rimini</b>	<b>13</b>
<b>Comune di Modena</b>	<b>11</b>
<b>Comune di Carpi (Mo)</b>	<b>9</b>
<b>Unione della Romagna Faentina (Ra)</b>	<b>9</b>
<b>Comune di Casalecchio di Reno (Bo)</b>	<b>7</b>
<b>Comune di Camposanto (Mo)</b>	<b>5</b>
<b>Comune di Ferrara</b>	<b>5</b>
<b>Comune di Reggio Emilia</b>	<b>4</b>

### INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

**SICILIA**

**DASS 17.1.17** - Costituzione del gruppo di lavoro assessoriale per gli interventi di governance sanitaria in materia socio-sanitaria. /(GURS n . 6 del 10.2.17)

Articolo unico

a) È costituito il Gruppo di lavoro assessoriale per gli interventi di governance sanitaria relativamente alle prestazioni previste dall'area socio-sanitaria (DPCM 29 novembre 2001 "Tabella 1 C"), composto dai seguenti servizi:

- servizio 5 "Economico-finanziario" (DPS);
- servizio 8 "Programmazione territoriale ed integrazione socio-sanitaria" (DPS);
- servizio 1 "Accreditamento istituzionale" (DASOE);
- servizio 11 - "Tutela della fragilità" (DASOE);

b) il superiore Gruppo di lavoro assessoriale si avvarrà dei seguenti componenti esperti per i quali non è contemplato alcun onere per l'Amministrazione regionale:

- dott Giovanni Cupidi in rappresentanza dei pazienti affetti da gravi tetraplegie;

c) le funzioni del Gruppo di lavoro sono finalizzate a:

- implementare i processi di presa in carico attraverso la valutazione multidimensionale;
- implementazione PUA;
- garantire l'individuazione del setting di erogazione delle prestazioni (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e l'ammissione al livello appropriato di intensità assistenziale;
- agevolare tutte le azioni necessarie per consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente;
- rinforzare azioni specifiche per rendere omogenea, a livello regionale, la continuità assistenziale "Ospedale-territorio";
- garantire la sostenibilità dei singoli interventi.

L'attività di coordinamento del Gruppo di lavoro di cui al precedente comma a) sarà svolta dal servizio 8 "Programmazione territoriale ed integrazione socio-sanitaria" (DPS).

<b>MINORI</b>
---------------

## **CALABRIA**

**L.R. 2.2.17, n.2** - Istituzione dell'osservatorio regionale per i minori. (BUR . 12 del 2.2.17)

Art. 1 (Finalità)

1. La Regione Calabria, secondo i principi della Costituzione e delle leggi vigenti, riconosce che ogni forma di prevaricazione, condizionamento e violenza contro i minori costituisce una negazione del diritto all'inviolabilità della persona, della sua libertà e dignità.

Art. 2 (Osservatorio regionale dei minori)

1. Per le finalità di cui all'articolo 1 è istituito l'Osservatorio regionale dei minori presso il dipartimento regionale competente in materia di politiche sociali, che assicura il necessario supporto tecnico, amministrativo e funzionale.

Art. 3 (Composizione e funzionamento)

1. L'Osservatorio regionale sui minori, di seguito denominato Osservatorio, è composto da:

- a) l'assessore regionale alle politiche sociali, o suo delegato, con funzioni di Presidente;
- b) il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza con funzione esclusivamente consultiva;
- c) un delegato del dipartimento regionale competente in materia di tutela della salute;
- d) un rappresentante dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI Calabria);
- e) un rappresentante dell'Unione delle province d'Italia (UPI) della Calabria;
- f) tre rappresentanti appartenenti al terzo settore operanti nel territorio della Regione Calabria;
- g) un rappresentante del Comitato Unicef Calabria.

2. In considerazione delle particolari funzioni dell'Osservatorio, nonché per lo svolgimento in collaborazione di attività istituzionali di interesse comune, previo accordo con le pubbliche

amministrazioni interessate, sono definite le modalità per la partecipazione ai lavori dell'Osservatorio delle autorità giudiziarie e delle altre autorità statali competenti in materia di infanzia e di adolescenza.

3. La partecipazione dei componenti dell'Osservatorio è gratuita.

4. I componenti dell'Osservatorio restano in carica quattro anni e possono essere riconfermati.

5. Il funzionamento dell'Osservatorio può essere disciplinato da apposito regolamento interno, adottato a maggioranza assoluta dei componenti.

6. Svolge mansioni di segretario un funzionario del dipartimento competente in materia di politiche sociali della Regione Calabria.

Art. 4 (Compiti e finzioni)

1. L'Osservatorio svolge principalmente funzioni di analisi, studio e ricerca sulle principali problematiche inerenti i minori, contribuendo a fornire orientamenti e proposte operative alla Giunta regionale in ordine alle aree di competenza relative alla povertà minorile economica e culturale, all'integrazione, alla genitorialità e ai servizi educativi.

2. In particolare, l'attività dell'Osservatorio regionale attua quanto previsto dall'Osservatorio nazionale per i minori attraverso i seguenti compiti:

a) acquisizione e restituzione di dati statistici sulla popolazione minorile a coloro che, nei diversi livelli di responsabilità politica, istituzionale, sociale e culturale, si occupano di infanzia e adolescenza;

b) promozione di ricerche, approfondimenti tematici e analisi dei dati e dei fenomeni rilevati in ambito regionale;

c) monitoraggio delle esperienze significative avviate sul territorio regionale per tradurre ulteriori bisogni in risposte adeguate;

d) collaborazione con l'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, istituito con la legge 23 dicembre 1997, n. 451, attraverso l'invio dei dati sui minori in ambito regionale, volti alla redazione della relazione biennale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, ed il monitoraggio dell'attuazione sul territorio del Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva;

e) collaborazione col Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza;

f) diffusione dei risultati conseguiti in modalità open data e attraverso le attività di statistica e di ricerca;

g) favorire la rete con i vari organismi e enti locali, per realizzare una unitaria strategia a favore dei minori;

h) relazione annuale sull'attività amministrativa svolta sul territorio regionale con riguardo ai problemi dei minori, anche al fine di consentire alla Giunta regionale la formulazione di direttive agli enti locali;

i) realizzazione di mappe aggiornate dei servizi pubblici e privati e delle risorse destinate alla popolazione minorile;

j) analisi dei fabbisogni formativi degli operatori pubblici che intervengono sui minori;

k) valutazione degli interventi regionali e proposte per rendere gli stessi più efficaci o suggerimenti in ordine a nuovi interventi.

Art. 5 (Programma annuale di attività)

1. L'Osservatorio, entro la fine di ottobre di ogni anno, predispone un programma di attività da svolgere nell'anno successivo, corredato da un'analisi finanziaria e dalla indicazione della relativa copertura.

2. Il programma annuale di attività è approvato con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 6 (Relazione annuale)

1. L'Osservatorio presenta al Consiglio regionale, entro il 31 dicembre di ogni anno, una relazione dettagliata sui dati acquisiti, sull'attività svolta, sulle osservazioni e proposte elaborate.

2. La relazione annuale è diffusa sul sito web regionale e pubblicata sul Bollettino ufficiale telematico della Regione Calabria.

Art. 7 (Clausola di invarianza degli oneri finanziari)

1. All'attuazione delle disposizioni della presente legge si provvede utilizzando le risorse umane, finanziarie e strumentali esistenti a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza regionale.

## **EMILIA-ROMAGNA**

**RISOLUZIONE - Oggetto n. 3887** - Risoluzione per impegnare la Giunta - definiti, in sede di indirizzi assembleari, criteri di equità ed omogeneità delle politiche tariffarie applicate dai comuni per i servizi di nido per i bambini della fascia 0-3 anni - a sostenere, anche economicamente, un abbattimento delle tariffe per le famiglie più disagiate. A firma dei Consiglieri: Marchetti Francesca, Boschini, Zoffoli, Pruccoli, Tarasconi, Mori, Rontini, Rossi Nadia, Iotti, Soncini, Poli, Caliandro, Cardinali, Ravaioli, Bessi, Lori, Bagnari, Montalti, Paruolo, Serri, (BUR n. 30 dell'8.2.17)

L'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna

Premesso che

la programmazione condivisa ed il supporto economico che contraddistinguono l'azione della Regione Emilia-Romagna in ambito di servizi all'infanzia, ci ha portato ad essere la Regione italiana con la più ampia diffusione di tali servizi, l'unica ad aver superato l'obiettivo di Lisbona, col 35,5% di posti disponibili in relazione al totale dei bambini in età d'accesso (dati a.s. 2014-15);

ciò è il frutto di accorte e continue politiche di investimento portate avanti dagli enti locali con il sostegno della Regione, in un sistema integrato pubblico-privato che vede il pieno coinvolgimento di diversi gestori, nel rispetto di regole e principi comuni;

su questa linea prosegue la recentissima L.R. 19/2016, che ridefinisce il sistema delle prestazioni con una maggiore attenzione alle esigenze di qualità e flessibilità, confermando il ruolo sistemico dell'azione coordinata fra tutti gli attori coinvolti, istituzionali, pubblici o privati che siano.

Rilevato che

negli ultimi anni, a causa della persistente crisi economica, si è assistito ad un calo delle iscrizioni ai nidi, dovuto sia al fatto che le rette risultano sempre meno sostenibili per molte famiglie, sia al fatto che i genitori, entrambi nella peggiore delle ipotesi, si sono trovati fuori dal mercato del lavoro e quindi non necessitanti di tale servizio;

il nido resta tuttavia un servizio fondamentale, la cui fruizione va supportata sia in un'ottica di integrazione sociale e di primo approccio educativo, sia perché rende più agevole ai genitori il mantenimento del proprio impiego o la ricerca di un nuovo lavoro.

Evidenziato che

posto che l'azione della Regione non può eccedere l'individuazione condivisa con il sistema delle autonomie locali, essendo il sistema tariffario dei servizi a titolarità pubblica competenza dell'ente locale - che detiene potestà regolamentare e autonomia di bilancio -, la citata l.r. 19/16 tratta del tema delle rette rimandando agli emanandi indirizzi dell'Assemblea legislativa, previo parere di ANCI Emilia-Romagna, l'individuazione di tariffe che rispondano "a criteri di equità e omogeneità delle politiche tariffarie applicate dai comuni per i servizi di cui alla presente legge, che riguardino anche la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi medesimi...".

Sottolineato che

la L. 107/2015 (cd. "buona scuola") prevede l'istituzione del "sistema integrato di educazione e istruzione dalla nascita fino ai sei anni";

l'ultimo Consiglio dei Ministri ha varato diversi decreti attuativi delle deleghe da essa previste, ivi compresa quella relativa al segmento 0-6, definendo un nuovo disegno del sistema di responsabilità maggiormente condivisa tra Stato, Regioni e Comuni, e le relative previsioni a carico del Bilancio dello Stato e ad oggi siamo in attesa di conoscere nel dettaglio i contenuti del testo.

Posto che

certamente l'entità dei contributi regionali rappresenta un elemento di sostegno per il sistema dei servizi, che anche grazie al sostegno finanziario dello Stato e delle Regioni può attuare politiche di contenimento delle rette.

Si impegna

in sede di discussione dei citati indirizzi assembleari, a definire criteri di equità e omogeneità delle politiche tariffarie applicate dai comuni per i servizi di cui alla presente legge - che riguardino anche la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi medesimi - e che agevolino il più possibile la frequentazione dei servizi di nido per i bambini della fascia 0-3, con particolare attenzione alle fasce di disagio sociale ed economico.

Impegna la Giunta

a sostenere anche economicamente, per quanto di sua competenza e nell'ambito della collaborazione con gli Enti Locali, il massimo abbattimento perseguibile delle tariffe per le famiglie economicamente più disagiate, in relazione anche agli stanziamenti statali che saranno alla base dell'attuazione dei decreti citati.

## **LIGURIA**

**DGR 30.12.16 n. 1288** - Sperimentazione e consolidamento del programma P.I.P.P.I. (Programma Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) - FASE 6: Impegno e liquidazione Euro 25.000,00. (BUR n. 4 del 25.1.17)

**Note**

### **PREMESSA**

il Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.), promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con l'assistenza tecnica dell'Università degli Studi di Padova, si è sviluppato con la prima fase a partire dal 2011 coinvolgendo le sole città "riservatarie" della Legge 285/97 fra cui Genova, e successivamente allargando tale sperimentazione ai territori regionali; - nella prima fase di ampliamento regionale del 2013, la sperimentazione si è allargata a tutto il territorio della Conferenza dei Sindaci della ASL 3 Genovese, anche in considerazione degli esiti positivi ottenuti nella prima e seconda fase di sperimentazione sul Comune di Genova e dell'opportunità di valorizzare le risorse umane ed organizzative già attivate nella stessa.

Nella seconda fase di ampliamento regionale del 2014, la sperimentazione (attualmente in fase di chiusura) ha interessato il territorio del DSS 18 spezzino, che aveva manifestato il suo interesse al programma.

Nella terza fase di ampliamento regionale del 2015, la sperimentazione (attualmente in fase di implementazione) ha interessato la Conferenza dei Sindaci di ASL 3 insieme ai DSS 14 e 15 e il DSS 19.

Il Ministero ha ritenuto anche per l'anno in corso di adottare con D.D. n. 277 del 25 ottobre 2016 le Linee Guida per la presentazione delle proposte di adesione alla sperimentazione del modello di intervento P.I.P.P.I.

Il Ministero ha inteso finanziare 56 proposte di adesione per un finanziamento complessivo di Euro 2.800.000,00, prevedendo da parte delle Regioni proponenti un co-finanziamento minimo del 20% del costo totale del progetto.

La Regione Liguria risulta avere la possibilità, secondo le indicazioni ministeriali riportate nel Decreto Direttoriale sopra richiamato, di presentare una sola candidatura e indicare altri ambiti eventuali come eccedenti.

### **LA DISPOSIZIONE**

Viene autorizzata la spesa di Euro 25.000,00= quale quota di co-finanziamento complessiva per l'implementazione del Programma P.I.P.P.I. fase 6, che viene così ripartita;

**AMBITO DI SPERIMENTAZIONE**

**COMUNE CAPOFILIA**

**CODICE FISCALE**

**CONTABILITÀ SPECIALE**

**EURO**

Distretto Sociosanitario 7 Savona 00175270099 0062176 12.500

Distretto Sociosanitario 18 La Spezia 00211160114 0062164 12.500

## **MOLISE**

**DGR 20.1.7, n. 15** risorse fsc 2007-2013 – Delibera del cipe 11 luglio 2012, n. 79 – obiettivo di servizio "servizi per l'infanzia". deliberazione della giunta regionale n. 497 del 1 ottobre 2014 di aggiornamento del piano di azione per l'ambito tematico "servizi per l'infanzia". azione 3 "definizione e sperimentazione di servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia, nei comuni non coperti da altri servizi o dove questi siano particolarmente deboli". Approvazione avviso. (BUR n. 3 del 1.2.17)

### **Note**

Viene preso atto dell'Avviso pubblico di chiamata a progetto per i Comuni molisani, per la "Definizione e sperimentazione di servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia, nei Comuni non coperti da altri servizi o dove questi siano particolarmente deboli" – annieducativi 2016-2017 e allegato quale parte integrante e sostanziale del presente documento istruttorio, trasmesso dal Servizio Programmazione Politiche Sociali della Direzione Generale per la Salute con nota prot. n. 5744 del 19 gennaio 2017, agli atti del Servizio Coordinamento Fondo per lo Sviluppo e la Coesione del I Dipartimento.

Viene approvato il predetto Avviso per la "Definizione e sperimentazione di servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia, nei Comuni non coperti da altri servizi o dove questi siano particolarmente deboli" – anni educativi 2016-2017 e 2017-2018, del valore finanziario di euro 527.927,00 a carico delle risorse premiali assegnate dalla delibera del CIPE n.79/2012 (a cui si fa rinvio).

## **PUGLIA**

**DGR 31.1.17, n. 68** - Strutture di seconda accoglienza dei minori stranieri non accompagnati - D.M. Interno n.6715 del 22/04/2016. (BUR n. 20 del 13.2.16)

### **Note**

#### **PREMESSA**

- l'art.19 del D.Lgs.142 del 18.8.2015 prevede che, per le esigenze di soccorso e di protezione immediata, i minori stranieri non accompagnati siano accolti in strutture governative di prima accoglienza, istituite con decreto del Ministero dell'Interno, per il tempo strettamente necessario, comunque non superiore a sessanta giorni, alla identificazione e all'eventuale accertamento dell'età, nonché a ricevere, con modalità adeguate alla loro età, ogni informazione sui diritti riconosciuti al minore e sulle modalità di esercizio di tali diritti;

- la norma prevede che le strutture di prima accoglienza siano attivate dal Ministero dell'interno, in accordo con l'ente locale nel cui territorio è situata la struttura, e gestite dal Ministero dell'interno anche in convenzione con gli enti locali, e che, con decreto del Ministro dell'interno, siano fissate le modalità di accoglienza, gli standard strutturali, in coerenza con la normativa regionale, e i servizi da erogare, in modo da assicurare un'accoglienza adeguata alla minore età, nel rispetto dei diritti fondamentali del minore;

- con l'obiettivo di far fronte al massiccio afflusso migratorio, che ha ormai assunto connotati di persistenzastrutturale, il Ministero dell'Interno ha posto in essere interventi finalizzati all'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati; tali interventi si inseriscono in un sistema di accoglienza articolato su due livelli: la prima e la seconda accoglienza;

- con Decreto del Ministero dell'Interno n.6715 del 22.4.2016, sono stati emanati i seguenti avvisi pubblici per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020

— obiettivo specifico 1 — obiettivo nazionale 1 — lett. e: "Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei Minori Stranieri non Accompanati (MSNA)" e "Potenziamento della capacità ricettiva del sistema di seconda accoglienza dei Minori Stranieri non Accompanati (MSNA)" ;

- l'avviso "Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei Minori Stranieri non Accompanati (MSNA)" prevede l'erogazione in strutture, di servizi ad alta specializzazione per

l'accoglienza temporanea dei MSNA, con l'attivazione di 1.000 posti giornalieri complessivi distribuiti sul territorio nazionale;

- in ciascun progetto dovrà essere garantita l'accoglienza giornaliera di 50 MSNA per un periodo non superiore a 60 giorni per singolo MSNA e l'erogazione di circa 47.350 giornate di accoglienza complessiva nel periodo 23.8.2016 - 27.3.2019;

- l'avviso indica il contenuto delle proposte progettuali, i requisiti delle strutture di accoglienza, e le figure professionali richieste;

- per accedere al finanziamento previsto dal suddetto avviso, le domande devono essere presentate entro il 30.6.2016 ed essere corredate dal provvedimento di autorizzazione della struttura individuata dalla proposta progettuale;

- l'avviso "Potenziamento della capacità ricettiva del sistema di seconda accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA)" prevede che anche le strutture di seconda accoglienza dei MSNA siano regolarmente autorizzate;

- in data 5.5.2016, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha peraltro approvato le linee di indirizzo ed i requisiti minimi delle strutture per la seconda accoglienza dei MSNA di età compresa tra i 16 ed i 18 anni.

### **LA RICADUTA SULLA REGIONE**

- la L.R. n. 19/2006 dispone che sono soggette ad autorizzazione tutte le strutture ed i servizi socio assistenziali rivolti a minori, per interventi socio assistenziali ed educativi integrativi o sostitutivi della famiglia (art. 40), e che il provvedimento di autorizzazione al funzionamento determina la legittimità all'esercizio delle attività delle strutture e dei servizi autorizzati (art.49);

- il R.R. n. 4/2007, attuativo della L.R. 19/2006, non prevede tuttavia strutture di prima accoglienza per MSNA aventi le caratteristiche previste dall'avviso pubblicato dal Ministero dell'Interno, né strutture di seconda accoglienza per MSNA di età compresa tra i 16 ed i 18 anni aventi i requisiti indicati nelle linee di indirizzo approvate in data 5.5.2016 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome;

- in base all'art.44 del R.R. n. 4/2007, la Regione, riconoscendo la necessità di favorire sperimentazioni e soluzioni innovative nella organizzazione e nella progettazione di strutture e servizi che tengano conto delle evoluzioni normative e della evoluzione del sistema dei bisogni della popolazione, procede, mediante deliberazioni di Giunta Regionale e previa intesa con i comuni, alla definizione di altre strutture e servizi e alla individuazione dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali minimi per le autorizzazioni;

- con D.G.R. n. 934 del 26.6.2016 si è disposto quanto segue:

1. di approvare, nelle more dell'adozione del decreto del Ministero dell'Interno che dovrà istituire le suddette strutture di prima accoglienza per MSNA (così come previsto dall'art.19 del D.Lgs.142 del 18.8.2015), i requisiti strutturali e gestionali relativi alle strutture per la prima accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati, di cui all'allegato 1, tenendo conto di quanto previsto dall'avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – obiettivo specifico 1 – obiettivo nazionale 1 – lett. e – "Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA)", emanato con Decreto del Ministero dell'Interno n.6715 del 22.4.2016;

2. di disporre che i Comuni, nelle more dell'approvazione del decreto del Ministero dell'Interno che dovrà istituire le suddette strutture di prima accoglienza per MSNA, seguendo la procedura prevista dalle vigenti disposizioni regionali, rilascino autorizzazioni aventi validità fino al 27.3.2019 (data entro cui è prevista la conclusione delle attività progettuali finanziate dall'avviso pubblico del Ministero dell'Interno), in favore delle strutture di accoglienza per MSNA, aventi i requisiti di cui all'allegato 1;

3. di dare mandato alla Sezione Politiche di Benessere Sociale e Pari Opportunità di predisporre gli atti necessari per la modifica del Regolamento Regionale n.4/2007, introducendo la disciplina relativa alle strutture di seconda accoglienza per MSNA di età compresa tra i 16 ed i 18 anni tenendo conto

delle linee di indirizzo approvate in data 5.5.2016 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome;

- i requisiti strutturali e gestionali relativi alle strutture per la prima accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati, di cui all'allegato 1 della DGR 934/2016, non riguardano solo le strutture che hanno partecipato all'avviso pubblico emanato con Decreto del Ministero dell'Interno n.6715 del 22.4.2016.

### **LA DISPOSIZIONE**

Al fine di favorire la sperimentazione delle strutture di seconda accoglienza per MSNA di età compresa tra i 16 ed i 18 anni di cui alle linee di indirizzo approvate in data 5.5.2016 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, così come previsto dall'art.44 del R.R. n.4/2007, vengono individuati i requisiti strutturali, organizzativi e funzionali minimi per l'autorizzazione delle suddette strutture, riservandosi di valutarne gli esiti al termine della sperimentazione;

#### **NB**

L'ANCI ha espresso parere favorevole in merito ai requisiti per l'autorizzazione delle suddette strutture.

<b>NON AUTOSUFFICIENTI</b>
----------------------------

#### **MOLISE**

**DGR 20.1.7, n. 13** - Fondo nazionale non autosufficienza 2016. programma attuativo" interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa". (BUR n. 3 del 1.2.17)

#### **DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

**PREMESSO** che:

- con decreto interministeriale del 26 settembre 2016 del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie con delega in materia di Politiche per la Famiglia, sono state ripartite le risorse destinate alle Regioni per l'anno 2016 sulla base degli indicatori della domanda potenziale di servizi per la nonautosufficienzautilizzati, popolazioneresidente per regione di etàpario superiore ai 75 anni, nella misura del 60% e i criteri utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le Politiche Sociali di cui all'art.20,comma 8 della legge 8 novembre 2000, n. 328, nella misura del 40% ed in particolare assegnata alle Regione Molise la somma di € 2.691.000,00;

- il Servizio Programmazione delle Politiche Sociali, preso atto delle risultanze della riunione dell'11 ottobre 2016 con gli Ambiti Territoriali Sociali, incaricati della gestione dell'intervento, in data 7 novembre 2016, con nota n. 123616, ha trasmesso al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali l'elaborato del Programma Attuativo "Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa" e le tabelle 1; 2 e 3 predisposte in funzione di quanto stabilito dal decreto interministeriale 26 settembre 2016, in materia di riparto del Fondo Nazionale per le non Autosufficienze, anno 2016, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presenteatto (allegato A);

- il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con nota del 23.11.2016, n.8341, ha comunicato che i documenti ed il Programma Attuativo, trasmessi dalla Regione Molise, sono stati oggetto di valutazione da parte della Commissione di verifica, di cui al d.D.G. n. 245 del 27.09.2016, che li ha ritenuti idonei perché conformi ai criteri per la destinazione delle risorse assegnate in relazione alla specificità del contesto territoriale, constatando altresì la rispondenza alle condizioni di cui all'art.5, comma 2 del decreto ministeriale 26 settembre 2016;

- con la medesima nota del 23.11.2016, n.8341, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha comunicato di aver avviato le procedure per l'erogazione delle somme di spettanza pari ad euro 2.691.000,00, come previsto nel decreto interministeriale del 26 settembre 2016

- di approvare ex tunc il Programma Attuativo "Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa" e le tabelle 1; 2 e 3 (allegato A),

predisposte in funzione di quanto stabilito dal decreto interministeriale 26 settembre 2016, in materia di riparto del Fondo Nazionale per le non Autosufficienze, anno 2016;

- di autorizzare ex tunc la proposizione al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del Programma Attuativo “Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti

### **PROGRAMMA ATTUATIVO**

“Interventi e servizi assistenziali in favore delle persone non autosufficienti e pazienti con disabilità severa”

#### **PREMESSA**

e La precedente programmazione in materia di non autosufficienza, orientata ad assicurare ai disabili, gravi e gravissimi, presso il loro domicilio, interventi e servizi volti ad elevare il livello della qualità della vita dei malati e dei loro familiari, ha finora consentito di garantire il necessario sostegno ai pazienti con un notevole bisogno assistenziale e di definire le procedure per la presa in carico integrata da parte dei servizi sociali e sanitari.

L’esperienza maturata consente ai servizi territoriali deputati ad assistere una popolazione in condizione di fragilità estrema di erogare le prestazioni con flessibilità e tempestività utilizzando sistemi di accesso semplificati e sostegno nella gestione della malattia, appropriatezza ed efficacia delle cure domiciliari ad alta integrazione.

Per tale ragione, anche al fine di dare continuità alle azioni finora poste in essere e certezza ai pazienti ed alle famiglie circa gli interventi di cui possono fruire, appare utile pianificare i servizi di cui al FNA 2016 in modo non dissimile dalla programmazione degli anni precedenti.

Il numero dei pazienti assistiti, affetti da sclerosi laterale amiotrofica e da altre patologie gravemente invalidanti e le problematiche che le famiglie coinvolte devono affrontare, inducono a destinare la maggior parte delle risorse assegnate ai servizi per la gestione dei pazienti a domicilio (il 72% dell’intero importo).

Il modello organizzativo individua nell’Ambito Territoriale Sociale e nel Distretto Socio-sanitario dell’Azienda Sanitaria Regionale, il cui territorio di competenza coincide, la dimensione ideale per l’esercizio delle funzioni di governo e gestione integrata della rete dei servizi. I risultati soddisfacenti conseguiti con i minori, con grave disabilità, già impegnati in percorsi di studio e formativi a cui in passato è stato concesso un contributo di natura economica per la frequenza di corsi utili ad acquisire competenze finalizzate al raggiungimento di crescenti livelli di autogoverno, inducono a riproporre anche nell’attuale programmazione la frequenza di corsi di autonomia personale, di orientamento, mobilità e per l’apprendimento di capacità necessarie a favorire l’autonomia comunicativa-relazionale.

Allo stesso modo, i Centri Socio Educativi Diurni, strutture a ciclo diurno presenti sul territorio regionale che accolgono soggetti in condizione di grave disabilità di età maggiore dei diciotto anni che hanno terminato il percorso scolastico, con la sperimentazione di nuove attività, che si aggiungono a quelle svolte ordinariamente, arricchiscono l’offerta assistenziale al fine di favorire l’inclusione sociale e l’apprendimento di nuove competenze, scongiurando fenomeni di burn out e l’insorgenza di apatia e disinteresse causati dalla ripetitività delle azioni proposte a persone che frequentano lo stesso centro per molti anni.

Tutti gli interventi previsti nel presente Programma sono finalizzati ad assicurare il maggior livello possibile di qualità della vita del paziente e dei suoi familiari, limitando il costo economico, sociale e psichico legato ad un affaticamento aggiuntivo e/o alla perdita nella qualità della vita.

#### **FINALITÀ**

Il presente programma attuativo, predisposto in funzione di quanto stabilito dal decreto 26 settembre 2016, del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell’Economia e delle Finanze e il Ministro per gli affari regionali e le autonomie con delega in materia di politiche per la famiglia, di riparto del Fondo per le non autosufficienze – annualità 2016, emanato ai sensi dell’art.1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, è finalizzato ad assicurare nella regione Molise un sistema assistenziale domiciliare alle persone in condizione di

disabilità gravissime, a minori, con grave disabilità, la frequenza di corsi per la per l'acquisizione di maggiori livelli di autonomia e ai soggetti che frequentano i Centri Socio Educativi Diurni l'inserimento in attività progettuali, a carattere sperimentale, finalizzate a favorire l'inclusione sociale e l'apprendimento di nuove competenze.

Le risorse impiegate per la sua attuazione sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, individuando le seguenti finalità ed aree prioritarie di intervento:

- a. il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni all'evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;
- b. la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente, in condizione di disabilità gravissima, ed alla sua famiglia, con trasferimenti monetari destinati all'acquisto di servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base del piano personalizzato ed opportunamente monitorati svolti da cooperative o soggetti accreditati ed al riconoscimento del lavoro di cura del familiarecaregiver, in sostituzione di altre figure professionali (quindi remunerato);
- c. interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea per un periodo continuativo nel corso dell'anno di 15 giorni; azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato(es. trasporto) e contributi per l'acquisto di ausili e presidi sanitari non compresi nel nomenclatore sanitario;
- d. contributi per la partecipazione a progetti rivolti a minori con grave disabilità, già impegnati in percorsi di studio e formativi, per la frequenza di corsi finalizzati all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia; e. contributi economici per la realizzazione di attività sperimentali da svolgersi a cura dei Centri Socio Educativi Diurni rivolti a soggetti con grave disabilità che frequentano la struttura.

#### DURATA

Il presente Programma Attuativo ha una durata di dodici mesi.

#### INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

La gestione dei pazienti in condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile richiede un lavoro integrato, dove l'apporto delle diverse professionalità chiamate ad intervenire consente un approccio multidisciplinare che supera la limitatezza e la parzialità delle singole competenze professionali. Il sistema di gestione dei servizi socio-sanitari deve essere improntato a principi di:

- efficacia;
- sicurezza;
- umanizzazione e sostegno psicologico;
- consenso;
- appropriatezza;
- sostenibilità economica.

Con il presente Programma, la Regione si impegna, in conformità con quanto previsto all'art.4 del decreto interministeriale 26 settembre 2016, a consolidare le modalità e le procedure per l'integrazione socio-sanitaria sulla base di quanto indicato di seguito:

- a. massima semplificazione degli aspetti procedurali, di punti unici di accesso alle prestazioni ed ai servizi localizzati negli Ambiti Territoriali Sociali da parte dell'Azienda Sanitaria Regionale ed i Comuni così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari. L'accesso ai servizi sociosanitari, sulla base di quanto disciplinato dalla normativa regionale vigente in materia (Piano Sanitario Regionale e Piano Sociale regionale) è a cura dei Distretti sociosanitari e degli Ambiti Territoriali Sociali (Uffici di Cittadinanza), coincidenti territorialmente;
- b. il rafforzamento delle modalità di presa in carico della persona in condizioni di non autosufficienza attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la

frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle assicurate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione ed il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie. In particolare, la presa in carico della persona in condizione di disabilità gravissima avviene attraverso la formulazione di piani personalizzati di assistenza, redatti dal Servizio Sociale degli Ambiti Territoriali Sociali e dalle UVM distrettuali, comprensivi degli interventi e delle prestazioni, sanitarie e sociali, in un contesto di massima flessibilità delle risposte, rispettose anche delle esigenze del nucleo familiare della persona non autosufficiente;

c. l'implementazione delle modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multi professionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando le scale già adoperate dai servizi territoriali (SVAMA) e, tenendo anche conto, ai fini della valutazione biopsico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci ed inoltre le scale previste per la valutazione delle diverse condizioni elencate all'art. 3 del 26 settembre 2016;

d. il rafforzamento delle procedure e modalità per la programmazione integrata in ambito sociale e sanitario sulla base della coincidenza territoriale degli ATS e dei distretti sociosanitari, in virtù di quanto disciplinato con legge regionale 6 maggio 2014, n.13 "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali";

e. definizione di indirizzi, ferme restando le disponibilità specifiche dei finanziamenti sanitario, sociosanitario e sociale, per la ricomposizione delle prestazioni e delle erogazioni, in contesto di massima flessibilità delle risposte, adattata anche alle esigenze del nucleo familiare della persona non autosufficiente.

#### DESTINATARI

I destinatari del presente Programma sono:

A. Persone, adulti e minori residenti nella regione Molise, in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere sociosanitario nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche. Sono identificate in tali condizioni le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11.02.1980, n. 18, per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 10$ ;

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$ ;

d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;

f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$ ;

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

B. Minori con grave disabilità, riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92, residenti nella regione Molise, impegnati in percorsi di studio e formativi per la frequenza di corsi finalizzati all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia;

C. Centri Socio Educativi Diurni, presenti sul territorio regionale, regolarmente autorizzati/accreditati, per la realizzazione di attività sperimentali rivolte a soggetti con grave disabilità che frequentano la struttura.

#### DESTINATARI LETT. A AZIONI DI SUPPORTO ALLA PERSONA IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ SEVERA ED ALLA SUA FAMIGLIA

Il beneficiario e/o i suoi familiari esprimono la loro preferenza riguardo all'intervento che ritengono possa rispondere in modo migliore alle loro esigenze.

Gli interventi previsti sono i seguenti:

1. un sostegno economico, dell'importo da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, garantito attraverso trasferimenti monetari per l'acquisto da cooperative o soggetti accreditati di servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base del piano personalizzato. (La soglia minima di ore garantite per gli interventi sociali è di n. 8 ore e la massima di n. 14, per n. 52 settimane. Concorrono al raggiungimento del numero delle ore assicurate le prestazioni rese nell'ambito dei Servizi di Assistenza Domiciliare Comunale e l'Assistenza tutelare di base; non concorrono le ore assicurate dall'Home Care Premium);
2. contributo per il caregiver, con la corresponsione di un sostegno economico, dell'importo mensile di €. 400,00 ad integrazione dell'assegno di accompagnamento, necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza. (Solo il 40% delle somme assegnate per gli interventi di cui ai punti 1 e 2 è destinato ad assicurare il contributo per il caregiver; coloro che pur avendo optato per tale intervento non rientrano tra quelli che possono fruirne sono inseriti d'ufficio tra i richiedenti l'azione di cui al punto 1);
3. contributo per il caregiver attraverso la corresponsione di un sostegno economico da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche, per le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica secondo le modalità stabilite nel corso della realizzazione del precedente programma di cui alla deliberazione di Giunta Regionale del 9 gennaio 2012, n. 7; (Per i pazienti di cui ai nn. 1, 2 e 3, in caso di ricovero in struttura ospedaliera, extraospedaliera o struttura socio sanitaria, assistenziale o riabilitativa, per un periodo continuativo superiore a trenta giornate, l'erogazione del contributo deve essere interrotta);
4. ricoveri di sollievo in strutture regionali sociosanitarie o assistenziali, attrezzate per garantire le cure necessarie, individuate dai familiari, con l'onere della quota sociale fino ad un massimo di € 38,00 al giorno, a carico della Regione per un periodo continuativo nel corso dell'anno di n. 15 giorni o azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato (es. acquisto ausili non previsti dal nomenclatore sanitario, trasporto, ecc.) il cui costo preventivamente autorizzato, può essere rimborsato fino ad un massimo di € 3.000,00, comprensivo di IVA al 4%. In caso di costo superiore il beneficiario deve farsi carico della spesa non coperta dal contributo.

#### DESTINATARI LETT. B MINORI CON GRAVE DISABILITÀ IMPEGNATI IN PERCORSI DI STUDIO E FORMATIVI PER INTERVENTI FUNZIONALI ALL'ACQUISIZIONE DI AUTONOMIE

Sostegno economico per minori con grave disabilità già impegnati in percorsi di studio e formativi per interventi funzionali all'acquisizione di autonomie. In particolare, percorsi volti all'apprendimento di competenze per le autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità e di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale.

I pazienti devono essere in possesso di certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92, di documentazione clinica specialistica, del programma e del preventivo del corso che intendono frequentare.

Il PAI che deve prevedere sia gli interventi sociali e sanitari, redatto congiuntamente dall'assistente sociale dell'ATS e dal personale sanitario del distretto socio-sanitario competente, è formulato per i minori disabili sulla base delle valutazioni dei genitori, degli insegnanti, del pediatra o del medico di medicina generale e degli specialisti che li hanno in cura.

Il piano assistenziale deve indicare chiaramente il corso che il minore dovrà frequentare, la durata, il costo, i benefici che si intendono raggiungere ed inoltre deve contemplare azioni utili alla fruizione delle risorse istituzionali, delle occasioni di svago, studio e socialità presenti sul territorio allo scopo di agevolarne l'integrazione scolastica e sociale e scongiurare fenomeni di esclusione e isolamento. I corsi, preventivamente autorizzati, sono rimborsati fino all'importo massimo di € 8.000,00, comprensivo di IVA al 4%. In caso di costo superiore, il beneficiario deve farsi carico della parte di spesa non riconosciuta.

#### DESTINATARI LETT. C CENTRI SOCIO EDUCATIVI PER LA REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ SPERIMENTALI RIVOLTE AGLI UTENTI

Sostegno economico destinato alla realizzazione di progetti sperimentali svolti a cura dei Centri Socio Educativi Diurni, autorizzati ai sensi della normativa vigente, per gli utenti con disabilità grave che hanno terminato il percorso scolastico finalizzato al mantenimento delle capacità residue ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia.

I progetti devono contemplare attività di osservazione e orientamento mirate:

- all'educazione dell'autonomia personale (cura di sé; abilità domestiche; gestione del denaro; gestione del tempo, ecc.);
- al mantenimento delle capacità residue (psichiche, sensoriali, motorie e manuali); - allo sviluppo di competenze linguistiche, logico operative, motorie, manuali;
- all'inserimento nel contesto territoriale;
- all'apprendimento di competenze circa la fruizione di strutture e servizi presenti sul territorio; - all'inserimento degli utenti in iniziative a carattere culturale, sportivo di tempo libero organizzate nel contesto sociale del territorio;

prevedere:

- la formulazione di programmi individualizzati con obiettivi a breve, medio e lungo termine in collaborazione con i servizi territoriali competenti;
- il coinvolgimento delle famiglie nella formulazione dei programmi individualizzati e nella verifica dei risultati.

#### PROCEDURE

La Regione Molise individua gli Ambiti Territoriali Sociali quali soggetti attuatori di tutte le azioni e degli interventi previsti dal presente Programma.

Le risorse finanziarie assegnate sono ripartite sulla base del numero dei residenti al 31.12.2013 (rilevazione ISTAT), nel rispetto della previsione del Piano Sociale Regionale 2015/18 (DGR 409 del 31.07.2015).

Il 60% dell'importo dovuto a titolo di anticipazione ed il restante 40% a seguito di formale rendicontazione della somma già trasferita e dell'acquisizione di una dettagliata relazione sullo stato di realizzazione degli interventi.

Le linee di indirizzo per la definizione delle modalità e delle procedure, omogenee su tutto il territorio regionale saranno oggetto di specifico provvedimento dell'Esecutivo regionale.

#### VERIFICA DI QUALITÀ

Gli interventi per la verifica della qualità nel corso della realizzazione del programma sono a cura del Servizio regionale in collaborazione con gli Ambiti Territoriali Sociali e l'Azienda Sanitaria Regionale.

L'utilizzo delle risorse è monitorato, con cadenza bimestrale, in relazione all'avanzamento amministrativo e contabile con l'acquisizione della documentazione probante relativa alle attività

svolte ed alle spese sostenute. Gli ATS sono tenuti ad alimentare il sistema degli indicatori di qualità, come individuati dal PSR 2015/18, nonché il sistema informativo sociosanitario regionale denominato ASTER.

I dati raccolti saranno inoltre, al fine di migliorare la programmazione, il monitoraggio e la rendicontazione degli interventi, inseriti nel Sistema Informativo Nazionale per la Non Autosufficienza, SINA, promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con capofila la Regione Liguria al quale il Molise ha aderito.

## RISORSE FINANZIARIE E QUADRO ECONOMICO

### RISORSE FINANZIARIE

€ 2.691.000,00

Finanziamento attribuito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

### QUADRO ECONOMICO

Interventi a favore di persone con disabilità gravissime (art. 3 decreto 26 settembre 2016)

€ 1.900.000,00

Costo per l'assistenza domiciliare voucher e sostegno care giver € 1.140.000,00 voucher per assistenza domiciliare € 760.000,00 sostegno caregiver

€ 30.000,00 Ricoveri di sollievo; fornitura di ausili e presidi sanitari non compresi nel nomenclatore sanitario; altri interventi previsti dal PAI

€ 1.930.000,00 Totale

Interventi a favore di persone con disabilità grave

€ 300.000,00 Interventi in favore di minori con grave disabilità impegnati in percorsi di studio e formativi per interventi funzionali all'acquisizione di autonomie

€ 461.000,00

Sostegno economico per la realizzazione di attività progettuali svolte a cura dei Centri Socio Educativi Diurni, autorizzati ai sensi della normativa vigente, agli utenti con disabilità grave che abbiano terminato il percorso scolastico finalizzato al mantenimento delle capacità residue ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia.

€ 761.000,00 Totale

€ 2.691.000,00 TOTALE COMPLESSIVO

Gli importi indicanti nelle singole voci del quadro economico potranno subire variazioni sulla base delle richieste delle persone non autosufficienti che avranno la possibilità, sulla base delle esigenze espresse, di optare per le diverse azioni previste dal Programma. Non sarà in alcun modo ridotta la quota destinata ai disabili gravissimi (lettera A). Le prestazioni sanitarie sono rese dai servizi dell'A.S.Re.M. con risorse del F.S.R. e l'apporto professionale degli assistenti sociali è assicurato dagli ATS/Comuni con oneri a carico del Fondo Sociale Regionale.

Tab.1 – Allocazione risorse assegnate

Finalità (Art. 2, co.1, decreto FNA 2016)

Somme allocate (€)

a) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;

€ 1.140.000,00

Descrizione intervento: sostegno economico, dell'importo da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche garantito attraverso trasferimenti monetari per l'acquisto da cooperative o soggetti accreditati di servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base del piano personalizzato.

b) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli

stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e in tal senso monitorati;

€. 760.000,00

Descrizione intervento: contributo per il caregiver, con la corresponsione di un sostegno economico, dell'importo mensile di €. 400,00 ad integrazione dell'assegno di accompagnamento, necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza e per le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica il contributo da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche.

c) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato, di cui alla lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

€. 30.000,00

Descrizione intervento: corresponsione della quota sociale fino ad un massimo di €. 38,00 al giorno, a carico della Regione per un periodo continuativo nel corso dell'anno di 15 giorni per ricoveri di sollievo in strutture regionali sociosanitarie o assistenziali, attrezzate per garantire le cure necessarie, individuate dai familiari, o azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato (es. acquisto ausili non previsti dal nomenclatore sanitario, trasporto, ecc.)

d) Interventi rivolti a minori con grave disabilità già impegnati in percorsi di studio e formativi per l'acquisizione di autonomie

€. 300.000,00

Descrizione intervento: Sostegno economico per la frequenza di corsi finalizzati all'apprendimento di competenze per le autonomie personali e/o sociali, orientamento e mobilità e di capacità necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale.

e) realizzazione di progetti sperimentali svolti a cura dei Centri Socio Educativi Diurni, per gli utenti con disabilità grave che hanno terminato il percorso scolastico

€. 461.000,00

Descrizione intervento: Sostegno economico destinato alla realizzazione di progetti sperimentali svolti a cura dei Centri Socio Educativi Diurni per gli utenti con disabilità grave che hanno terminato il percorso scolastico finalizzato al mantenimento delle capacità residue ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia.

TOTALE €. 2.691.000,00

Tab. 2 – Disabilità gravissime (pari ad almeno il 40% della quota erogata)

Interventi a favore di persone con disabilità gravissime (art. 3 decreto FNA 2016)

Somme allocate (€)

a) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;

€. 1.140.000,00

Descrizione intervento: sostegno economico, dell'importo da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche garantito attraverso trasferimenti monetari per l'acquisto da cooperative o soggetti accreditati di servizi di cura ed assistenza domiciliare sulla base del piano personalizzato.

b) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e in tal senso monitorati;

€. 760.000,00

Descrizione intervento: contributo per il caregiver, con la corresponsione di un sostegno economico, dell'importo mensile di €. 400,00 ad integrazione dell'assegno di accompagnamento, necessario per incrementare le risorse economiche destinate ad assicurare la continuità dell'assistenza e per le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica il contributo da quantificare sulla base dell'impegno assistenziale correlato alla severità delle condizioni patologiche.

c) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato, di cui alla lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

€. 30.000,00

Descrizione intervento: corresponsione della quota sociale fino ad un massimo di €. 38,00 al giorno, a carico della Regione per un periodo continuativo nel corso dell'anno di 15 giorni per ricoveri di sollievo in strutture regionali sociosanitarie o assistenziali, attrezzate per garantire le cure necessarie, individuate dai familiari, o azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato (es. acquisto ausili non previsti dal nomenclatore sanitario, trasporto, ecc.)

TOTALE €.1.930.000,00

Tab.3 – Integrazione socio sanitaria

(Art. 4 FNA 2016)

a) prevedere o rafforzare, ai fini della massima semplificazione degli aspetti procedurali, punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali di cui alla lettera d), da parte di Aziende Sanitarie e Comuni, così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;

Descrizione dell'impegno della Regione: massima semplificazione degli aspetti procedurali, di punti unici di accesso alle prestazioni ed ai servizi localizzati negli Ambiti Territoriali Sociali da parte dell'Azienda Sanitaria Regionale ed i Comuni così da agevolare e semplificare l'informazione e la presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari. L'accesso ai servizi sociosanitari, sulla base di quanto disciplinato dalla normativa regionale vigente in materia (Piano Sanitario Regionale e Piano Sociale regionale) è a cura dei Distretti sociosanitari e degli Ambiti Territoriali Sociali (Uffici di Cittadinanza), coincidenti territorialmente.

b) attivare o rafforzare modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;

Descrizione dell'impegno della Regione: la presa in carico della persona in condizione di disabilità gravissima avviene attraverso la formulazione di piani personalizzati di assistenza, redatti dal Servizio Sociale degli Ambiti Territoriali Sociali e dalle UVM distrettuali, comprensivi degli interventi e delle prestazioni, sanitarie e sociali, in un contesto di massima flessibilità delle risposte, rispettose anche delle esigenze del nucleo familiare della persona non autosufficiente. In tal modo è assicurata la continuità assistenziale ed evitato il rischio di incorrere nella frammentazione delle prestazioni erogate; è favorita la prevenzione ed il mantenimento delle condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie.

c) implementare modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando le scale già in essere presso le Regioni, tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci.

Descrizione dell'impegno della Regione: l'implementazione delle modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando le scale già adoperate dai servizi territoriali (SVAMA) e, tenendo anche conto ai fini della valutazione bio-psicosociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci ed inoltre le scale previste per la valutazione delle diverse condizioni elencate all'art.3 del decreto 29 settembre 2016.

d) adottare ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sanitario e sociale, prevedendo che gli ambiti sociali intercomunali di cui all'articolo 8 della legge 8 novembre 2000, n.328, trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari;

Descrizione dell'impegno della Regione: il rafforzamento delle procedure e modalità per la programmazione integrata in ambito sociale e sanitario sulla base della coincidenza territoriale degli ATS e dei distretti sociosanitari, in virtù di quanto disciplinato con legge regionale 6 maggio 2014, n.13 "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali".

e) formulare indirizzi, dandone comunicazione al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della salute, ferme restando le disponibilità specifiche dei finanziamenti sanitario, sociosanitario e sociale, per la ricomposizione delle prestazioni e delle erogazioni, in contesto di massima flessibilità delle risposte, adattata anche alle esigenze del nucleo familiare della persona non autosufficiente ( es.: budget di cura ).

Descrizione dell'impegno della Regione: definizione di indirizzi per la ricomposizione delle prestazioni e delle erogazioni, tenuto conto delle singole disponibilità delle risorse economiche, sanitarie, sociosanitarie, sociali, in un contesto di massima flessibilità delle risposte, adattate anche alle esigenze del nucleo familiare della persona non autosufficiente.

<b>PARI OPPORTUNITA'</b>
--------------------------

## **LOMBARDIA**

**Comunicato regionale 30 gennaio 2017 - n. 14** Pubblicazione relazione anno 2016 Consiglio per le Pari Opportunità (BUR n. 6 del 6.2..17)

Si provvede alla pubblicazione sul BURL, in ottemperanza a quanto previsto dall'art 6, comma 4, della l r n 8/2011, della relazione sull'attività svolta nell'anno 2016 dal Consiglio per le Pari Opportunità, comunicata all'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale nella seduta del 25 gennaio 2017

**CONSIGLIO PER LE PARI OPPORTUNITA'** Relazione annuale 2016 (ex art. 6, comma 4, l.r. 8/2011)

Premessa

La presente relazione, redatta ai sensi dell'art 6, comma 5, della l r 8/2011, è la rendicontazione dell'attività svolta dal Consiglio per le Pari Opportunità di Regione Lombardia nell'arco dell'anno 2016, attività che si è prioritariamente sviluppata attorno ai due seguenti filoni:

- competenze consultive, relativamente alla valutazione della normativa regionale;
- competenze promozionali della democrazia paritaria, finalizzate ad approfondire aspetti specifici della relazione di genere

### **A) COMPETENZE CONSULTIVE**

Tenuto conto di quanto previsto dall'art 6, comma 1, della l r 8/2011 che recita «Il CPO esercita funzioni consultive, di proposta e di controllo allo scopo di realizzare le finalità di cui agli articoli 11 e 63 dello Statuto d'autonomia, nel rispetto della Dichiarazione universale dei diritti dell'Uomo, della Costituzione e nello spirito della Carta europea per l'uguaglianza e la parità degli uomini e delle donne nella vita locale», il Consiglio per le Pari Opportunità ha proceduto, in seduta plenaria, all'analisi dei seguenti progetti di legge:

– PDL n 319 «Modifiche alla legge regionale 31 ottobre 2012, n 17 (Norme per l'elezione del Consiglio regionale e del Presidente della Regione)», sul quale ha espresso parere favorevole in quanto il provvedimento, recependo la normativa statale, ha inteso garantire l'equilibrio di genere nella rappresentanza tra donne e uomini nei Consigli regionali;

– PDL n 321 «Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'art 9-ter della legge regionale 31 marzo 1978 n 34 'Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione' – collegato 2017», l'articolo 8 del quale ha introdotto modifiche alla legge regionale 3 luglio 2012, n 11 «Interventi di prevenzione, contrasto e sostegno a favore di donne vittime di violenza» E' stata valutata positivamente l'opportunità che associazioni, organizzazioni, fondazioni che intervengono in aiuto delle donne vittime di violenza abbiano consolidata esperienza sia in ambito formativo che gestionale ed è stata evidenziata l'importanza degli enti locali come soggetti promotori di iniziative in ambito territoriale

**B) INIZIATIVE ED INTERVENTI SPECIFICI IN MATERIA DI PARI OPPORTUNITA'**

In continuità con quanto avviato nel corso del 2015, anche per l'anno 2016 il Consiglio per le Pari Opportunità ha ritenuto importante condividere il proprio percorso e creare forti sinergie con enti pubblici ed altri soggetti che si occupano di tematiche correlate alle pari opportunità

Per questo il CPO ha proseguito nel suo impegno ad organizzare sedute fuori sede, presso le principali città lombarde, al fine di attivare una rete in ambito territoriale, attraverso la quale confrontarsi su proposte ed iniziative

Parimenti si è sentita l'esigenza di continuare ad impegnarsi per la prevenzione, consolidando proposte di formazione «in campo» e di condivisione di esperienze e di emozioni con la finalità di realizzare percorsi destinati a soggetti diversi (studenti, docenti, formatori ...) E' il caso dell'attività laboratoriale proposta anche per il 2016 ad alcune scuole del territorio, un'attività che ha suscitato generale apprezzamento, anche grazie alla collaborazione di docenti e dirigenti scolastici particolarmente motivati ad accogliere l'iniziativa Infine sono state messe in campo le premesse per eventi di formazione e di confronto-dibattito relativamente all'ambito scolastico, sociale e lavorativo attraverso l'organizzazione/fruizione di convegni, nonché con la realizzazione di specifiche audizioni con i competenti organismi

In linea con il Documento programmatico per il 2016, adottato nella seduta del 21 ottobre 2015, l'Organismo ha esercitato le proprie funzioni in 16 sedute ed in alcuni incontri Più in particolare sono state svolte le seguenti attività:

B1) Il CPO ha garantito la propria presenza alle sedute del «Tavolo permanente per la prevenzione ed il contrasto alla violenza contro le donne», istituito ai sensi della l.r. 11/2012.

B2) Nell'ottica di valutare e monitorare la condizione femminile nei diversi settori (scolastico, lavorativo, familiare, amministrativo ), attivando collaborazioni con le strutture regionali ed interregionali che, a diverso titolo, si occupano di pari opportunità, il CPO ha organizzato i seguenti convegni:

□ Le scelte delle nuove generazioni tra orientamento, studio e lavoro», in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, svoltosi l'8 novembre 2016, presso Palazzo Pirelli Nell'organizzazione del convegno ci si è voluti concentrare sul punto di vista degli adolescenti e sul «compito evolutivo» che sono chiamati a sostenere, rivolgendosi a tutti i docenti della scuola secondaria di I grado e del biennio della scuola secondaria di II grado

□ «Imprenditoria femminile e lavoro agile - rischi ed opportunità», svoltosi in data 30 novembre 2016 presso Palazzo Pirelli L'evento ha inteso fare il punto sulla situazione in tema di imprenditoria femminile e lavoro agile in Regione Lombardia, al fine di favorire e supportare progetti e proposte delle donne nei rispettivi territori Il CPO ha inoltre partecipato ai seguenti convegni:

**ATTRAVERSO CONSIGLIERE RELATRICI:**

□ 25 giugno 2016 – Convegno dal titolo «1946 – 2016, 70 anni di voto e partecipazione delle donne» a Villasanta (MB), al quale ha partecipato come relatrice la Consigliera Del Giorgio

□ 10 ottobre 2016 - Incontro presso l'Istituto Marzoli di Palazzolo sull'Oglio nell'ambito del progetto «Ti do i miei occhi»; presente come relatrice la Consigliera Libretti

□ 14 novembre 2016 - «Un patto per il contrasto alle molestie sul luogo di lavoro», organizzato dalla Vice Presidente del Consiglio regionale Valmaggi al quale ha partecipato come relatrice la Consigliera Del Giorgio

#### A LIVELLO DI FRUIZIONE

28 gennaio 2016 - Convegno dal titolo «I diritti dei bambini fuori famiglia: dalla teoria alla pratica» presso la sede del Consiglio regionale - Milano (Consigliere Libretti e Lissoni);

1 febbraio 2016 - Incontro con Consulta Pari Opportunità di Casale Cremasco su invito Presidente Anna Marchesi (Vice Presidente Bassan);

16 febbraio 2016 - «Commemorazione legge 10/2004 - Giorno della memoria dei servitori della Repubblica caduti nell'adempimento del dovere» presso la sede del Consiglio regionale - Milano (Consigliera Lissoni);

22 febbraio 2016 - Convegno dal titolo «Ha ancora senso parlare di parità di genere nel mondo del lavoro? La Consigliera di Parità ai tempi del Jobs Act» presso la sede della Giunta regionale - Milano (Consigliera Lissoni);

6 marzo 2016 - Premiazione concorso letterario «Caratteri di Donna e di Uomo»- Comune di Pavia (Consigliera Nascimbene);

7 marzo 2016 - Evento promosso dall'Assessore regionale alla Pari Opportunità dal titolo «Il ruolo delle donne nella società moderna» presso la sede della Giunta regionale - Milano (Consigliere Libretti e Lissoni);

11 marzo 2016 - Convegno presso il Comune di Milano dal titolo «Donne e politica» (Vice Presidente Bassan);

18 marzo 2016 - Tavolo su imprenditoria femminile e lavoro presso Città metropolitana di Milano (Vice Presidente Bassan);

21 marzo 2016 - «Giornata regionale impegno contro le mafie in ricordo delle vittime con quelli della Rosa gialla» - presso la sede della Giunta regionale - Milano (Consigliera Lissoni);

4 maggio 2016 - Tavolo su imprenditoria femminile e lavoro presso Città metropolitana di Milano (Vice Presidente Bassan);

9 giugno 2016 - Tavolo su imprenditoria femminile e lavoro presso Città metropolitana di Milano (Vice Presidente Bassan);

22 giugno 2016 - Tavolo su imprenditoria femminile e lavoro presso Città metropolitana di Milano (Vice Presidente Bassan);

11 luglio 2016 - Incontro con Dr ssa Merlo per organizzazione seminario su Imprenditoria femminile e lavoro agile del 30 novembre (Vice Presidente Bassan);

28 luglio 2016 - Incontro con il Direttore Scolastico Regionale, D ssa Campanelli in merito all'organizzazione del convegno sull'orientamento scolastico dell'8 novembre 2016 (Presidente Colli e Consigliera Libretti);

20 settembre 2016 - Incontro con Daria Colombo, neo delegata alle Pari Opportunità del Comune di Milano (Vice Presidente Bassan);

26 ottobre 2016 - Serata istituzionale organizzata da Regione Lombardia dal titolo «Figliol prodigo il musical per il Giubileo del carcerato» presso il teatro del carcere di Opera (Consigliera Lissoni);

29 ottobre 2016 - Iniziativa dal titolo «Helps Christians a sostegno dei cristiani perseguitati» presso la sede del Consiglio regionale - Milano (Consigliera Lissoni);

14 novembre 2016 - Convegno dal titolo «Un patto per il contrasto alle molestie sul luogo di lavoro» presso la sede del Consiglio regionale - Milano (Consigliera Lissoni);

25 novembre 2016 - Convegno dal titolo «Doppio taglio Come i media raccontano la violenza contro le donne» a Pavia (Consigliera Nascimbene);

15 dicembre 2016 - Inaugurazione del nuovo sito produttivo della Sanofi, «Investire nel territorio: l'impegno per restituire valore; attenzione al Welfare e adesione all'Alternanza Scuola-Lavoro come pilastri di una crescita sostenibile» presso lo stabilimento Sanofi di Origgio (Consigliera Lissoni);

20 dicembre 2016 - Proiezione del film «Spes contra Spem Liberi dentro» presso la sede del Consiglio regionale - Milano (Consigliera Lissoni)

### B3) Promozione di incontri e consultazioni periodiche con gli Enti Locali del Territorio

Al fine di:

- a) avere una mappatura più ampia delle diverse situazioni territoriali;
- b) attivare una riflessione, un confronto e momenti di condivisione su tematiche inerenti il rispetto del principio di parità in ambito lavorativo, politico, sociale...;
- c) favorire un coordinamento delle iniziative in ambito territoriale per quanto riguarda la parità di genere il C P O ha incontrato Sindaci, Assessori ed Associazioni nelle seguenti realtà territoriali:
  - PAVIA in data 2 marzo 2016
  - MONZA in data 20 aprile 2016

B4) Sono state organizzate le seguenti audizioni :

- 13 gennaio 2016: Dr Massimo Pagani, Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza di Regione Lombardia L'audizione è stata volta a instaurare occasioni di collaborazione istituzionale su tematiche riguardanti le pari opportunità, l'infanzia e l'adolescenza;
- 24 febbraio 2016: Dr ssa Federica Zanella, Presidente CORECOM Regione Lombardia L'audizione ha riguardato la tematica delle pari opportunità nel settore della comunicazione nonché l'analisi dei dati raccolti dal Corecom e il confronto sull'argomento;
- 24 febbraio 2016: Avv Giulio Gallera, Assessore Pari Opportunità di Regione Lombardia L'audizione, finalizzata a instaurare una sinergia istituzionale tra il CPO e l'Assessorato di competenza, ha permesso un confronto sulle iniziative in corso e una programmazione di successive collaborazioni;
- 4 maggio 2016: Dr ssa Katia Provantini, Presidente Cooperativa Sociale Il Minotauro di Milano L'audizione è stata finalizzata ad approfondire il tema delle pari opportunità nell'adolescenza, a conoscere e analizzare i dati raccolti dalla cooperativa sociale per avviare iniziative importanti di sensibilizzazione sulla tematica;
- 12 luglio 2016: Dr ssa Vittoria Pugliese, referente di Milano per ActionAid Italia L'audizione ha riguardo il progetto AFTER e la lotta contro le mutilazioni genitali femminili;
- 12 ottobre 2016: Dr ssa Anna Costanza Baldry, psicologa presso la Seconda Università degli Studi di Napoli e coordinatrice del progetto «Switch- off» finanziato dall'Unione Europea L'audizione è stata dedicata al tema degli orfani di vittime di femminicidio;
- 3 novembre 2016: Avv Francesca Brianza, Assessore Pari Opportunità di Regione Lombardia L'audizione, finalizzata a instaurare una sinergia istituzionale tra il CPO e l'Assessorato di competenza, ha permesso un confronto sulle iniziative in corso e una programmazione di successive collaborazioni

B5) Il CPO ha concluso la seconda edizione del progetto «Ti do i miei occhi», esperienza laboratoriale condotta da A Ferrara (scrittore e formatore) e da F Mittino (psicologo e psicoterapeuta), rivolta a studentesse/studenti delle scuole secondarie che ha coinvolto 5 classi del biennio della Scuola Secondaria di II grado Da una valutazione finale dell'iniziativa è emerso quanto segue:

- l'importanza di lavorare con ragazze/i ed adulti intorno alla scrittura come pratica di condivisione di emozioni e di sentimenti;
- la necessità di pensare a percorsi di formazione per docenti affinché, oltre agli obiettivi disciplinari, possano cogliere una diversa interazione con studentesse/studenti, al fine operare in prima persona a livello di prevenzione relativamente a tematiche di triste attualità, quali la violenza sulle donne (e, implicitamente, gli stereotipi di genere, il bullismo...);
- la validità del porsi in modo aperto nei confronti di ragazze/i con lo scopo di far capire loro che qualcuno li ascolta ed è disposto ad affiancarli nelle loro ansie, nelle loro incertezze, nei loro conflitti;
- l'utilità di raccontarsi come auto-analisi: i giovani intervenivano nelle attività laboratoriali con spontaneità e con grande rispetto ascoltavano le narrazioni di compagne/i, supportati dalla presenza di uno psicologo che rispondeva, in modo aperto, alle loro domande

B6) Per promuovere l'immagine del CPO e delle iniziative dallo stesso promosse, è stato mantenuto lo spazio comunicativo nell'ambito della pagina facebook del Consiglio Regionale

B7) Al fine di diffondere le azioni relative alle pari opportunità promosse da Regione Lombardia, le Consigliere si sono attivate presso i territori di provenienza, relazionandosi con gli Assessorati Comunali e con le Associazioni che si occupano di Pari Opportunità e curando i rapporti con le Consigliere di Parità provinciali

## PERSONE CON DISABILITA'

### **Città metropolitana di Bologna COMUNICATO**

**Atto del Sindaco metropolitano di Bologna Prot. n. 4798 del 26 gennaio 2017.** Approvazione dell'accordo di programma metropolitano per l'integrazione scolastica e formativa di bambini, alunni e studenti con disabilità (L. 104/1992) 2016 – 2021.

### **VENETO**

**DGR 30.12.16, n. 2299** - Programmazione degli interventi regionali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità ai sensi delle Linee guida ex Decreto ministeriale n. 276 del 2016. Adempimenti attuativi. (BUR n. 15 del 7.2.17)

#### **Note**

#### **PREMESSA**

La Regione del Veneto, in applicazione della legge 8/11/2000, n. 328 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" e della legge 5/2/1992, n. 104 "*Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*", con le modifiche ed integrazioni apportate dalla legge 21/5/1998, n. 162 "*Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave*", ha nel corso degli anni attivato percorsi di "vita indipendente" volti a favorire progettualità di assistenza indiretta al fine di garantire la permanenza a domicilio delle persone con disabilità grave.

Nel frattempo l'evoluzione normativa statale in materia procedeva con la ratifica, avvenuta con legge 3/3/2009, n. 18, della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità sottoscritta a New York il 13/12/2006.

Con decreto del Presidente della Repubblica 4/10/2013 veniva quindi adottato, ai sensi dell'art. 5, co. 3, della legge n. 18 del 2009, il primo "*Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità*" di cui, in particolare, si richiama la linea di azione n. 3 "*Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società*".

Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, firmato in data 26/9/2016, pubblicato in G.U. n. 280 del 30/11/2016, veniva disposta, per l'anno 2016, la destinazione di 15 milioni di € alla realizzazione della linea di azione n. 3 "*Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società*", di cui 10 milioni a valere sul Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze e 5 milioni a valere sullo stanziamento di cui all'art. 1, co. 406 della legge 28/12/2015, n. 208 (legge di stabilità 2016).

Nel frattempo, l'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità approvava, in data 18/10/2016, lo schema del secondo "*Programma d'Azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità*", integrando la su richiamata linea di azione n. 3 nella nuova linea di intervento n. 2 "*Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società*".

Nel contesto normativo e programmatico testé delineato, la Direzione generale per l'Inclusione Sociale e le Politiche Sociali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con decreto n. 276 del 21/10/2016, approvava, in continuità con le iniziative già avviate nelle precedenti annualità, le "*Linee guida per la presentazione da parte di Regioni di proposte di adesione alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità*" (Linee Guida 2016).

Nello specifico, il decreto ministeriale n. 276 del 2016 individuava il numero di ambiti territoriali per regione, stabilendo per il Veneto n. 16 ambiti, prevedendo che *"ogni proposta progettuale riferita ad un ambito può beneficiare di un massimo di € 80.000,00 di finanziamento ministeriale"* e che *"la Regione garantisce, in forma diretta o tramite l'ambito territoriale candidato, il co-finanziamento per una quota non inferiore al 20% dell'importo totale del costo complessivo della proposta progettuale"*.

Con il medesimo decreto venivano, inoltre, definite le fasi procedurali, i relativi adempimenti e le tempistiche, per l'approvazione delle proposte progettuali, da parte del Ministero, e l'avvio a realizzazione delle stesse, da parte delle Regioni e dei rispettivi ambiti territoriali.

In attuazione degli adempimenti previsti, la Direzione Servizi Sociali acquisiva dalle aziende ULSS le proposte progettuali per l'adesione alla sperimentazione in oggetto e con decreto del Direttore della Unità Organizzativa Non Autosufficienza, IPAB, Autorizzazione e Accreditamento n. 19 del 16/11/2016 veniva disposta la presentazione al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali delle 16 progettualità, riferite ad altrettanti ambiti territoriali, presentate dalle seguenti aziende per un importo complessivo di € 1.520.800,00: Azienda ULSS n. 1 - Belluno, Aziende ULSS n. 3 e n. 4 - Bassano del Grappa e Alto Vicentino, Azienda ULSS n. 5 - Arzignano, Azienda ULSS n. 6 - Vicenza, Azienda ULSS n. 7 - Pieve di Soligo, Azienda ULSS n. 8 - Asolo, Azienda ULSS n. 9 - Treviso, Azienda ULSS n. 10 - Veneto orientale, Azienda ULSS n. 12 - Veneziana, Azienda ULSS n. 15 - Alta padovana, Azienda ULSS n. 16 - Padova, Azienda ULSS n. 17 - Monselice, Azienda ULSS n. 18 e n. 19 - Rovigo e Adria, Azienda ULSS n. 20 - Verona, Azienda ULSS n. 21 - Legnago, Azienda ULSS n. 22 - Bussolengo.

Con nota prot. n. 451916 del 18/11/2016, veniva, quindi, trasmessa al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali la prevista *"Proposta di adesione alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità - anno 2016"*, a firma del Presidente della Regione del Veneto, finalizzata all'ammissione ai contributi previsti dal decreto ministeriale n. 276 del 2016 per le 16 progettualità di cui al punto precedente.

Con decreto ministeriale n. 429 del 15/12/2016 veniva approvato l'elenco degli ambiti territoriali ammessi al finanziamento nazionale ai sensi del richiamato decreto ministeriale. Per quanto riguarda la Regione del Veneto sono state approvate e ammesse a finanziamento tutte le 16 proposte progettuali presentate al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

L'importo complessivo delle predette proposte progettuali ammonta ad € 1.520.800,00 che, come detto, troverà copertura nei termini seguenti:

- quanto ad € 1.216.640,00 sul capitolo 102204 *"Azioni dirette all'implementazione della proposta progettuale in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità - trasferimenti correnti (intesa tra Regione del Veneto e Ministero del Lavoro 4/9/2014)";*
- quanto ad € € 304.160,00 sul capitolo 100016 *Fondo regionale per le politiche sociali - Trasferimenti per attività progettuali e di informazione ed altre iniziative di interesse regionale nelle aree dei servizi sociali (L.R. n. 11 del 2001, art. 133, co. 3, lett. a)".*

Per l'avvio dei progetti approvati, il decreto ministeriale n. 276 del 2016 ha previsto ulteriori adempimenti, tra i quali, in particolare, la sottoscrizione del Protocollo d'intesa tra la Regione del Veneto e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, e successive specifiche convenzioni tra la Regione del Veneto e le aziende ULSS competenti rispetto agli ambiti territoriali ammessi a finanziamento con previsione di inizio attività entro gennaio 2017.

In data 22/12/2016 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali trasmetteva la versione definitiva dello schema di Protocollo d'intesa di cui al punto precedente, chiedendo la restituzione del medesimo, firmato digitalmente, entro e non oltre il giorno 28/12/2016.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Al fine di assicurare la massima tempestività nell'avvio a realizzazione dei progetti finanziati, viene ratificato il Protocollo d'intesa sottoscritto dal Direttore dei Servizi Sociali in data 28/12/2016, come da **Allegato A** (a cui si fa rinvio), nel rispetto della su richiamata scadenza ministeriale, si propone,

inoltre, di autorizzare il medesimo Direttore alla sottoscrizione delle convenzioni con le Aziende ULSS interessate alla realizzazione dei progetti, come da **Allegato B**.

Viene disposta l'assegnazione dell'importo di € 1.520.800,00 a favore delle Aziende ULSS individuate dal decreto ministeriale n. 429 del 2016

**ALLEGATO B CONVENZIONE PER LA REALIZZAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE**

(Decreto Direttore Generale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione generale per

l'Inclusione e le Politiche Sociali n. 429/2016)

I Signori:

- Dr. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, domiciliato come in

appresso, il quale interviene al presente atto non in proprio ma per conto ed in legale rappresentanza della

Giunta Regionale del Veneto, con sede in Venezia, Dorsoduro 3901, codice fiscale 80007580279, a quant'infra

autorizzato in esecuzione della DGR n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

- Dr. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, domiciliato come

in appresso, il quale interviene al presente atto non in proprio ma per conto ed in legale rappresentanza di \_\_\_\_\_; codice

fiscale

\_\_\_\_\_, (d'ora in poi Azienda ULSS);

Le parti, come sopra costituite, premettono quanto segue:

- in data 21 ottobre 2016 sono state approvate le Linee guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, adottate con Decreto del Direttore Generale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione generale per l'Inclusione e le Politiche Sociali n. 276, attribuendo alla Regione del Veneto 16 ambiti territoriali per lo sviluppo di altrettante progettualità in materia di vita indipendente;

- con decreto del Direttore della Unità Organizzativa Non Autosufficienza, IPAB, Autorizzazione e Accreditamento n. 19 del 16/11/2016 è stata disposta la presentazione al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali delle 16 progettualità proposte dalle Aziende ULSS;

- con Decreto del Direttore Generale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione generale per l'Inclusione e le Politiche Sociali n. 429 del 15 dicembre 2016 ha approvato la lista dei progetti presentati ai sensi delle richiamate linee guida, autorizzandone il finanziamento;

- secondo la ripartizione di cui al decreto n. 429 del 2016 per la Regione del Veneto sono stati ammessi a finanziamento tutti i 16 progetti presentati al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;

- gli interventi previsti dovranno essere realizzati nel rispetto della normativa nazionale, comunitaria e regionale di riferimento in conformità alla progettazione approvata con il su richiamato Decreto regionale n. 19 del 2016;

- con DGR n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ la Giunta regionale ha autorizzato il Direttore della Direzione Servizi Sociali alla firma del Protocollo d'intesa tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione del Veneto secondo lo schema allegato alla medesima deliberazione, e alla firma delle Convenzioni tra la Regione del Veneto e le Aziende ULSS interessate alla realizzazione dei progetti di cui ai punti precedenti secondo lo schema allegato alla medesima deliberazione, nonché di tutti gli atti connessi alla realizzazione delle attività progettuali negli ambiti territoriali ammessi al finanziamento;

- il Protocollo d'intesa tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione del Veneto finalizzato all'attivazione ed implementazione della proposta progettuale della Regione del Veneto

in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità è stato firmato dalle parti e registrato in data \_\_\_\_\_.

Tutto ciò premesso e ritenuto parte integrante e sostanziale del presente atto, tra le parti si conviene e si stipula quanto segue:

#### ART. 1

(Oggetto e durata della convenzione)

1. La presente convenzione è finalizzata all'attivazione e implementazione della proposta progettuale dell'ambito territoriale Azienda ULSS in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, così come presentata dalla medesima Azienda ULSS con nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ed eventuali successive integrazioni.

2. La durata della presente convenzione è fissata in 12 mesi a partire dalla comunicazione di inizio attività da parte dell'Azienda ULSS.

#### ART. 2

(Impegni dell'ente realizzatore progetto)

1. L'Azienda ULSS si impegna a svolgere le attività di cui all'art. 1 nel rispetto delle indicazioni di cui al decreto ministeriale n. 276 del 2016, degli obiettivi e dei contenuti, nonché dei tempi, delle modalità organizzative e dei costi previsti nel progetto medesimo.

2. Per la copertura dei costi delle attività di cui al comma precedente, l'Azienda ULSS utilizza il contributo complessivo di € \_\_\_\_\_, costituito dal contributo ministeriale di € \_\_\_\_\_, nonché dal contributo regionale di € \_\_\_\_\_ per la residua quota pari al 20% dei costi totali, così come disposto dal decreto regionale n. 19 del 2016.

#### ART. 3

(Modalità di realizzazione)

1. L'Azienda ULSS si impegna a dare comunicazione dell'effettivo avvio delle attività alla Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali all'indirizzo di posta elettronica certificata [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it).

2. Per una migliore esecuzione della Convenzione, la Regione può chiedere o autorizzare, entro il limite massimo dell'importo di cui all'art. 5, la variazione di quanto previsto nel piano di attività purché non comporti maggiori oneri per la controparte. Eventuali modifiche devono comunque essere adottate d'intesa con la Regione.

3. L'Azienda ULSS si impegna, altresì, a presentare un rapporto intermedio relativo alla attività svolta nei primi sei mesi di attività del progetto e a produrre apposite note di addebito, così come previsto al punto 50 delle Linee guida ministeriali del 21 ottobre 2016, nonché una relazione finale di monitoraggio delle attività svolte entro due mesi dalla data di scadenza del progetto.

#### ART. 4

(Commissione di valutazione)

1. La verifica e monitoraggio ai fini della liquidazione del finanziamento alla Regione del Veneto secondo le modalità previste nelle Linee guida, e di conseguenza all'Azienda ULSS beneficiaria, sarà effettuata da una Commissione di Valutazione istituita con successivo decreto ministeriale.

2. La Commissione ministeriale verifica la conformità delle attività realizzate di cui alla presente Convenzione; verifica la congruità della documentazione giustificativa di spesa prodotta dall'Azienda ULSS e dalla Regione del Veneto e verifica la relazione sui risultati delle attività progettuali.

#### ART. 5

(Importo ed esonero cauzionale)

1. Per lo svolgimento delle attività di cui alla presente convenzione, viene pattuito un contributo complessivo pari a € \_\_\_\_\_, così come specificato nel decreto ministeriale n. \_\_\_\_\_ e decreto regionale n. 19 del 2016.

2. L'Azienda ULSS viene esonerata dal prestare cauzione ai sensi dell'art. 54 del Regolamento per l'Amministrazione del patrimonio e la contabilità generale dello Stato.

3. Ai fini della rendicontazione sull'utilizzo del contributo di cui al primo comma del presente articolo,

verranno ritenute ammissibili unicamente le spese con le seguenti caratteristiche:

- strettamente connesse alle azioni progettuali previste dal progetto;
- sostenute nel periodo compreso tra la data di sottoscrizione della presente convenzione e la data del termine del progetto;
- individuate in un elenco analitico dei titoli di spesa sostenuti nell'ambito e verificati dall'Azienda ULSS e corredati dalla dichiarazione di quest'ultima dell'avvenuto pagamento.

Non sono in ogni caso ammissibili le seguenti spese:

- personale dipendente dell'Azienda ULSS/ambito territoriale, locali, attrezzature e altri beni durevoli di proprietà dell'Azienda ULSS/ambito territoriale, così come indicato al punto n. 38 delle Linee guida di cui al decreto ministeriale n. 276 del 2016;
- ammortamento di beni esistenti.

#### ART. 6

(Modalità di liquidazione)

1. Il Ministero procederà alla liquidazione alla Regione del Veneto delle spese sostenute da parte dell'Azienda ULSS nel limite massimo della quota di partecipazione a proprio carico di cui all'art. 5, comma 1, della presente convenzione.

2. La somma di cui al precedente articolo 5, non soggetta ad IVA, ai sensi degli artt. 1 e 3 del DPR n. 633/1972 e successive modificazioni ed integrazioni, sarà corrisposta all'Azienda ULSS, su richiesta della stessa, previo accertamento della disponibilità di cassa, secondo le seguenti modalità:

- a) 50% del finanziamento accordato a seguito di dichiarazione dell'Azienda ULSS alla Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali, indicante l'effettivo avvio delle attività;
- b) 30% del finanziamento accordato alla presentazione, da parte dell'Azienda ULSS alla Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali, di un rapporto intermedio sulle attività svolte e a seguito della verifica relativa alla spesa dettagliata di almeno il 75% dell'ammontare relativo alla prima tranche di finanziamento, previa positiva determinazione della Commissione ministeriale di cui all'art. 4.
- c) 20%, o comunque il saldo, a consuntivo, su presentazione della documentazione giustificativa di spesa, nonché della relazione finale di monitoraggio delle attività svolte, previa positiva determinazione della Commissione ministeriale di cui all'art. 4;

3. La Regione del Veneto e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali non rispondono di eventuali ritardi nella liquidazione dei pagamenti determinati da cause non imputabili alla stessa, ma cagionati da controlli di legge o dovuti ad imponibili di cassa.

#### ART. 7

(Inadempimenti e penali)

1. In caso di grave inadempimento dell'Azienda ULSS, la Regione del Veneto procederà al recupero del contributo concesso.

2. L'inadempimento è da ritenersi grave al verificarsi delle seguenti circostanze:

- a) mancanza di organizzazione tale da pregiudicare la regolare realizzazione del progetto;
- b) adozione di iniziative non concordate con la Regione/Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali tali da arrecare pregiudizio all'andamento del progetto, alla Regione del Veneto e al Ministero in parola.

3. La Regione del Veneto contesterà all'Azienda ULSS l'inadempimento entro 15 giorni dall'avvenuta conoscenza dello stesso, concedendo ulteriori 10 giorni per eventuali controdeduzioni, decorsi i quali la Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali ne darà comunicazione al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per la decisione in merito.

#### ART. 8

(Responsabilità)

1. L'Azienda ULSS si impegna ad operare nel pieno rispetto delle leggi e delle disposizioni vigenti. La Regione del Veneto e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali non sono responsabili per eventuali danni che possano derivare a terzi dalla gestione delle attività effettuate in modo non conforme agli articolo della presente Convenzione.

2. L'Azienda ULSS si impegna, in conseguenza, a sollevare la Regione del Veneto e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali da qualsiasi danno, azione, spesa e costo che possano derivare da responsabilità dirette dell'ente stesso.

ART. 9

(Modifiche)

1. Eventuali modifiche alla presente Convenzione devono essere concordate tra le parti. Per ogni autorizzazione non prevista nel presente atto e da richiedersi preventivamente alla Regione del Veneto

–  
Direzione Servizi Sociali.

ART. 10

(Clausola compromissoria)

1. Per ogni controversia che possa insorgere in ordine alla validità, interpretazione, esecuzione o risoluzione della presente Convenzione, dopo un preliminare tentativo di soluzione in via conciliativa, sarà competente il Foro di Venezia.

ART. 11

(Varie ed eventuali)

1. Per quanto non espressamente previsto dalla presente convenzione le parti fanno riferimento alle norme del Codice Civile.

2. La presente convenzione verrà registrata in caso d'uso ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

Il presente atto, letto, confermato e firmato digitalmente, è stipulato nell'interesse pubblico e l'eventuale registrazione su pubblici registri, per il caso d'uso, sarà a carico della parte che lo richiede.

il \_\_\_\_\_

Per la Regione del Veneto

\_\_\_\_\_  
Per l'Azienda ULSS

<b>POLITICHE SOCIALI</b>
--------------------------

## **6LAZIO**

**Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2017, n. T00021** - IPAB Istituto Sacra Famiglia di Roma. Sostituzione componenti Consiglio di Amministrazione. (BUR n. 10 del 2.2.17)

### **Note**

Con la nota del 17 dicembre 2014 acquisita agli atti d'ufficio il 22 dicembre 2014 prot. n. 711531 la Dott.ssa Antonietta Bellisari comunica le proprie dimissioni dall'incarico di componente del Consiglio di Amministrazione dell'IPAB Istituto Sacra Famiglia.

Con la nota del 14 gennaio 2015 acquisita agli atti d'ufficio il 28 gennaio 2015 prot. n. 46569 con la quale il Dott. Fabrizio Alfieri comunica le proprie irrevocabili dimissioni dall'incarico di consigliere di amministrazione dell'IPAB Istituto Sacra Famiglia.

Si procede alla nomina del Dott. Luigi Trapazzo e del Sig. Marco Paccione in sostituzione della Dott.ssa Antonietta Bellisari e del Dott. Fabrizio Alfieri, dimissionari, quali componenti del Consiglio di Amministrazione dell'IPAB

## **PIEMONTE**

**D.D. 4 novembre 2016, n. 772** - Fondazione Casa di Riposo "Domus Tua - ONLUS" con sede in Tollegno (BI). Estinzione. (BUR n. 6 - S1 – del 9.2.17)

### **Note**

La Fondazione Casa di Riposo “Domus Tua – ONLUS” con sede in Tollegno, già Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza, a norma delle LL.RR. nn. 10 e 11 del 19/03/1991, ha ottenuto il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato con D.G.R. n. 55-29431 adottata in data 08/11/1993; si fa presente che lo statuto vigente è stato successivamente approvato con D.G.R. n. 50-26683 assunta il 15/02/1999.

L’Istituto, ai sensi dell’art. 2 dello statuto vigente, ha lo scopo di “provvedere all’assistenza sociale e socio sanitaria delle persone anziane, in special modo se povere, utilizzando i ricavi di gestione e le rendite patrimoniali non destinate all’incremento del patrimonio nonché, entro il limite dei posti disponibili, anche di persone inabili, non aventi titolo al ricovero gratuito, purchè paghino una retta mensile fissata dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione....”.

Il Presidente della Fondazione, in esecuzione del provvedimento sottoindicato, in data 01/03/2016 presentava istanza di estinzione.

Infatti il Consiglio di Amministrazione, regolarmente costituitosi il 29/12/2015, ha deliberato l’estinzione dell’Ente stesso, come risulta dal verbale redatto il giorno medesimo, Repertorio n. 155561, Raccolta n. 47700, registrato in Biella in data 07/01/2016 al n. 54, serie 1 T, rogito Notaio Paolo Bilotti, iscritto al Collegio Notarile di Biella.

Viene accertata l’esistenza delle cause di estinzione della persona giuridica previste dall’art. 27 del codice civile in quanto, come indicato in premessa, la Fondazione non è più in grado autonomamente di perseguire lo scopo prefissato nell’atto costitutivo.

Viene dichiarata l’estinzione della Fondazione Casa di Riposo “Domus Tua – ONLUS” con sede in Tollegno e la devoluzione, ad avvenuta liquidazione, del patrimonio residuo secondo le previsioni statutarie di cui all’art. 17, o comunque, con destinazione socio assistenziale.

## **SICILIA**

**CIRCOLARE 26 gennaio 2017, n. 1.** Legge n. 328/2000 - Utilizzo Fondo nazionale politiche sociali 2014-2015. Integrazione alle Linee guida per l’attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015. Direttive. /(GURS n. 6 del 10.2.17)

## **AI DISTRETTI SOCIO-SANITARI DELLA REGIONE SICILIANA**

Con deliberazione n. 323 del 29 settembre 2016, il Governo regionale ha approvato il documento di programmazione “Integrazione alle Linee guida per l’attuazione delle Politiche sociali e socio-sanitarie 2013/2015” che prevede l’utilizzo delle risorse del FNPS assegnate alla Regione siciliana per le annualità 2014-2015.

L’obiettivo è quello di rafforzare le azioni già avviate con il Piano di zona 2013/2015 dando così ai distretti socio-sanitari l’opportunità di garantire un’offerta di servizi ed interventi più ampia, più articolata e più appropriata. In linea con quanto già rappresentato dalle Linee guida per l’attuazione delle Politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015” approvate con deliberazione di Giunta n. 329 del 30 settembre 2013, al fine di ottimizzare l’uso delle risorse pubbliche destinate ai distretti socio-sanitari, vengono richiamate, seppur in modo non esaustivo, le linee di finanziamento previste per i prossimi anni a valere sui Programmi europei e nazionali, che direttamente o indirettamente interessano le tematiche sociali e incidono sulla qualità di vita della persona, intesa nelle sua globalità e unicità.

Al riguardo si fa riferimento al FESR e FSE 2014-2020 Obiettivo tematico 9 – Inclusione sociale richiamando sia la programmazione regionale in corso di avvio, sia quella nazionale (PON) che integra gli interventi previsti in ciascun ambito regionale.

Appare opportuno sottolineare che le Azioni a regia nazionale (PON - PAC) destinano risorse ingenti alle Regioni obiettivo Convergenza in quanto ambiti che registrano maggior ritardo nello sviluppo territoriale, così come rilevabile dagli indicatori economici e sociali.

La Regione siciliana è dunque chiamata a utilizzare pienamente le risorse pubbliche disponibili innalzando il livello di offerta dei servizi, in termini di qualità, quantità ed efficacia. Il documento di

programmazione regionale riprende dunque, in sintesi, gli interventi programmati/attuati nei Piani di zona dai distretti socio-sanitari classificati secondo i macro-livelli individuati dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e pone l'accento sui servizi più diffusi che hanno richiesto un maggior investimento finanziario. Dall'analisi dei dati si rileva che una percentuale elevata di risorse è destinata ad interventi di contrasto alla povertà, ciò a sottolineare la grave situazione economico sociale che ormai da diversi anni investe in modo più accentuato le Regioni del sud e tra esse la Sicilia.

Non a caso, recentemente a livello nazionale sono state adottate le Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia e al contempo adottato il Piano nazionale di contrasto alla povertà che prevede una specifica dotazione finanziaria, con un Fondo nazionale dedicato; l'obiettivo è quello di costruire un quadro di politiche strutturali e integrate per contrastare la povertà e l'esclusione sociale.

In questo contesto si inserisce il Sostegno all'inclusione attiva (S.I.A.), esteso a tutto il territorio nazionale e non solo ad alcuni comuni - come nelle precedenti sperimentazioni - che associa all'intervento economico servizi personalizzati per le famiglie, in modo da fornire alle stesse strumenti atti a superare le condizioni di difficoltà.

La presa in carico nei confronti di una persona o di un nucleo familiare che manifesti bisogni complessi comporterà, da parte del Servizio sociale professionale dei comuni, interventi personalizzati di valutazione, consulenza, orientamento, attivazione di prestazioni sociali, nonché attivazione di interventi in rete con altre risorse e servizi pubblici e privati del territorio.

Quanto sopra richiede però un'infrastruttura adeguata sia in termini di unità che di professionalità e da qui l'esigenza di sostenere attraverso il PON Inclusione la costruzione e il potenziamento di una infrastruttura territoriale capace di lavorare in modo integrato e non a compartimenti stagni.

Appare dunque cruciale in questa fase rafforzare la capacità dei servizi territoriali ad attuare progetti personalizzati di presa in carico, attraverso l'individuazione di modalità di coordinamento, innovative o già sperimentate, per la collaborazione/cooperazione operativa tra i servizi pubblici territoriali e del privato sociale, operanti nei diversi ambiti (lavoro, salute, educazione/istruzione/formazione, etc.), che possano assicurare la presa in carico integrata.

I distretti socio-sanitari avranno pertanto il compito di definire, attraverso la sottoscrizione di Protocolli operativi, modalità operative di collaborazione tra i diversi servizi territoriali, presupposto imprescindibile per una funzionale organizzazione delle diverse linee di intervento che costituiranno il piano individualizzato.

La creazione di reti territoriali consentirà ai Distretti socio-sanitari di definire in modo più adeguato la programmazione locale e verificare la coerenza delle scelte organizzative e delle procedure adottate sul territorio rispetto alle finalità comuni, nonché di semplificare l'accesso ai servizi, di migliorare l'appropriatezza degli interventi e di favorire la coesione istituzionale e professionale.

Va sottolineato che l'architettura dei distretti sociosanitari, con la definizione dei diversi organismi di governance sia a livello regionale che locale, definiti già a far data dal 2002, atti a garantire i principi insiti nella legge n. 328/00 di programmazione e partecipazione condivisa, ha proprio la finalità di sviluppare la capacità di lavorare insieme per il perseguimento di un obiettivo condiviso nel rispetto della professionalità di ciascuno, delle specificità dei ruoli e delle persone. In particolar modo, attraverso il Gruppo piano si intendeva e si intende promuovere una politica di welfare distrettuale condividendo strategie, azioni ed obiettivi.

Da qui il richiamo nel documento alla centralità del Gruppo piano e alla necessaria rappresentatività, all'interno dello stesso organismo, del mondo del Terzo settore e dei Sindacati, soggetti attivi nella costruzione del welfare locale.

Come più volte richiamato nei precedenti documenti di programmazione, gli operatori del Servizio sociale comunale devono obbligatoriamente essere inseriti all'interno del Gruppo piano, sia per l'apporto tecnico che possono garantire all'interno di detto organismo, sia per il ruolo attivo che comunque dovranno svolgere nella fase di attuazione delle politiche sociali promosse sul territorio. A tal fine ciascun distretto socio-sanitario e ciascuna AOD dovrà trasmettere, a corredo del Piano di

zona, l'elenco dei componenti del Gruppo piano, indicando la provenienza (istituzione di appartenenza, profilo professionale) e i relativi recapiti (indirizzo, telefonici, mail), garantendo l'aggiornamento nel caso di eventuali variazioni.

Ciò consentirà a livello regionale di definire un'anagrafica di tutti i soggetti direttamente coinvolti nella governance dei Piani di zona e in linea generale nel sistema delle politiche sociali.

Considerate però le criticità rilevate nel funzionamento del Gruppo piano, organismo tecnico fondamentale nella definizione delle politiche territoriali e nella loro attuazione, dovute spesso alla carenza di professionalità negli organici comunali, il documento "Integrazione alle Linee guida per l'attuazione delle Politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015" consente di destinare una quota del FNPS 2014-2015 assegnato ai distretti socio-sanitari, nella misura massima del 20% e comunque per un importo non superiore a € 500.000,00 per l'intero periodo di programmazione, per l'acquisizione della specifica figura professionale dell'assistente sociale destinata esclusivamente alle politiche sociali distrettuali.

In questa ipotesi il distretto dovrà comunque dimostrare la carenza in pianta organica dei singoli comuni in ordine alla suddetta figura, nella considerazione che tutto ciò si ripercuote sull'organizzazione del gruppo piano.

Potenziare gli uffici di Servizio sociale professionale consentirà di migliorare la performance dei distretti socio-sanitari nell'attuazione del Piano di zona, con positive ricadute sul livello di servizi offerti al territorio. In merito all'approvazione del PdZ, l'Amministrazione regionale ha ritenuto opportuno confermare le procedure già seguite nei precedenti cicli di programmazione, ma considerato che trattasi di implementazione, ha semplificato il percorso di approvazione al fine di pervenire alla definizione dell'atto programmatico entro i termini stabiliti (90 gg. dalla pubblicazione del D.P. n. 598/Serv. 4 S.G. del 29 novembre 2016 nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana). Al riguardo con D.D.G. n. 3730 del 20 dicembre 2016 sono state assegnate a ciascun ambito territoriale le risorse del FNPS 2014-2015.

Si ricorda che i distretti socio-sanitari potranno utilizzare le suddette somme esclusivamente per la II e III annualità dell'attuale Piano di zona 2013-2015 (risorse FNPS 2010/2013) già approvato, fatta eccezione per i distretti socio-sanitari per i quali si registra uno stato avanzato di attuazione ed è stata già erogata la III annualità del PdZ 2013-2015.

In quest'ultima ipotesi la biennialità andrà oltre l'arco temporale già programmato in precedenza, slittando di un anno il suddetto termine. Al fine di monitorare lo stato di attuazione del citato PdZ 2013-2015 per il quale si prevede l'implementazione, il distretto socio-sanitario dovrà preliminarmente relazionare sullo stato di attuazione delle azioni inserite nello stesso e compilare le schede 1 e 2 allegate alla presente circolare. I citati documenti costituiranno un presupposto per l'approvazione del Piano di zona Integrato con le risorse 2014 e 2015 e per la successiva erogazione. Al fine di consentire la massima pubblicità in merito agli atti di programmazione adottati in sede locale, ciascun distretto socio-sanitario dovrà trasmettere gli atti presentati per l'approvazione del Piano di zona anche su file.

Il Piano di zona, una volta approvato dalla Regione, verrà inserito nel sito del Dipartimento famiglia e politiche sociali, nella specifica linea di attività.

Nella definizione del Piano di zona integrato i distretti socio-sanitari dovranno seguire la procedura indicata nel documento regionale "Linee guida per l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015" approvate con deliberazione di Giunta n. 329 del 30 settembre 2013, evidenziando le azioni da implementare o da attivare ex novo.

Il Gruppo piano dovrà preliminarmente verificare l'attualità della relazione sociale redatta in occasione del PdZ 2013 -2015 e, nel caso in cui sia in possesso di indicatori sociali più aggiornati, rielaborare la relazione sociale mettendo in evidenza i cambiamenti rilevati nell'ultimo biennio. In ogni caso un rapporto sulla situazione attuale dovrà essere inserito nel Formulario laddove si descrivono le condizioni che determinano la necessità di intervenire o di implementare azioni in quell'ambito con un'offerta di servizi.

Nello specifico laddove si decida di implementare azioni già previste nel PdZ 2013-2015, sarà necessario fornire adeguate motivazioni sull'incremento del servizio.

Nel caso in cui, invece, venga inserita un'azione nuova, non prevista nel PdZ 2013-2015, sarà necessario far riferimento ai lavori dello specifico tavolo tematico, evidenziando la domanda sociale e la conseguente offerta di servizi.

Qualsiasi sia la scelta operata dal distretto socio-sanitario, è necessario che la stessa sia ben motivata ed argomentata. Inoltre, considerata la pluralità delle fonti di finanziamento destinate al welfare, è necessario che la proposta integrativa di programmazione del FNPS 2014-2015 non si sovrapponga ad altre progettualità, onde evitare duplicazioni e sperpero di risorse pubbliche.

Sarà pertanto opportuno che il gruppo piano, prima di programmare le nuove risorse, definisca una griglia che consenta di evidenziare in modo più immediato da una parte i bisogni sociali espressi dal territorio e dall'altra le fonti di finanziamento disponibili.

Questo semplice strumento, integrato dal dato relativo allo scarto tra domanda ed offerta, potrebbe essere un punto di riferimento per la destinazione del FNPS. In merito al trasferimento delle somme assegnate a ciascun distretto, trattandosi di implementazione di un Piano di zona in corso di attuazione, la prima annualità verrà impegnata ed erogata a seguito dell'approvazione dell'implementazione del Piano di zona 2013/2015 (risorse FNPS 2010-2013), previa acquisizione delle risorse nazionali del FNPS trasferite dall'Amministrazione centrale. La II annualità a saldo, da utilizzare per l'implementazione della III annualità dell'attuale Piano di zona 2013/2015 (risorse FNPS 2010-2013), verrà erogata tenuto conto delle direttive regionali emanate in materia di rendicontazione.

A tal riguardo si richiama la recente nota di questo Dipartimento prot. n. 38631 del 7 dicembre 2016, con la quale, al fine di accelerare la spesa e favorire l'acquisizione delle risorse nazionali, si è provveduto ad integrare e modificare la precedente direttiva sulla rendicontazione (prot. n. 9458 del 25 marzo 2016) e al contempo ad adottare gli atti di impegno e di liquidazione relativi alla seconda annualità del Piano di zona 2013-2015 (risorse assegnate con D.D.G. n. 2120 del 6 dicembre 2013). La documentazione relativa all'utilizzazione delle risorse del FNPS (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà riguardante l'utilizzo delle somme assegnate, prospetto dei costi sostenuti per le annualità erogate, relazione sociale) dovrà essere inoltrata a corredo dell'istanza presentata per l'accesso alla III annualità (risorse FNPS 2010-2013).

Analoga modalità dovrà essere seguita per l'accesso al saldo relativo al Piano di zona implementato (risorse FNPS 2014-2015).

Appare opportuno sottolineare che le risorse del FNPS disponibili sul sottoconto di tesoreria unica regionale istituito in sede di erogazione, hanno destinazione vincolata e sono prelevabili esclusivamente a sostegno della spesa sostenuta per l'attuazione del Piano di zona relativo, avendo cura di operare le corrette imputazioni per l'annualità di riferimento, attingendo dal pertinente sottoconto di tesoreria.

Il trasferimento delle risorse ai distretti socio-sanitari sarà comunque garantito nel rispetto dei limiti di spesa imposti al Dipartimento famiglia e politiche sociali e compatibilmente con l'acquisizione delle risorse del Fondo nazionale politiche sociali trasferite dal Ministero delle politiche sociali e del lavoro.

In ultimo si richiama quanto previsto al punto 3 del documento "Integrazione alle Linee guida per l'attuazione delle Politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015", in ordine alla necessità di promuovere modalità di collaborazione e azioni coordinate tra gli enti locali, adottando strumenti e procedure di raccordo e di concertazione, anche permanenti.

Nel rispetto di quanto previsto dal Testo unico sugli enti locali, D.lgs. 18 agosto 2000 n. 267 - Titolo II, Capo V, denominato "Forme associative", che individua agli articoli 30, 31 e 32 tre modalità per l'esercizio delle funzioni: a) la convenzione; b) il consorzio; c) l'unione di comuni, i distretti socio-sanitari, quali ambiti ottimali, istituiti con DPRS 4 novembre 2002, dovranno individuare la forma associativa più efficace ed efficiente rispetto alla costruzione della rete integrata locale dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

Si richiama infine l'attenzione di codesti distretti socio-sanitari in ordine a quanto previsto dal documento "Integrazione alle Linee guida per l'attuazione delle Politiche sociali e socio-sanitarie 2013-2015" con riferimento alle misure che verranno adottate dallo scrivente Dipartimento, nel caso di mancato rispetto del termine assegnato per la presentazione dei "Piani di zona 2013/2015 integrati dalle risorse FNPS 2013/2015".

La presente direttiva verrà pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana e nel sito istituzionale del Dipartimento famiglia e politiche sociali. Il dirigente generale del Dipartimento regionale della famiglia e delle politiche sociali:

## **UMBRIA**

**DGR 16.1.17, n. 15** - Legge regionale 25 del 28 novembre 2014 ss.mm.ii. relativa alla trasformazione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e disciplina delle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona (ASP). Approvazione ai sensi dell'art 4 della medesima L.R. della trasformazione dell'IPAB Opera Pia "Pubblica Assistenza" di Terni. (BUR n. 5 del 1.2.17)

## **POVERTA' INCLUSIONE SOCIALE**

## **MOLISE**

**DGR 20.1.7, n. 12** - Avviso pubblico per la presentazione di proposte di intervento per il contrasto alla grave emarginazione sociale e alla condizione di senza dimora da finanziare a valere sul fondo sociale europeo, programmazione 2014/2020, programma operativo nazionale (pon) "inclusion" e sul fondo di aiuti europei agli indigenti, programmazione 2014/2020, programma operativo per la fornitura di prodotti alimentari e assistenza materiale di base (po i fead). Provvedimenti. (BUR n. 3 del 1.2.17)

### **Note**

Viene delegato il Comune di Campobasso, nella sua qualità di Capofila dell'ATS di Campobasso, in ragione della sua collocazione territoriale, della dimensione demografica e dell'organizzazione dei servizi, per la presentazione della proposta progettuale, nonché tutti gli aspetti consequenziali attraverso l'utilizzo della somma di euro 300.000,00 assegnata alla Regione Molise ai sensi del Decreto Direttoriale n. 256 del 3 ottobre 2016, della Direzione Generale per l'Inclusione e le politiche sociali del Ministero del lavoro e politiche sociali con il quale è stato approvato l'Avviso pubblico n. 4/2016 "Avviso pubblico per la presentazione di proposte di intervento per il contrasto alla grave emarginazione sociale e alla condizione di senza dimora da finanziare a valere sul Fondo Sociale Europeo, programmazione 2014/2020, Programma Operativo Nazionale (PON) "Inclusione" e sul Fondo di Aiuti Europei agli Indigenti, programmazione 2014/2020, Programma Operativo per la fornitura di prodotti alimentari e assistenza materiale di base (PO I FEAD).

Le azioni progettuali predisposte e proposte dal Comune di Campobasso, in qualità di Ente delegato dalla Regione Molise, devono in ogni caso coprire l'intero territorio molisano, in raccordo con gli ATS e/o con i Comuni interessati e i soggetti del privato sociale impegnati nel settore, fino alla concorrenza della somma assegnata al Molise, pari a complessivi 300.000,00 euro;

## **PUGLIA**

**DGR 31.1.17, n. 51** - Schema di protocollo di intesa fra Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e Regione Puglia per la regolazione dei rapporti finanziari per l'integrazione del Fondo "Carta Acquisti" da parte della Regione Puglia per il finanziamento del Reddito di Dignità, in raccordo con il Sostegno per l'Inclusione Attiva. Approvazione. (BUR n. 19 del 10.2.17)

### **Note**

#### **PREMESSA**

In data 15 marzo 2016 è stata pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia la legge regionale 14 marzo 2016, n. 3, "Reddito di Dignità e politiche per l'inclusione sociale attiva", con cui la Regione Puglia ha inteso promuovere una strategia organica di contrasto al disagio

socioeconomico, alle povertà e all'emarginazione sociale, attraverso l'attivazione di interventi integrati per l'inclusione sociale attiva, nel rispetto dell'articolo 34 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, degli articoli 1, 2, 3, 4, 38, della Costituzione italiana, nonché in sinergia e coerenza con i requisiti, le modalità di accesso, e i criteri di determinazione del beneficio economico della misura di sostegno al reddito nazionale, denominato Sostegno per l'Inclusione Attiva (S.I.A.), di cui all'articolo 1, comma 386, della legge n. 208/2015, come definiti dal decreto interministeriale di cui all'articolo 1, comma 387, della medesima legge n. 208/2015.

Il Regolamento Regionale n. 8 del 23 giugno 2016, in particolare, al Titolo II, artt. 4-5, ha provveduto a declinare i requisiti soggettivi minimi per l'accesso e i criteri di valutazione dei bisogni prioritari della persona che presenta istanza di accesso al ReD e del rispettivo nucleo familiare, come risultante dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica ai fini ISEE.

I requisiti di accesso e il sistema dei punteggi da attribuire in base alle caratteristiche del nucleo familiare sono stati definiti nel rispetto dei criteri generali fissati dalla L.r. 14 marzo 2016, n. 3, istitutiva del Reddito di Dignità, nonché in coerenza con i requisiti di accesso al SIA-Sostegno per l'inclusione sociale attiva di cui all'artt. 1 co. 386 e seguenti della L. n. 208/2015 (Legge di Stabilità 2016), così come disciplinati in dettaglio nel Decreto Interministeriale del 26 maggio 2016.

Il Titolo III del Regolamento regionale, disciplina, inoltre, il percorso procedurale per portare un soggetto richiedente il ReD dalla domanda alla fruizione del beneficio economico e alla presa in carico multiprofessionale da parte della rete dei servizi, con la definizione di un progetto individuale per l'inclusione sociale attiva e l'attivazione del percorso di tirocinio.

Anche per le procedure di istruttoria e di definizione della presa in carico multiprofessionale la disciplina regionale del ReD è strettamente coerente con quanto già definito dal Decreto Interministeriale 26 maggio 2016, con specifico riferimento al ruolo di INPS come "Soggetto Attuatore" che, ai fini dell'istruttoria delle domande di accesso al ReD, procederà in cooperazione applicativa con le procedure informatiche regionali per l'istruttoria e la valutazione delle domande.

Con Del. G.R. n. 1014 del 7 luglio 2016 la Giunta Regionale ha provveduto ad approvare l'Avviso pubblico per le domande dei cittadini di accesso alla misura ReD, strettamente integrata alla misura SIA nazionale, sia per l'integrazione delle risorse finanziarie complessivamente disponibili, sia per i requisiti di accesso e il percorso di presa in carico multiprofessionale, fermi restando l'obiettivo della Amministrazione regionale di ampliare la platea dei potenziali beneficiari e di estendere gli importi economici riconosciuti ai beneficiari SIA.

### **IL DECRETO SUL SIA E LA RICADUTA SULLA REGIONE**

Con il Decreto del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 26 maggio 2016 è stato dato Avvio del Sostegno per l'Inclusione Attiva-SIA su tutto il territorio nazionale.

L'art. 2 comma 4 del succitato Decreto Interministeriale prevede che le Regioni e le Province Autonome possono, con riferimento ai propri residenti, incrementare il beneficio economico concesso e/o ampliare la platea dei beneficiari, riducendo la selettività dei requisiti necessari per l'accesso al beneficio, integrando a tal fine il Fondo Carta Acquisti.

L'art. 2 comma 4 del succitato Decreto Interministeriale prevede che gli specifici usi in favore dei residenti nel territorio regionale, a cui vincolare l'utilizzo delle risorse versate ad integrazione del Fondo Carta Acquisti, sono definiti con apposito protocollo di intesa tra il Presidente della Regione e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sentito il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Inoltre il succitato Decreto Interministeriale dispone che i rapporti finanziari siano regolati con apposito atto tra l'Amministrazione Regionale, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

Il protocollo di intesa tra la Regione Puglia e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, stipulato in data 29 dicembre 2016, ai sensi del sopra citato articolo 2, comma 4 del decreto 26 maggio 2016, e in particolare l'articolo 3 che prevede:

a) che ai beneficiari di SIA residenti in Regione in possesso dei requisiti per accedere al Reddito di Dignità (ReD) di cui alla L.r. n. 3/2016 sarà garantito l'ammontare del beneficio loro spettante in

ragione della normativa regionale che disciplina il ReD, mediante integrazione degli importi corrisposti dallo Stato. A tal fine il beneficio economico a favore dei beneficiari del SIA residenti in Regione sarà a carico di risorse statali nei limiti della disponibilità assegnata dallo Stato alla Regione ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 26 maggio 2016, mentre gli importi integrativi che risultano dalla normativa regionale saranno a carico di risorse regionali nei limiti delle disponibilità di bilancio;

b) che nella Regione l'erogazione del SIA e del ReD avverrà in modo integrato con le modalità proprie del SIA. A tal fine anche ai beneficiari di ReD verranno consegnate Carte di pagamento sulle quali accreditare con cadenza bimestrale disponibilità pari agli importi di beneficio spettante. Resta fermo che l'integrazione del beneficio costituito dal ReD avverrà in ciascun bimestre sulla base delle risorse versate al Fondo carta acquisti;

c) che per il finanziamento della Misura la Regione effettua versamenti ad integrazione del fondo Carta Acquisti di cui all'articolo 81, comma 29, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 (Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria), convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133;

d) che le modalità tecniche per la regolazione dei rapporti finanziari tra la Regione e i Ministeri competenti sono stabilite con l'apposito atto di cui all'articolo 2, comma 4, del Decreto interministeriale 26 maggio 2016.

#### **GLI IMPEGNI FINANZIARI**

Con atto dirigenziale n. 768 del 20/12/2016 si è provveduto ad approvare l'accertamento in entrata e l'impegno contabile di Euro 28.092.500,00

#### **IL PROTOCOLLO**

Viene approvato lo schema di protocollo di intesa fra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Puglia per la regolazione dei rapporti finanziari per l'integrazione del Fondo "Carta Acquisti" da parte della Regione Puglia per il finanziamento del Reddito di Dignità, in raccordo con il Sostegno per l'Inclusione Attiva, come riportato in Allegato 1 alla presente proposta di deliberazione, per farne parte integrante e sostanziale, quale esito della istruttoria congiunta condotta dalla struttura tecnica della Direzione Generale per l'Inclusione e le Politiche Sociali del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e dalla struttura della Sezione Inclusione sociale attiva e Innovazione reti sociali dell'Assessorato al Welfare.

Il Protocollo di intesa oggetto della presente proposta di deliberazione concorre alla definizione delle modalità di trasferimento delle risorse poste a finanziamento della misura regionale Reddito di Dignità — allo stato attuale determinate per la prima annualità sulla base dei provvedimenti e degli atti amministrativi sopra riportati — tra Regione Puglia e Ministero dell'Economia e delle Finanze per le successive erogazioni ReD ai titolari beneficiari di ReD e per le successive integrazioni ReD ai titolari beneficiari di SIA.

Le integrazioni ReD e le erogazioni ReD sono disposte da INPS secondo le modalità concordate tra la Regione e l'INPS e le direttive impartite dai Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali all'INPS stesso nell'ambito dei poteri di direttiva di cui all'articolo 2, comma 1, lett. c), del citato decreto interdipartimentale n. 89030 del 16 settembre 2008 e che, con specifico riferimento alle erogazioni ReD il dispositivo di pagamento che autorizza INPS alla relativa erogazione per il titolare ammesso a beneficio è assunto dall'Ambito territoriale sociale di riferimento, in qualità di soggetto beneficiario della misura ReD;

**DGR 31.1.17, n. 52** - Schema di convenzione tra Regione Puglia e Ambiti territoriali sociali per la delega di attività endoprocedimentali connesse al potenziamento delle strutture tecnico-professionali comunali per l'implementazione del SIA e del ReD per il contrasto della povertà e l'inclusione sociale di cui all'Avviso n. 3/2016 dell'AdG PON Inclusione 2014-2020. Approvazione. (BUR n. 19 del 10.2.17)

**Note****PREMESSA**

In data 15 marzo 2016 è stata pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia la legge regionale 14 marzo 2016, n. 3, “Reddito di Dignità e politiche per l’inclusione sociale attiva”, con cui la Regione Puglia ha inteso promuovere una strategia organica di contrasto al disagio socioeconomico, alle povertà e all’emarginazione sociale, attraverso l’attivazione di interventi integrati per l’inclusione sociale attiva, nel rispetto dell’articolo 34 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea, degli articoli 1, 2, 3, 4, 38, della Costituzione italiana, nonché in sinergia e coerenza con i requisiti, le modalità di accesso, e i criteri di determinazione del beneficio economico della misura di sostegno al reddito nazionale, denominato Sostegno per l’Inclusione Attiva (S.I.A.), di cui all’articolo 1, comma 386, della legge n. 208/2015, come definiti dal decreto interministeriale di cui all’articolo 1, comma 387, della medesima legge n. 208/2015.

Il Regolamento Regionale n. 8 del 23 giugno 2016, in particolare, al Titolo III disciplina il percorso procedurale per portare un soggetto richiedente il ReD dalla domanda alla fruizione del beneficio economico e alla presa in carico multiprofessionale da parte della rete dei servizi, con la definizione di un progetto individuale per l’inclusione sociale attiva e l’attivazione del percorso di tirocinio. Anche per le procedure di istruttoria e di definizione della presa in carico multiprofessionale la disciplina regionale del ReD è strettamente coerente con quanto già definito dal Decreto Interministeriale 26 maggio 2016, con specifico riferimento al ruolo di INPS come “Soggetto Attuatore” che, ai fini dell’istruttoria delle domande di accesso al ReD, procederà in cooperazione applicativa con le procedure informatiche regionali per l’istruttoria e la valutazione delle domande. Con Del. G.R. n. 1014 del 7 luglio 2016 la Giunta Regionale ha provveduto ad approvare l’Avviso pubblico per le domande dei cittadini di accesso alla misura ReD, strettamente integrata alla misura SIA nazionale, sia per l’integrazione delle risorse finanziarie complessivamente disponibili, sia per i requisiti di accesso e il percorso di presa in carico multiprofessionale, fermi restando l’obiettivo della Amministrazione regionale di ampliare la platea dei potenziali beneficiari e di estendere gli importi economici riconosciuti ai beneficiari SIA.

A seguito del Decreto del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze del 26 maggio 2016 (Avvio del Sostegno per l’Inclusione Attiva — SIA su tutto il territorio nazionale) è stato sottoscritto - il Protocollo di intesa in\* data 10 giugno 2016 tra Regione Puglia e ANCI Puglia per l’attuazione delle misure di contrasto alle povertà e i percorsi di inclusione sociale attiva.

Il Programma Operativo Nazionale (PON) “Inclusione”, a titolarità del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali — Direzione Generale per l’inclusione e le politiche sociali, che è stato approvato con Decisione della Commissione C(2014) 10130 del 17 dicembre 2014, ha come obiettivo principale quello di supportare l’implementazione del Sostegno all’Inclusione Attiva, quale politica di prevenzione e contrasto alle povertà così come disciplinata dal Decreto 26 maggio 2016 del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze a valere del “Fondo per la lotta alla povertà e all’esclusione sociale” istituito con la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016).

Con l’Avviso n. 3/2016 dell’Autorità di Gestione del PON Inclusione 2014-2020 presso il Ministero del Lavoro e politiche sociali, per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul FSE per il sostegno all’attuazione del SIA, che in Puglia si integra con il ReD, ai sensi degli artt. 3 e 4, le risorse assegnate a ciascun Ambito territoriale a valere sulle risorse FSE del PON Inclusione dal Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, può essere impiegata, nell’arco del triennio 2016-2019, per le seguenti azioni:

AZIONE A — Rafforzamento dei servizi sociali

AZIONE B — Interventi socio-educativi e di attivazione lavorativa

AZIONE C — Promozione di accordi di collaborazione in rete.

Nell’ambito dell’Azione A l’Avviso contempla, tra le spese ammissibili, l’attività A.1 di “potenziamento dei servizi di segretariato sociale, dei servizi per la presa in carico e degli interventi sociali rivolti alle famiglie destinatarie del SIA”, che ha l’obiettivo di dotare i singoli territori di profili

professionali idonei all'espletamento delle funzioni descritte nelle "Linee Guida per la predisposizione e attuazione dei progetti di presa in carico del Sostegno per l'inclusione attiva" approvate in Conferenza Unificata, di seguito "Linee Guida".

### **LA RICADUTA SUGLI AMBITI TERRITORIALI**

Per concorrere all'assegnazione delle risorse già finalizzate nell'ambito del PON Inclusione alle suddette linee di attività, a tutti gli Ambiti territoriali è richiesto di partecipare ad un Avviso non competitivo (Avviso n. 3/2016 PON Inclusione) per la presentazione di un progetto unico integrato di intervento a livello di Ambito territoriale sociale in cui in relazione agli specifici fabbisogni i Comuni associati potranno richiedere l'attivazione di specifiche azioni ammissibili a spesa.

Si considera una significativa opportunità in questa fase per tutti gli Ambiti territoriali sociali e i relativi Uffici di Piano di Zona quella offerta dal PON Inclusione per rafforzare in modo mirato e dedicato la rispettiva capacità operativa, al fine di :

- a) costituire e insediare le equipe multi professionali integrate, con i Servizi Sociali professionali dei singoli Comuni e con le altre agenzie territoriali impegnate nella presa in carico dei beneficiari del sostegno economico al reddito;
- b) accrescere le competenze tecniche per la gestione integrata dei fondi strutturali e dei fondi nazionali e regionali con le attività di monitoraggio e controllo, nonché per operare sulla piattaforma web di attuazione delle procedure di selezione dei beneficiari, in cooperazione applicativa con INPS;
- c) potenziare alcuni dei servizi alle persone e alle famiglie, al fine di accrescere l'efficacia dei percorsi di inclusione sociale attivati, ad integrazione di quanto gli Ambiti territoriali riescono già a stanziare nell'ambito dei rispettivi Piani Sociali di Zona;
- d) promuovere la maggiore coerenza e complementarietà delle politiche straordinarie per l'inclusione sociale attiva rispetto alle politiche ordinarie in materia sociale, e definire il contesto in cui attivare l'eventuale commissariamento ad acta in caso di grave inadempienza di un Ambito territoriale.

### **IL COORDINAMENTO INTRAREGIONALE**

Si rende necessario un coordinamento intraregionale tra tutte le proposte progettuali dei 45 Ambiti territoriali pugliesi nonché un supporto agli Ambiti territoriali per la gestione della fase di attivazione delle azioni selezionate e per la costituzione dei rispettivi gruppi di lavoro, coordinamento rispetto al quale è centrale la forte collaborazione tra Regione Puglia e ANCI Puglia.

### **IL PERSONALE NECESSARIO**

Nel quadro complessivo degli obiettivi di cui all'art. 2 del Protocollo di intesa tra Regione Puglia e ANCI Puglia, si configura la necessità di coordinare su tutto il territorio regionale le attività di selezione e reclutamento di nuovo personale idoneo allo svolgimento delle funzioni previste, all'interno di equipe multiprofessionali e dei Servizi Sociali professionali alle dipendenze dell'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale, entro i limiti fissati dallo stesso Avviso n. 3/2016, previa delega da parte dell'Ambito territoriale in favore della Regione Puglia, sulla base dei dati di fabbisogno già formulati nell'ambito del monitoraggio condotto a cura di Regione Puglia, e comunque nel rispetto dei profili professionali ammissibili e dei vincoli di ammissibilità della spesa di cui all'Avviso n. 3/2016 dell'AdG PON Inclusione.

### **LA CABINA DI REGIA**

In data 26 settembre 2016, a seguito di apposita Cabina di Regia regionale tra tutti i Responsabili degli Uffici di Piano e i Responsabili Unici del Procedimento ReD, con nota prot. n. A005\_146/26/09/2016/003163 l'Assessore al Welfare ha provveduto a richiedere ai Presidenti dei Coordinamenti Istituzionali dei 45 Ambiti territoriali sociali di valutare l'opportunità di aderire ad una procedura unica regionale per la selezione del personale per le azioni di rafforzamento dei Servizi Sociali professionali, dei segretariati sociali, degli Uffici di Piano, delle equipe multiprofessionali, nell'ambito della Linea di Azione A dell'Avviso 3/2016 PON Inclusione, con conseguente deliberazione di delega di attività endoprocedimentale.

### **LA CONVENZIONE**

Viene approvato lo schema di convenzione fra l'Ambito territoriale e la Regione Puglia-Assessorato al Welfare per la delega di attività endoprocedimentali connesse al potenziamento delle strutture

tecnico-professionali comunali per l'implementazione del SIA e del ReD per il contrasto della povertà e l'inclusione sociale di cui all'Avviso n. 3/2016 dell'AdG PON Inclusione 2014-2020, come riportato in Allegato 1 alla presente proposta di deliberazione, per farne parte integrante e sostanziale. La proposta di delega di attività endoprocedimentale ha l'obiettivo di favorire la declinazione e il coordinamento della governance procedurale, amministrativa ed economica dell'Azione A.1 dell'Avviso pubblico n.3/2016 "potenziamento dei servizi di segretariato sociale, dei servizi per la presa in carico e degli interventi sociali rivolti alle famiglie destinatarie del SIA", al fine di dotare i singoli territori di profili professionali idonei all'espletamento delle funzioni descritte nelle Linee Guida, mediante procedure di selezione che assicurino omogeneità, tempestività, trasparenza ed efficienza su tutto il territorio regionale.

<b>PRIVATO SOCIALE</b>
------------------------

## **LAZIO**

**Determinazione 20 gennaio 2017, n. G00435 LL.RR 24/1996 e 30/1997** - "LEONESSA SERVIZI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE" codice fiscale 01113360570, con sede in Leonessa (Ri), via del Lavatoio, 2A c.a.p. 02016 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione B. . (BUR n. 10 del 2.2.17)

### **Note**

Viene disposta l'iscrizione della "LEONESSA SERVIZI SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE" codice fiscale 01113360570, con sede in Leonessa (Ri), via del Lavatoio, 2A c.a.p. 02016 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione B a far data del 12 maggio 2014.

**Determinazione 20 gennaio 2017, n. G00436 LL.RR 24/1996 e 30/1997** - "FUMONE SERVICE COOPERATIVA SOCIALE" codice fiscale 02939710600, con sede in Fumone (Fr), via Vicinale Canterno, 31 c.a.p. 03010 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione B. . (BUR n. 10 del 2.2.17)

### **Note**

Viene disposta l'iscrizione della "FUMONE SERVICE COOPERATIVA SOCIALE" codice fiscale 02939710600, con sede in Fumone (Fr), via Vicinale Canterno, 31 c.a.p. 03010 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione B a far data del 12 dicembre 2016.

## **PIEMONTE**

**D.D. 9 novembre 2016, n. 779** Nomina del Nucleo di valutazione delle offerte presentate in attuazione della procedura di affidamento, approvata con DD n. 743/A1509A del 28.10.2016, per la realizzazione di un corso di formazione per Formatori generali del Servizio Civile Nazionale (L. 64/01). (BUR 6 - S1 del 9.2.17)

### **Note**

Si procede alla nomina del Nucleo di valutazione, così composto:

- Dr.ssa Monica Vietti, Funzionaria della Direzione Coesione Sociale, Settore Politiche per le famiglie, giovani e migranti, pari opportunità e diritti, in qualità di Presidente del Nucleo
- Dr. Gianfranco Scarcali, Funzionario della Direzione Coesione Sociale, Settore Programmazione socio assistenziale, standard di servizio e qualità
- Dr. Christian Rutigliano, Funzionario della Direzione Coesione Sociale, Settore Programmazione socio assistenziale, standard di servizio e qualità
- Componente Supplente: Dr.ssa Maria Celeste Anglesio, Funzionaria della Direzione Coesione Sociale, Settore Politiche per le famiglie, giovani e migranti, pari opportunità e diritti

**D.D. 27 dicembre 2016, n. 1059** Finanziamento del protocollo di collaborazione tra la Regione Piemonte e i cinque Centri Servizi per il Volontariato piemontesi. Impegno di spesa di Euro 15.000,00 sul cap. 189651 del bilancio 2016 (ass. 101086) (BUR 6 - S1 del 9.2.17)

**Note**

**PREMESSA**

Al fine di favorire la coesione sociale risultano centrali i processi di partecipazione attiva alla vita sociale e civile degli stranieri anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni di migranti.

Il volontariato da sempre rappresenta un'opportunità di partecipazione, di incontro e scambio, di dialogo e confronto, ed è espressione di solidarietà e di tutela dei diritti dei cittadini e delle cittadine.

In Piemonte sono cinque i Centri Servizio per il Volontariato (CSV):

Centro Servizi per il Volontariato "VOL.TO" che afferisce al territorio di Torino e provincia,

il Centro Servizi per il Volontariato Società Solidale di Cuneo e provincia,

il Centro Servizi Volontariato Asti Alessandria "CSVAA" di Alessandria - Asti e provincia,

il Centro Servizi per il Territorio Solidarietà e Sussidiarietà "CST" di Novara - V.C.O. e provincia,

il Centro Territoriale per il Volontariato "CTV" di Biella e Vercelli e provincia.

La Regione Piemonte con D.G.R. n 71-4436 del 19.12.2016 ha approvato lo schema di protocollo di collaborazione tra la Regione Piemonte e i soggetti gestori dei suddetti cinque Centri Servizio per il volontariato, al fine di intraprendere un percorso condiviso che mira a favorire i processi di partecipazione attiva alla vita sociale e civile degli stranieri in un'ottica di inclusione sociale.

**LA DISPOSIZIONE**

Viene impegnata la somma di euro 15.000,00 a favore dei cinque Centri Servizi per il Volontariato piemontesi in base al protocollo di collaborazione tra la Regione Piemonte e i soggetti gestori dei suddetti cinque Centri Servizio per il volontariato, approvato con D.G.R. 71-4436 del 19.12.2016.

Viene ripartita la somma di Euro 15.000,00 in modo uguale con una quota fissa di 3.000,00 a ciascun soggetto gestore dei già citati cinque Centri Servizio per il volontariato.

**D.D. 17 novembre 2016, n. 818** - D.G.R. n. 22-6577 del 28.10.2013. Sostegno delle spese correnti e di amministrazione del Banco Alimentare Piemonte Onlus con sede legale a Moncalieri, Corso Roma 24/ter. Finanziamento stabilito con convenzione triennale rep. n. 449/2013 del 19.11.2013. Impegno e relativa liquidazione di euro 100.000,00 cap. 180684 (ass. n. 100614) del bilancio 2016. (BUR 6 - S1 del 9.2.17)

**Note**

La Giunta Regionale con D.G.R. n. 22-6577 del 28.10.2013 ha valutato che sia in linea con gli indirizzi programmatici della Regione Piemonte sostenere e qualificare le iniziative del Banco Alimentare Piemonte Onlus, volte ad alleviare le situazioni di emarginazione e di degrado, garantendo un supporto finanziario a sostegno delle spese correnti e di amministrazione;

a tal fine è stata stipulata apposita convenzione, rep. n. 449/2013 in data 19.11.2013, tra il Direttore regionale alla Politiche sociali e il Presidente del Banco Alimentare Piemonte Onlus, con la quale la Regione Piemonte si impegna a finanziare una spesa complessiva di euro 100.000,00 annue per l'intera durata della convenzione (2014-2016);

Viene impegnata la somma di euro 100.000,00 a favore del Banco Alimentare Piemonte Onlus, con sede legale a Moncalieri, Corso Roma, 24/ter, per le attività svolte nell'anno 2016.

**D.D 27 dicembre 2016, n. 1067** - L.R.31/75 - Contributi agli Enti di Patronato per l'attività svolta nell'anno 2014 - Individuazione dei soggetti ammissibili a contributo. (BUR 6 - S1 del 9.2.17)

**Note**

Con la L.R. 21/05/1975 n. 31, così come successivamente modificata ed integrata, vengono annualmente concessi contributi alle sedi provinciali degli Istituti di Patronato e di assistenza sociale, in base alle domande dagli stessi inoltrate, riferite all'attività esplicata nell'anno precedente.

All'art. 7 della predetta legge è sancito che i contributi siano concessi per il 70% della somma disponibile in misura strettamente proporzionale al punteggio assegnato dal Ministero del Lavoro e

dalla Previdenza Sociale, attraverso i locali Ispettorati, per l'attività di patrocinio e organizzazione degli uffici e per il 30% per le iniziative di promozione, di prevenzione, di formazione. Tale ultima somma è ripartita, in base a criteri proposti dalla Commissione di cui all'art. 5 della legge in argomento e approvati dalla Giunta regionale, tra i vari Enti in considerazione dell'effettiva consistenza di ciascuno sul territorio e delle attività svolte in campo sociale;

Vengono ammessi al contributo di cui alla L.R. 31/75, per l'attività svolta nell'anno 2014, gli Enti di Patronato inseriti nell'allegato A) (a cui si fa rinvio).

<b>SANITÀ</b>
---------------

## **ABRUZZO**

**DGR 15.12.2016, n. 835** - Adesione al Progetto Agenas 2016/2018: "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero". (BUR n. 5 del 1.2.17 )

**DECRETO 28.09.2016, n. 114** - (BUR n. 6 dell'8.2.17)

### **Note**

Viene preso atto dell'Accordo Quadro Accordo Quadro tra la Regione, Federfarma e Assofarm (allegato A, a cui si fa rinvio) con cui vengono definite le modalità applicative per l'avvio nella Regione Abruzzo della cd. DPC e del servizio Farmacup, recependone integralmente i contenuti.

Viene individuata quale ASL capofila, ai sensi di quanto indicato nel punto b) dell'Accordo, la ASL di Pescara, dando ad essa mandato di attivare una struttura dedicata per la gestione della DPC, anche a valenza sovraaziendale, che si occupi in particolare di:

- esperire la gara di acquisto dei farmaci di cui all'elenco approvato nel citato Accordo, previa delega autorizzativa della Stazione Unica Appaltante Abruzzo;
- svolgere una funzione di controllo gestione ed elaborazione statistica atta a verificare l'effettivo risparmio sulla spesa previsto da tale accordo;
- attivare un applicativo Web-DPC per gestire gli ordini dei farmaci oggetto dell'Accordo.

## **CAMPANIA**

**Decreto Presidente Giunta n. 31 del 30/01/2017** - Nomina dei componenti del consiglio di indirizzo e verifica dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico fondazione Giovanni Pascale (BUR n. 10 del 2.2.17)

Vengono nominati quali componenti del Consiglio di Indirizzo e Verifica dell'Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico "Fondazione Giovanni Pascale":

- Prof. Pietro Forestieri, Direttore del Dipartimento ad Attività Integrate (D.A.I.) di Gastroenterologia, Endocrinologia e Chirurgia con funzioni di Presidente.
- Componenti:
- Prof. Luca Brunese, Direttore del Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "Vincenzo Tiberio" dell'Università degli Studi del Molise;
- Dott.sa Tiziana Spinosa, Responsabile di UOC della Assistenza Sanitaria di Base del Distretto 25 della ASL Napoli 1 Centro;
- Dott. Cesare Gridelli, Direttore del Dipartimento di Onco-Ematologia della AORN Moscati di Avellino;
- Prof. Carmine Selleri, Direttore del Dipartimento di Anatomia Patologica, Oncologia, Ematologia della AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona – Scuola Medica Salernitana.

## EMILIA-ROMAGNA

**RISOLUZIONE - Oggetto n. 1826** - Risoluzione per impegnare la Giunta ad adottare una deliberazione che preveda che, nel caso di donatore di rene da vivente cittadino extracomunitario non residente in Italia, le prestazioni sanitarie inerenti la donazione gravino sul Fondo regionale trapianti, sollecitando inoltre il Governo a stipulare convenzioni sanitarie, qualora non esistenti, che consentano il trapianto ai pazienti che abbiano un possibile familiare donatore extracomunitario. A firma dei Consiglieri: Paruolo, Calvano, Cardinali, Campedelli, Tarasconi, Lori, Zoffoli, Ravaioli, Bagnari, Montalti, Rossi Nadia, Bessi, Boschini, Taruffi, Pruccoli, Sabattini, Zappaterra, Prodi, Mumolo, Mori, Molinari, Poli, Gibertoni, Sensoli, Soncini. (BUR n. 30 dell'8.2.17)

L'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna

Premesso che

i pazienti affetti da insufficienza renale cronica terminale, in trattamento dialitico periodico in Emilia-Romagna, sono circa 3300 (dati del Registro Regionale di Dialisi a fine 2013, di cui poco meno di 3 mila in dialisi extracorporea e i rimanenti in dialisi peritoneale). Si stima che fra essi vi siano circa 260 pazienti extracomunitari (circa l'8%) più altri 70 circa in fase di pre-dialisi. L'età media dei dializzati non italiani è significativamente più bassa di quelli di nazionalità italiana e, per tale motivo, molti di essi risultano idonei a programmi di trapianto di rene e figurano in lista d'attesa presso il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna. Gli stessi degenti extracomunitari, inoltre, pur informati sulle procedure per il trapianto da donatore vivente e verso il quale dimostrano interesse, manifestano al contempo le difficoltà di coinvolgere, come potenziale donatore, un familiare ancora residente nel paese di origine, e restano in attesa di un rene da donatore cadavere.

Sottolineato che

oltre alle limitazioni di natura economica per sostenere il viaggio in Italia del potenziale donatore, sussiste la difficoltà, sul piano amministrativo, di ottenere un visto per cure sanitarie da rilasciare ad un soggetto del tutto sano. In aggiunta a tali ostacoli, si pone il tema dei costi per la fase di valutazione clinica del candidato alla donazione e, nel caso di idoneità, di quelli del ricovero per l'intervento chirurgico di prelievo del rene.

Evidenziato che

il cittadino straniero, residente in Italia con permesso di soggiorno e regolarmente iscritto al Servizio Sanitario Nazionale, ha diritto ad essere inserito nella lista di attesa per il trapianto di organo da cadavere. Lo stesso può, inoltre, accedere al trapianto da donatore vivente da un familiare straniero anch'esso residente in Italia con il permesso di soggiorno ed iscritto al SSN. La normativa nazionale non contempla il caso in cui il familiare donatore sia un cittadino extracomunitario; naturalmente anche un paziente cittadino italiano potrebbe avere come donatore potenziale un familiare extracomunitario, caso per cui valgono le stesse considerazioni.

Rilevato che

dai resoconti per gli anni 2012, 2013 e 2014 dell'Attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti, predisposti dal Servizio Sanitario Regionale e dal Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna, emerge "la aumentata frequenza di possibili donatori viventi extracomunitari residenti all'estero ma disposti a donare un rene al familiare in trattamento emodialitico in Italia". Dal citato report per l'anno 2014 risulta, inoltre, che "sono stati individuati almeno 4 emodializzati extracomunitari in dialisi in provincia di Modena, che hanno un possibile familiare donatore consenziente, residente all'estero, in paesi (Marocco, Ghana ed Egitto) che non hanno convenzioni sanitarie con l'Italia e che quindi dovrebbero accollarsi tutte le spese di studio del donatore, della nefrectomia e dei successivi controlli. Nessuno di questi donatori ha tali possibilità economiche e quindi nessuno studio è stato intrapreso".

Ritenuto che

pur non vigendo ad oggi norme specifiche che regolano il trapianto di rene da donatore vivente extracomunitario, è possibile nondimeno desumere dall'ordinamento che le spese relative al donatore possano essere a carico del Servizio Sanitario Regionale. Il Decreto Ministeriale n. 116 del 2010,

infatti, recante "Regolamento per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi da donatore vivente" sottolinea le potenzialità terapeutiche in termini di esito e di razionale uso delle risorse del trapianto di rene da vivente;

la normativa nazionale ha considerato le evidenze scientifiche che hanno dimostrato che il trapianto renale, da cadavere e da vivente, è la forma di trattamento sostitutivo che consente la miglior sopravvivenza e qualità di vita e rappresenta la più efficace opportunità per ottimizzare il rapporto costo/benefici del trattamento sostitutivo della funzione renale;

il decreto citato prevede che le spese del donatore siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e non esclude che ciò possa valere anche nel caso in cui il donatore sia un cittadino extracomunitario. Nello specifico, l'art. 11 stabilisce che "sono a carico del Servizio sanitario nazionale gli accertamenti mirati ad escludere la presenza di specifici fattori di rischio in relazione a precedenti patologie ed evidenziare il grado di compatibilità tra donatore e ricevente", oltre a "tutti gli accertamenti e i controlli del donatore anche a distanza dal trapianto - e comunque allo stesso correlati, indipendentemente dall'esito e dal tempo intercorso dal trapianto". Pertanto si ritiene che nulla osti a che il riferimento normativo per il caso in esame sia costituito dal DM n. 116 del 2010 applicato in via analogica. La tesi di cui sopra pare ulteriormente avvalorata dall'adozione del criterio di ragionevolezza, tenuto conto dei risparmi che si otterrebbero nel medio periodo in termini di spesa per l'attività di dialisi.

Considerato che

l'introduzione di un provvedimento che consenta al Servizio Sanitario Regionale, nel caso di donatore vivente cittadino extracomunitario non residente in Italia, di sostenere i costi per le prestazioni sanitarie inerenti la donazione non comporterà un incremento della spesa sanitaria, ma potrà anzi produrre un risparmio che fa leva, grazie al trapianto da donatore vivente, sull'eliminazione dei costi della dialisi. Tale risparmio potrà essere in parte destinato a coprire gli oneri delle prestazioni sanitarie sia per il donatore che per il ricevente (valutando anche come supportare eventuali spese di viaggio del donatore), fra prima valutazione, intervento di prelievo e i controlli clinici successivi. Siffatto provvedimento consentirebbe, inoltre, di liberare posti nella lista d'attesa per il trapianto da donatore cadavere, offrendo maggiori opportunità agli altri candidati in lista d'attesa e senza la disponibilità di un donatore vivente (fra cui molti italiani).

Tutto ciò premesso e considerato

impegna la Giunta

- ad adottare apposita delibera nella quale si stabilisca che, nel caso di donatore di rene da vivente cittadino extracomunitario non residente in Italia, le prestazioni sanitarie inerenti la donazione graveranno sul Fondo regionale trapianti, e se ne definiscano le modalità;

- a sollecitare il Governo nazionale, anche in sede di Conferenza Stato-Regioni, affinché siano stipulate convenzioni sanitarie, sulla scorta di quelle già in essere, con Paesi che ancora non hanno convenzioni sanitarie con l'Italia, al fine di consentire il trapianto ai pazienti che hanno un possibile familiare donatore extracomunitario.

## **LAZIO**

**Decreto del Commissario ad Acta 18 gennaio 2017, n. U00017** Integrazione al DCA n.U00273 dell'8 settembre 2016 avente ad oggetto "Individuazioni delle Aziende del S.S.R. da sottoporre ai piani di rientro triennali in applicazione del comma 525 dell'art.1 della legge n. 208 del 28 dicembre 2015". (BUR n. 8 del 26.1.17)

### **Note**

Gli enti del SSR sottoposti ai piani di rientro di cui all'art. 1 comma 524, lettera b) della legge n. 208/2015 sono i seguenti: • AO San Giovanni – Addolorata; • AOU Policlinico Umberto I.

I piani di rientro delle Aziende dovranno altresì contenere le misure atte al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, ai fini del superamento di ciascuno dei disallineamenti rilevati.

**Decreto del Commissario ad Acta 20 gennaio 2017, n. U00030** - Adozione del documento tecnico inerente "Percorso e rete assistenziale per la prevenzione e la gestione del tumore del colon e del retto nel Lazio", ai sensi del DCA n. U00247/2014. (BUR n. 8 del 26.1.17)

**Note**

Viene adottato il documento tecnico allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, denominato "Percorso e rete assistenziale per la prevenzione e la gestione del tumore del colon e del retto nel Lazio". ( a cui si fa rinvio).

Viene dato mandato a ciascuna Azienda di nominare un Referente per la rete oncologica del tumore del colon-retto, Responsabile della stesura del Percorso assistenziale aziendale, che deve essere redatto ed inviato alla Direzione Salute e Politiche Sociali.

**Determinazione 13 gennaio 2017, n. G00257** - Approvazione del documento inerente: "Criteri per l'accesso alle strutture di ricovero riabilitativo intensivo di pazienti in età pediatrica".(BUR n. 8 del 26.1.17)

**Note**

Viene approvato il documento allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale denominato "Criteri per l'accesso alle strutture di ricovero riabilitativo intensivo di pazienti in età pediatrica" (a cui si fa rinvio)..

**Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2017, n. T00018** - Differimento della scadenza della nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 4 (ex Roma F). (BUR n. 9 del 31.1.17)

**Note**

Viene differita, mediante proroga, la scadenza della nomina a Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 4 (ex Roma F), conferita al dott. Giuseppe Quintavalle, nato a Cosenza il 25 aprile 1963, con Decreto del Presidente n. T00026 del 30 gennaio 2014, estendendone la durata di ulteriori due anni con decorrenza dalla data di scadenza del contratto attualmente in essere.

**Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2017, n. T00019** - Differimento della scadenza della nomina a Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata. (BUR n. 9 del 31.1.17)

**Note**

Viene differita, mediante proroga, la scadenza della nomina a Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, conferita alla dott.ssa Ilde Coiro, nata a Sant'Arsenio (SA) il 16 settembre 1954, con Decreto del Presidente n. T00031 del 30 gennaio 2014, estendendone la durata di ulteriori due anni con decorrenza dalla data di scadenza del contratto attualmente in essere.

**Determinazione 26 gennaio 2017, n. G00669** - Valutazione e certificazione dei requisiti dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425 - DCA n.U00112 del 11.04.2016. (BUR n. 10 del 2.2.17)

**Note**

Viene rilasciata la certificazione inerente l'esperienza professionale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative, ai candidati nell'elenco di seguito riportato che risultano aver inoltrato regolare istanza:

- Basso Liliana - Clarici Luigia - Papuzzo Eleonora - Tirelli Walter - Cardamone Brigitte - Tomasini Valeria - Lucatelli Stefania - Pittaluga Monica - Dallimonti Paolo - Attanasio Gennaro - Palleschi Terzoli Umberto - Eusepi Giovanni - Gentili Sonia.

**LIGURIA**

**DGR 20.12.16, n. 1180** - Conferma sino al 30 aprile 2017 della composizione delle tre sezioni del Comitato Etico Regionale. (BUR n. 4 del 25.1.17)

**Note**

Viene confermata sino al 30.04.2017 la composizione delle tre sezioni del Comitato etico regionale nella composizione di cui alle deliberazioni n. 787/2013 e n. 60/2014.

**DGR 20.12.16, n.1183** - Accordi contrattuali con soggetti pubblici e privati accreditati. Programmazione spesa I° Trimestre 2017. Direttive e indirizzi alle Aziende, Istituti ed Enti del S.S.R. (BUR n. 4 del 25.1.17)

**Note**

L'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa), in attuazione delle norme e nel rispetto degli indirizzi e dei criteri di cui alle premesse del presente atto, provvede a: a. adottare, entro il 31 gennaio 2017, indirizzi operativi annuali per le Aziende socio-sanitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli altri soggetti erogatori pubblici o equiparati; b. definire e stipulare, entro il 31 marzo 2017, gli accordi con i soggetti erogatori pubblici o equiparati e i contratti con i soggetti erogatori privati accreditati.

- Nel primo trimestre 2017 le Aziende Socio Sanitarie (ASL) sono tenute al rispetto di un tetto di spesa complessivo per l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie pari al 25% della spesa annuale sostenuta nell'esercizio 2016.

- Le Aziende Socio Sanitarie (ASL) – entro e non oltre il 15 gennaio 2017 – provvedono a comunicare ai soggetti accreditati, con i quali detengono rapporti contrattuali per l'erogazione di prestazioni sanitarie, il tetto di spesa per il primo trimestre 2017 determinato, di norma, in un importo pari al 25% della spesa sostenuta per remunerare le prestazioni rese dagli stessi soggetti nell'anno 2016.

**DGR 30.12.16, n. 1295** Approvazione di Linee Guida per la Valutazione Impatto sulla Salute (VIS). (BUR n. 5 del 1.2.17)

**Note**

Il Piano nazionale di Prevenzione 2014-2018, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 13 novembre 2014, individua quali obiettivi centrali per le Regioni:

- Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della “Salute in tutte le politiche”

- Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso:

- il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione

- il potenziamento della sorveglianza epidemiologica

- Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali

- Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti;

Con la Deliberazione di Giunta n. DGR 730/2015, modificata con DGR. 10/2016 ad oggetto “Piano Regionale Prevenzione 2014-2018. Sviluppo” viene previsto nel Programma Salute e Benessere “Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute” (scheda 13) quale obiettivo da perseguire entro il 31/12/2016 la definizione di primi indirizzi regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute (VIS), nonché il censimento delle basi dati esistenti a supporto del processo.;

Con Decreto del Segretario Regionale n. 8 del 02/05/2016 è stato istituito il Gruppo di Lavoro “Osservatorio regionale Salute e Ambiente” previsto da DGR 730/2015 e DGR 10/2016, che si è riunito numerose volte ed ha elaborato alcune prime proposte in ordine a quanto sopra, condivise all'unanimità.

Il coordinamento degli esperti di salute pubblica, di sicurezza alimentare e dell'ambiente, costituisce la strategia vincente nell'affrontare i problemi di sanità pubblica attraverso un'azione articolata che prevede la costruzione di sistemi informativi ambientali e sanitari integrati, lo studio e la valutazione

coordinata del rischio e la previsione di procedure di valutazione integrata di impatto ambientale e sulla salute;

L'art. 7-quinquies del d.lgs 502/1992, introdotto nel 1999, affida alle regioni l'individuazione delle modalità e dei livelli di integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali.

Il d.lgs. 3 aprile 2006, n. 152 detta : «Norme in materia ambientale», con specifico riferimento alla parte seconda, Titolo III.

Il Ministero della Salute nel giugno 2016 ha presentato alle Regioni il documento “Valutazione di impatto sulla salute – Linee guida per proponenti e valutatori” elaborato nell'ambito di un progetto CCM – Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie del Ministero della Salute.

È in corso un nuovo progetto CCM sull'argomento denominato “EpiAmbNet” che si propone come motore delle attività regionali in questo ambito proponendo elementi innovativi e esperienze caratterizzanti, nell'ambito del quale la Regione Liguria partecipa come uditor, e che prevede di elaborare entro il 2017 delle proposte operative di ausilio per tutte le regioni, utili per la Valutazione di impatto sulla salute, nonché di realizzare un percorso formativo di base su tali argomenti destinato agli operatori Regionali, del Servizio Sanitario e delle Agenzie per l'Ambiente.

Nelle more della definizione di quanto sopra ed in attesa di una rivisitazione delle disposizioni regionali in materia di VIA e VAS che permetteranno di procedere meglio l'argomento, vengono individuati primi indirizzi regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute (VIS) ed effettuare il censimento delle basi dati esistenti a supporto del processo.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Viene approvato il documento “Linee Guida per la Valutazione d'Impatto sulla Salute (VIS)” allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nelle more della rivisitazione delle disposizioni regionali in materia di VIA e VAS, che permetteranno di procedere meglio l'argomento.

La realizzazione del Master Universitario di II livello in “Inquinamento, Ambiente, Salute - IAS” di qualificazione per esperti nella valutazione di impatto ambientale e sanitario viene inserito nelle priorità formative regionali anche per l'accessibilità a fondi europei per formazione e ricerca.

### **LOMBARDIA**

**DGR. 30.1.017 - n. X/6164** Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015. (BUR n. 5 del 1.2.17)

#### **Note**

#### **PREMESSA**

La l.r. 11 agosto 2015, n. 23 di modifica della l.r. 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità)», all'art. 9 prevede:

- l'attivazione di modalità organizzative innovative di presa in carico della persona cronica e fragile, in grado di integrare le risposte ai bisogni, garantendo continuità nell'accesso alla rete dei servizi e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, assicurando anche l'integrazione e il raccordo tra le diverse competenze professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali coinvolte sia in ambito ospedaliero che territoriale;
- la necessità di attivare, anche con progressiva e graduale messa a regime, modalità innovative di presa in carico della persona, adottando un sistema di classificazione delle malattie croniche per categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponda una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito;
- l'attivazione di piani di cura e costruzioni di reti che integrino prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Vengono richiamate:

- l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2013, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014–2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- l'Intesa, ai sensi dell'art.1, comma 553, della legge 28 dicembre 2015, n.208, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Presidente del

Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) (Rep. Atti n. 157/CSR del 7 settembre 2016), decreto il cui iter di approvazione è in corso di perfezionamento al momento dell'approvazione del presente documento.

Gli atti della Regione:

- Programma Regionale di Sviluppo (PRS) - approvato con d.c.r. n. IX/56 del 28 settembre 2010;
- Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2010-2014- approvato con d.c.r. n. IX/88 del 17 novembre 2010 la cui validità è stata prorogata dalla d.g.r. n. X/2989 del 23 dicembre 2014 fino all'approvazione di un nuovo Piano; Richiamati i seguenti provvedimenti regionali:
  - la d.g.r. n. X/4662 del 23 dicembre 2015, «Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018» (di seguito «Piano Regionale della cronicità e fragilità»), che ha fra i suoi obiettivi quelli di:
    - implementare percorsi di presa in carico, promuovendo in un'ottica di continuità ospedale territorio un'organizzazione in grado di definire percorsi strutturati e individualizzati in funzione del bisogno;
    - sviluppare un'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari nei confronti del malato cronico in una logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la morbosità, la mortalità e la disabilità prematura, anche in una logica di raccordo con il sociale;
    - individuare tipologie differenziate di risposta in funzione dei diversi bisogni di salute, prevedendo l'erogazione dei servizi in relazione alle effettive necessità assistenziali di specifiche categorie di pazienti, che tenga conto del livello di rischio, della complessità clinica;
    - individuare strumenti di governance innovativi per la gestione della persona fragile, attraverso l'integrazione della rete dei servizi sanitari e sociosanitari, rafforzando il ruolo di programmazione territoriale delle ATS;
  - la d.g.r. n. X/5513 del 2 agosto 2016 «Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU» che rimarca il ruolo delle nuove ASST nella presa in carico omnicomprensiva della cronicità, con riferimento specifico ai pazienti con contatti ripetuti interni/esterni all'ospedale «frequent user», attraverso un rinforzo dei processi orizzontali tra livelli di erogazione atti a garantire integrazione e continuità delle cure;
  - la d.g.r. n. X/4191 del 16 ottobre 2015 ad oggetto «Ulteriori indicazioni relative alla sperimentazione dei presidi ospedalieri territoriali (POT)» con la quale, è stata approvata la metodologia per la definizione delle Tariffe CReG nell'ambito della sperimentazione dei Presidi Ospedalieri Territoriali; • la d.g.r. n. X/5954 del 5 dicembre 2016 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017» che declina tra gli obiettivi del 2017 prioritariamente:
    - la stratificazione della domanda in 5 classi che, attraverso l'introduzione di una tariffa di presa in carico per pazienti cronici e budget di cura per pazienti fragili, consenta anche di rivedere il sistema tariffario, non più basato in via esclusiva sul riconoscimento per le prestazioni erogate, ma anche sulla tipologia di bisogni cui le prestazioni nel loro complesso rispondono;
    - la riorganizzazione della filiera erogativa fra ospedale e territorio attraverso la presa in carico della persona, evitando la frammentazione dei processi;
  - la d.g.r. n. X/6105 del 09 gennaio 2017 «Approvazione del documento «Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018» che approva un programma specifico alla prevenzione della cronicità (Programma 6) quale ambito di intervento strategico di promozione della salute e di prevenzione nel percorso di presa in carico.

### **GLI ORIENTAMENTI STRATEGICI**

Sul piano operativo occorrerà promuovere un'organizzazione focalizzata su una logica unitaria di superamento dei tradizionali confini ospedalieri limitati agli interventi in acuzie o in elezione, assicurando l'integrazione tra ambiti sanitari e sociosanitari mediante il coinvolgimento di molteplici

discipline e figure professionali, e ciò al fine di garantire la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale.

Viene riorganizzata la filiera erogativa fra ospedale e territorio attraverso la definizione di percorsi di presa in carico del paziente, evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale.

L'obiettivo deve essere raggiunto dagli attori coinvolti attraverso l'implementazione di modelli organizzativi che consentano di assicurare:

- la presa in carico della persona nel suo complesso, anche attraverso la valutazione multidimensionale laddove ritenuto necessario;
- una lettura trasversale dell'organizzazione, rinforzando processi orizzontali tra diversi servizi, e livelli di erogazione atti a garantire alla persona la necessaria integrazione e continuità di cura;
- la logistica dei flussi informativi, rendendo disponibili dati/ informazioni a supporto della gestione dei percorsi di cura, lungo le varie fasi del processo erogativo, per garantire efficienza e appropriatezza.

### **LE EVIDENZE SCIENTIFICHE**

Dalle ultime valutazioni epidemiologiche, basate sui consumi di servizi da parte dei soggetti cronici è emerso che le principali patologie possono essere raggruppate in 62 categorie, come da allegato parte integrante.

### **I TEMPI E GLI IMPEGNI PREVISTI**

- con successivo provvedimento di Giunta regionale verranno definiti i requisiti di idoneità alla presa in carico che dovranno essere garantiti dai soggetti gestori;
- i soggetti sanitari e sociosanitari accreditati e/o a contratto, ivi compresi i MMG in forma associata, in possesso dei requisiti definiti dalla Giunta, potranno presentare entro il mese di maggio 2017 le proprie candidature a svolgere le attività di presa in carico alle ATS territorialmente competenti a seguito di pubblicazione di specifici bandi;
- entro il mese di giugno 2017 le ATS sulla base delle candidature pervenute stileranno l'elenco dei soggetti che anche con modalità aggregate siano idonei alla presa in carico del territorio di competenza.

In fase di prima applicazione, a partire dal mese di febbraio fino al mese di giugno 2017 è previsto di:

- avviare alcune attività del modello di presa in carico nelle ASST e/o nelle strutture sanitarie private accreditate, anche, laddove possibile, attraverso il coinvolgimento di realtà operanti a livello territoriale quali MMG e unità d'offerta sanitaria e sociosanitaria;
- individuare preferibilmente l'ambito di applicazione della attività del modello di presa in carico nelle 11 classi di patologie riportate nell'allegato n. 1, in relazione alle specificità territoriali, fermo restando che eventuali modalità organizzative di presa in carico già avviate con riferimento alle restanti classi di patologie, potranno proseguire assicurando l'efficacia del percorso per i pazienti e la sostenibilità del processo dal punto di vista organizzativo.

Verrà esteso successivamente, da luglio a dicembre 2017 l'ambito di applicazione della sperimentazione alle ulteriori patologie riportate nell'allegato n.1, coinvolgendo le ASST e i soggetti accreditati e/o a contratto per i quali l'ATS abbia riconosciuto l'idoneità al percorso di presa in carico a seguito di manifestazione d'interesse.

### **IL PIANO DI AZIONE**

L'integrazione dei servizi e il coordinamento della presa in carico dovrà essere garantita mediante:

- la sottoscrizione del Patto di cura con il Gestore;
- la programmazione personalizzata del percorso di cura attraverso un Piano Assistenziale Individuale (PAI);
- il reclutamento attivo della persona, presa in carico globale e follow-up proattivo attraverso funzioni di case manager e un Centro Servizi, anche per garantire il raccordo funzionale e informativo con i vari livelli di cura;

- la modalità di remunerazione a percorso di presa in carico, modulabile sui bisogni clinico-assistenziali.

### **IL PATTO DI CURA ED IL PAI**

Il Patto di cura è un atto formale, un accordo sottoscritto tra la persona e il gestore che consente di esprimere il consenso alla partecipazione alla modalità di presa in carico presso il Gestore.

Il PAI è un documento di sintesi del programma annuale di diagnosi e cura, attraverso il quale il medico responsabile della presa in carico documenta la tipologia e cronologia degli interventi diagnostico-terapeutici necessari alla persona sulla base del quadro clinico.

Il PAI è pubblicato sul Fascicolo Sanitario Elettronico «FSE».

Il flusso PAI consente all'ATS di:

1. verificare l'appropriatezza del programma di cura e la sua congruenza con altri protocolli di riferimento rispetto alla domanda di salute;
2. monitorare la compliance della persona e il livello di aderenza della persona al processo di cura e alla terapia;
3. valutare l'impatto su outcome di salute, costo e soddisfazione della persona.

### **L'ITER PROCEDURALE**

L'iter procedurale della presa in carico della persona prevede i seguenti passaggi:

per l'ATS:

1. l'ATS riceve la stratificazione della popolazione assistita nell'ambito territoriale di competenza da parte di Regione Lombardia, che assegna ciascun soggetto ad una fascia a diverso livello di complessità e di domanda, in relazione ai bisogni individuati e verifica e controlla il livello di stratificazione attribuito alla persona;
2. l'ATS valuta e seleziona i Gestori più adatti alla presa in carico dei singoli assistiti attraverso specifici bandi;
3. l'ATS fornisce informativa alla persona relativamente ad un numero di Gestori per la presa in carico per la successiva libera scelta da parte della persona;
4. l'ATS monitora, controlla e verifica i flussi di rendicontazione delle attività;
5. l'ATS è garante, coerentemente con gli indirizzi forniti dalla Giunta regionale, della predisposizione del Piano di Assistenza Individuale.

Per il Gestore:

1. il Gestore sottoscrive il Patto di cura, di durata annuale non tacitamente rinnovato, con la persona e secondo gli indirizzi forniti dalla Regione predispone il Piano di Assistenza Individuale (PAI);
2. il Gestore, qualora diverso dal Medico di Medicina Generale, lo informa dell'avvenuta presa in carico del suo assistito e del relativo PAI consultabile in qualunque momento tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); il Medico di Medicina Generale può eventualmente integrare le informazioni contenute nel PAI, provvedendo a darne informativa al Gestore, ma non modificarlo essendo la responsabilità del PAI in capo al Gestore;
3. il gestore per garantire la libertà di scelta del cittadino garantisce allo stesso un'ampia gamma di punti di offerta congruentemente con le attività previste dal Piano di Assistenza Individuale

### **L'APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO**

Viene approvato il documento, allegato parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, che definisce gli indirizzi per il governo della domanda nei percorsi di presa in carico e individua i seguenti cinque livelli di stratificazione dei bisogni della persona:

- fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio;
- cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato;
- cronicità in fase iniziale prevalentemente monopatologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale a richiesta mediobassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / frequent users;
- soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico (prime visite);
- soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici.

## **GLI ALTRI ADEMPIMENTI**

Vengono approvati altresì gli allegati, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che rappresentano le tariffe di presa in carico (allegato 1), gli algoritmi per la classificazione dei pazienti (allegato 2) e la rappresentazione sintetica dei consumi attesi per le 62 patologie (allegato 3).

**NB**

**Per gli allegati si fa rinvio alla lettura integrale del testo**

**PRESA IN CARICO E CRONICITÀ** I bisogni della persona e la domanda di salute

Sommario

**PRESA IN CARICO E CRONICITÀ**

I bisogni della persona e la domanda di salute

**DAL GOVERNO DELL'OFFERTA AL GOVERNO DELLA DOMANDA**

**IL NUOVO MODELLO GESTIONALE DI PRESA IN CARICO LOMBARDO**

Ruoli e funzioni dei principali attori del Modello

**STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA e CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI**

**IL PROCESSO DI PRESA IN CARICO**

**GLI STRUMENTI DEL MODELLO**

**IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO**

Calcolo della Tariffa

**PRESA IN CARICO E CRONICITÀ**

I bisogni della persona e la domanda di salute

Uno dei principali limiti ravvisati nell'attuale sistema risiede nella frammentazione della rete d'offerta che talvolta si mostra poco adeguata a rispondere alla domanda di salute (complessa) che le persone esprimono.

L'occasione fornita dalla L.R. n. 23/2015 di ridefinire la rete d'offerta impone, quindi, un ripensamento radicale del sistema nella prospettiva della personalizzazione delle risposte e della differenziazione territoriale. In quest'ottica la nuova articolazione aziendale deve saper agire secondo il paradigma per cui territori diversi esprimono domande diverse, così come alla specificità di un bisogno o di categorie di bisogno, deve corrispondere una risposta differenziata, anche in termini di intensità nel lavoro di presa in carico. Occorre ripensare l'articolazione della rete dei servizi a partire dal bisogno della persona ed individuare quindi modelli di cura e presa in carico fondati sull'appropriatezza rispetto alla domanda. Deve essere, pertanto, superata la logica "verticale" delle cure, intese come una sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali a cui corrisponde un numero uguale di responsabilità, in funzione dell'attuazione di un modello in cui la presa in carico si basa sulla capacità di mettersi a "fianco" del paziente, accompagnandolo ed indirizzandolo, in una logica di unica responsabilità di presa in carico rispetto ad una molteplicità di attività e servizi.

Si tratta di un processo di cura che prendendo avvio dall'elaborazione della mole di dati, sanitari e non, in possesso di Regione Lombardia, progressivamente strutturati nel Fascicolo Sanitario Elettronico, (opportunamente integrato con tutti i dati relativi ai LEA erogati per il soggetto e arricchito con informazioni codificate in modo univoco e quindi facilmente elaborabili e confrontabili), assicura la piena accessibilità (e certificazione) alla storia clinica e alla diagnostica effettuata.

Infatti, articolare la rete sulla base dei bisogni di salute dei cittadini e sulla diversa intensità del livello di cura e di accompagnamento, significa strutturare risposte che siano costantemente guidate dalle informazioni sullo stato della persona durante tutto il percorso di presa in carico.

**DAL GOVERNO DELL'OFFERTA AL GOVERNO DELLA DOMANDA**

In tutti i sistemi sanitari avanzati l'incremento delle tecnologie e delle conoscenze mediche ha

comportato una logica di sviluppo fortemente orientata alla specializzazione dell'offerta che, anche in Regione Lombardia, ha visto la crescita di numerose eccellenze nel sistema sociosanitario; tale sviluppo ha parallelamente determinato la necessità di interventi di regolamentazione dell'offerta ospedaliera e territoriale, in linea con quanto avviene a livello nazionale.

L'elemento fortemente innovativo introdotto dalla L.R. 23/2015 e che trova corrispondenza nei nuovi assetti di sistema (ASST e ATS), riguarda la volontà del legislatore di operare un cambio di paradigma, evolvendo da un sistema orientato all'offerta verso un sistema proattivo, orientato alla presa in carico di fasce diverse di utenza in relazione ai rispettivi bisogni di cura e assistenza e finalizzato a migliorare l'accessibilità ai servizi e assicurare la gestione integrata dell'intero percorso del paziente.

La Giunta Regionale ha già adottato una serie di atti per avviare l'attuazione della nuova modalità di presa in carico: gli "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia" (DGR n. X/4662/2015) piuttosto che le "Linee guida per l'adozione dei POA S" (DGR n. X/5113/2016).

Gli obiettivi strategici risultano confermati così come quanto già avviato nelle diverse sperimentazioni del CReG. Con questo documento si vogliono offrire indicazioni di tipo più operativo alle diverse categorie di soggetti coinvolti, analizzando il processo di presa in carico soprattutto dal punto di vista della rappresentazione della domanda, a partire dall'individuazione:

- della popolazione target
- dei criteri e delle procedure della stratificazione
- del nuovo percorso di cura

Quello che si sta sviluppando in Lombardia è un nuovo modello di governance che, intende superare l'attuale frammentazione dei servizi per realizzare un'effettiva integrazione del percorso del paziente aldilà dei classici strumenti di razionalizzazione dell'offerta. In quest'ottica la risposta assistenziale non deve essere centrata solo sulla malattia (e quindi sulle necessarie specializzazioni d'offerta), ma va programmata in funzione della domanda di salute, diversificata per tipologie specifiche di pazienti e personalizzata in base ai bisogni individuali e al contesto familiare e sociale.

Non sarà quindi sufficiente regolamentare i servizi attraverso le procedure già acquisite di accreditamento istituzionale e i tradizionali strumenti di programmazione, negoziazione e controllo, ma vanno previste modalità aggiuntive di regolamentazione finalizzate anche a validare i soggetti idonei a gestire la presa in carico. La conoscenza approfondita delle attitudini di consumo (di prestazioni sanitarie e sociosanitarie) tipiche delle varie fasce di utenza, ci consente di focalizzare l'attenzione non esclusivamente sull'«appropriatezza» delle prestazioni erogate rispetto a standard di riferimento evidence-based (PDTA), ma di valutare anche se un Piano Assistenziale Individuale (PAI) è sufficientemente personalizzato e «adeguato» rispetto ai bisogni individuali.

## IL NUOVO MODELLO GESTIONALE DI PRESA IN CARICO LOMBARDO

Il nuovo modello di gestione individua il 'gestore' responsabile della presa in carico, oltre a nuove modalità di remunerazione dell'intero percorso alternative alla tradizionale remunerazione a prestazione. Dopo una prima fase di sperimentazione dei nuovi percorsi, il modello di presa in carico è, infatti, destinato ad evolvere secondo un approccio bottom-up, che valorizza i modelli predittivi, correlando le variabili già utilizzate (cronicità principale e numero di comorbidità) con altri dati (quali ad esempio l'età anagrafica, l'indice di fragilità, le condizioni economico sociali, etc).

L'evoluzione del sistema verso modelli predittivi dei bisogni consentirà di addivenire ad una definizione dei PAI sempre più corrispondente alla domanda di salute della persona.

Per articolare la rete dei servizi in funzione dei bisogni di salute di specifiche tipologie di pazienti, la Regione implementerà modelli gestionali diversificati di cura e di accompagnamento della

cronicità, accomunati da un'ottica di sviluppo di "sanità d'iniziativa", con interventi adeguati e differenziati in rapporto a livelli differenziati di domanda e bisogni. Il nuovo modello di cura conferma e fa evolvere alcuni dei principi già presenti nella realtà lombarda. Si pensi, ad esempio, al ruolo di regia, verifica e controllo della ATS, piuttosto che alla libertà di scelta che il cittadino esercita con l'individuazione del soggetto Gestore da cui farsi prendere in cura (sistema che permette di garantire anche la parità pubblico - privato). Fortemente innovativo risulta inoltre il principio di Responsabilizzazione clinica ed economica del Gestore e del paziente (empowerment), introdotto attraverso la sottoscrizione di un Patto di Cura per l'attuazione di un PAI (Piano Assistenziale Individuale). Solo il cittadino, infatti, può dare l'avvio o concludere il percorso di presa in carico, eventualmente facendo richiesta motivata all'ATS per la sostituzione del proprio Gestore. E' da tener presente che questa nuova modalità di gestione non elimina la modalità tradizionale di prescrizione ed erogazione delle prestazioni, ma vi si affianca, andando gradualmente a farsi carico solo di alcune fasce di popolazione (tendenzialmente i livelli 1, 2 e 3 come di seguito illustrato). Infatti i modelli gestionali che si stanno introducendo per la presa in carico di una persona richiedono che la stessa si trovi in una condizione morbosa e/o di disabilità e fragilità irreversibile, lento decorso, senza possibilità di risoluzione (né di guarigione, né di morte a breve scadenza) e riguardano, pertanto, condizioni permanenti e persistenti nel tempo e non problematiche transitorie della persona e della famiglia. La presa in carico, quindi, si rivolge a persone in condizioni di tipo duraturo ed irreversibili, di prevalente natura sanitaria o socio sanitaria. Le patologie che saranno progressivamente oggetto di presa in carico sono 62 e rappresentano tutte patologie che sono emerse come principali dalle ultime valutazioni epidemiologiche. In fase di prima applicazione, al fine di coniugare la garanzia di efficacia per i pazienti e la sostenibilità del processo dal punto di vista organizzativo, il modello di presa in carico si rivolgerà alle seguenti 11 principali cronicità che riguardano oggi circa 2 milioni di cittadini: Insufficienza respiratoria/ossigenoterapia, scompenso cardiaco, diabete tipo I e tipo II, cardiopatia ischemica, BPCO, ipertensione arteriosa, vasculopatia arteriosa, vasculopatia cerebrale, miocardiopatia aritmica, insufficienza renale cronica. Inoltre, in una fase successiva si rivolgerà a quelle situazioni che richiedono cure prolungate e persistenti e supporti prevalentemente di tipo socio sanitario (es. ADI, centri diurni, attività ambulatoriali e/o semiresidenziali, cure intermedie) quali anziani fragili con diagnosi di demenza, soggetti in età evolutiva con sindrome di autismo o infine soggetti tossicodipendenti con doppia diagnosi. Non sono in questa prima fase inclusi nel modello di presa in carico le attività di tipo sociosanitario: residenziale persistente (RSA, RSD, comunità per tossicodipendenti). Per quanto riguarda le patologie neurodegenerative più frequenti (SLA, SMA, SM, distrofie muscolari ...) gli attuali algoritmi di classificazione verranno aggiornati in modo da avere una stratificazione della complessità e dei bisogni correlati più adeguata ad un percorso efficace di presa in carico.

**Ruoli e funzioni dei principali attori del Modello**

**Il ruolo della Direzione Generale Welfare**

- Definisce, con specifici atti, tempi e modalità di sviluppo ed attuazione del modello gestionale
- Opera la stratificazione della popolazione che poi rassegna alle diverse ATS competenti e ne cura i relativi aggiornamenti
- Definisce i requisiti specifici per la presa in carico ed i criteri per l'idoneità dei gestori alla presa in carico
- Coordina la predisposizione degli strumenti (patto di cura, PAI, piattaforma operativa per la condivisione delle informazioni, etc...)  Definisce la Tariffa per la presa in carico

**Il ruolo dell'ATS**

- Ha il ruolo centrale di regia sull'attuazione del modello nell'ambito territoriale di competenza
- Verifica la stratificazione e la classificazione della popolazione in relazione ai bisogni individuati, e aggiorna le eventuali riclassificazioni sulla base delle segnalazioni da parte del Gestore;

- Valuta e seleziona i Gestori in relazione ai vari ambiti, sulla base degli ulteriori requisiti definiti dalla Giunta per il riconoscimento dell'idoneità alla presa in carico;
- Cura l'informativa ai pazienti e il raccordo con i MMG;
- Monitora e controlla l'attività del Gestore, e degli enti coinvolti nella presa in carico anche in termini di appropriatezza;
- Verifica i flussi di rendicontazione anche ai fini della remunerazione delle attività;
- Istituisce un'apposita Commissione che ha tra i propri compiti la verifica delle procedure implementate, la gestione di eventuali contenziosi o di motivate sostituzioni del Gestore, le richieste di aggravamento delle patologie ecc...

#### Il ruolo dei soggetti Gestori

I soggetti responsabili della presa in carico dovranno essere accreditati e/o a contratto e garantire, con intensità ed accentuazioni differenziate a seconda dei diversi livelli di stratificazione della domanda, le seguenti principali funzioni:

- Sottoscrizione del patto di cura con il paziente e qualora emergano incoerenze propone una rivalutazione della classificazione proposta;
- Definizione del piano di assistenza individuale (PAI) comprensivo di tutte le prescrizioni necessarie al percorso;
- Coordinamento e attivazione integrata dei nodi della rete erogativa dei servizi sanitari, sociosanitari in relazione ai bisogni individuali rilevati, prevedendo anche il raccordo con i servizi sociali;
- Erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie afferenti ai diversi livelli essenziali di assistenza, direttamente o tramite partner di rete accreditati e/o a contratto;
- Monitoraggio dell'aderenza del paziente al percorso programmato;
- Garanzia della relazione proattiva con il paziente, anche attraverso la prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei diversi partner di rete al fine di rispettare la programmazione delle prestazioni/servizi previste nel Piano di Assistenza;
- Garanzia di servizi volti ad assicurare l'accesso alla medicina diffusa, quali ad esempio la telemedicina;
- Case management in raccordo con le professioni sanitarie, in termini di responsabilità clinica e di accompagnamento del paziente in relazione alla complessità clinica e ai bisogni assistenziali e relativa classe di appartenenza;

- Il Gestore per garantire la libertà di scelta del cittadino assicura allo stesso un'ampia gamma di punti di offerta congruentemente con le attività previste dal Piano di assistenza individuale.

#### Il ruolo del MMG

- Mantiene il ruolo di riferimento del paziente, assicurando le funzioni previste dalla convenzione nazionale;

Può essere il gestore diretto della presa in carico (il terzo livello, ferma restando la libertà di scelta del cittadino, è riservato in via preferenziale ai MMG in forma associata che possono anche candidarsi per gli altri livelli come evidenziato nella tabella di seguito riportata);

- Può avere un ruolo di raccordo con gli altri soggetti titolari della presa in carico del paziente (prevalentemente per i livelli 1 e 2) prendendo atto, condividendo e integrando le informazioni presenti nel PAI, potendo beneficiare, in quest'ultimo caso, di un eventuale remunerazione in accordo con i singoli gestori. Nel caso la persona necessiti di ulteriori prescrizioni non ricomprese nel PAI, queste dovranno essere condivise tra il MMG, e il Gestore.

#### Il ruolo del paziente

- Il paziente, sceglie il Gestore del suo percorso di cura, col quale sottoscrive un Patto di Cura che viene confermato o disdetto annualmente e si responsabilizza all'attuazione del PAI.

Si ribadisce, infine, che i soggetti Gestori della presa in carico dovranno essere selezionati dalle ATS sulla base di specifici requisiti di idoneità stabiliti dalla Giunta Regionale che dovranno

essere adeguati al livello di domanda e alla natura prevalente del bisogno sanitario e/o sociosanitario per il quale ci si candida a garantire la presa in cura. Gli Enti gestori nel percorso di presa in carico devono essere in grado di assicurare l'intera filiera di servizi di cui il cittadino necessita, sia in ordine a bisogni sanitari che sociosanitari, prevedendo anche il raccordo con i servizi sociali e con il mondo dell'Associazionismo e del Volontariato anche attraverso accordi convenzionali. In coerenza con il modello delineato dalla L.R. 23/2015, i soggetti accreditati e/o a contratto che potranno candidarsi per il ruolo di Gestore della presa in carico, saranno diversificati in funzione del livello di complessità e della prevalenza della tipologia del bisogno: se prioritariamente di natura "sanitaria" o "socosanitaria". In particolare, ASST ed ospedali privati potranno di norma candidarsi alla presa in carico di complessità di livello 1 e 2, purché in possesso dei requisiti di idoneità che dovranno essere definiti. Anche gestori sociosanitari potranno di norma prendersi carico di complessità di livello 1 e 2 rispettivamente per anziani fragili, demenze e persone con disabilità. La Medicina generale è prevalentemente candidabile per la presa in carico del livello 3.

In particolare i soggetti gestori devono garantire in proprio una significativa quota dei servizi necessari senza incremento di offerta accreditata e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale. Per meglio chiarire la dinamica del percorso di presa in carico, si riportano le seguenti esemplificazioni:

1) Persona non affetta da particolari patologie e classificata in livello 4 e 5: a seguito di un improvviso picco ipertensivo viene ricoverata in Ospedale per emorragia cerebrale. Da questo evento si genera un cambio di livello ed ha avvio la presa in carico da parte del gestore "scelto". Questi ha il compito di definire e stendere il PAI, prevedendo, oltre al primo percorso di riabilitazione intensiva in ambito ospedaliero, l'attivazione, all'atto della dimissione al domicilio, di un diverso setting assistenziale, finalizzato a garantire la continuità delle cure, verosimilmente assicurate da un gestore sociosanitario, attraverso interventi multipli di tipo riabilitativo/neuroriabilitativo/educativo.

2) Persona anziana con diagnosi di demenza in stadio iniziale, classificabile al livello 3, in carico al MMG e con un costante care giving assicurato dalla famiglia. A seguito di una caduta accidentale, viene ricoverata in ospedale per la ricomposizione della frattura del femore. Durante la degenza la sintomatologia legata alla demenza si aggrava e la persona, al momento della dimissione, presenta un quadro di evidente peggioramento complessivo con accentuati disturbi della sfera cognitivo comportamentale che ne rendono problematico il rientro al domicilio. Il gestore sanitario concorda con la famiglia l'opportunità di un ricovero di Cure intermedie, finalizzato ad una stabilizzazione delle condizioni cliniche generali, al termine del quale, potrebbe rendersi necessaria l'attivazione di ulteriori servizi, in ambito sociosanitario, quali la RSA aperta e/o la frequenza part time presso un CDI.

## STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA e CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI

### Metodologia

Il modello di gestione della cronicità adottato si basa sull'ipotesi che la risposta a differenti livelli di domanda, e quindi fabbisogni, sia da ricercare in diversi set assistenziali.

La creazione di cluster omogenei di domanda è stata realizzata utilizzando due assi dimensionali, relativi il primo alla patologia cronica prevalente (codice CReG), il secondo alla presenza o meno, ovvero alla quantità, di comorbidità, ovvero di condizioni di fragilità di tipo sociosanitario associate a patologie croniche.

Inoltre, come riportato nel paragrafo di illustrazione delle tariffe, oltre alle patologie croniche già oggetto di codifica CReG, saranno introdotte nel sistema di tariffazione alcune specifiche condizioni di fragilità sociosanitaria, in particolare riconducibili all'area degli anziani non autosufficienti, delle demenze, delle disabilità, dell'autismo: quest'ultime saranno integrate successivamente con i dati di chiusura del 2016.

Per ciascun cluster si sono elaborate le componenti dei consumi storici per i diversi ambiti ambulatoriale, ospedaliero e farmaceutico, da poter utilizzare quali mattoni elementari della tariffa di presa in carico.

Alle componenti di spesa di natura sanitaria, successivamente si aggiungeranno le principali prestazioni/servizi di tipo sociosanitarie (ad esempio ADI, Cure intermedie, CDI, CDD ecc.).

Classificazione dei malati cronici

La classificazione e l'identificazione dei malati cronici è effettuata utilizzando gli algoritmi della Banca Dati Assistito (BDA) modificati secondo le modalità riportate nell'allegato 1) del DDG N.3 061 del 17/4/2015.

Ai fini della valutazione della presenza di eventuali condizioni di fragilità sociosanitaria, si fa riferimento agli strumenti già in uso.

Stratificazione e livelli di complessità

A partire dal modello di classificazione CReG, i soggetti vengono raggruppati sulla base dei seguenti elementi:

la patologia principale;

la presenza di eventuali elementi di fragilità sociosanitaria;

il livello di complessità, definito in base al numero delle comorbilità o alla presenza di particolari condizioni di fragilità.

Quest'ultimo, in particolare, suddivide i soggetti, a parità di patologia principale, in base a tre livelli di complessità decrescente nel seguente modo:

Livello 1: soggetti ad elevata fragilità clinica in cui sono presenti oltre la patologia principale almeno tre comorbilità (quattro o più patologie complessive) ovvero una fragilità clinica più lieve associata ad una condizione di particolare fragilità.

Livello 2: soggetti con cronicità polipatologica in cui è presente la patologia principale e una o due comorbilità (due o tre patologie complessive) o in cui è presente una condizione di fragilità sociosanitaria non aggravata da un quadro polipatologico.

Livello 3: soggetti con una cronicità in fase iniziale, presenza della sola patologia principale. Tale classificazione coincide con quanto emerso dalla sperimentazione CReG, nella quale si è rilevato che degli oltre 200.000 soggetti presi in carico il 90% degli arruolati è rappresentato da cronici mono- o bipatologici.

Per la presa in carico dei soggetti appartenenti ai tre livelli di complessità si definisce un modello di remunerazione in cui la "tariffa modulabile" viene composta in base al bisogno specifico del singolo soggetto (ad esempio per un bisogno ambulatoriale e ospedaliero la tariffa sarà composta dalla somma delle due componenti), ossia:

Livello 1: prevalenti bisogni di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio (integrazione dei percorsi ospedale / domicilio / riabilitazione / sociosanitario);

Livello 2: prevalenti bisogni extraospedalieri ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati e semi-residenziali (coordinamento e promozione del percorso di terapia, prevalentemente farmacologica e gestione proattiva del follow-up);

Livello 3: bisogni medio bassi di accessi ambulatoriali integrati (percorsi ambulatoriali riservati / di favore, controllo e promozione dell'aderenza terapeutica).

In sintesi i cittadini lombardi possono essere classificati, in base alla loro domanda di salute, su cinque livelli di stratificazione. La stratificazione della domanda consente anche di ripensare in senso proattivo il sistema regionale della prevenzione, al fine di anticipare la domanda di salute con idonee azioni personalizzate da rivolgersi a quella fascia di persone che oggi sono qualificabili come "non consumatori" ovvero "consumatori occasionali". Sotto questo profilo la sanità digitale, sulla base delle informazioni raccolte e delle conseguenti correlazioni, offre una pluralità di soluzioni che consentono di agire tempestivamente per promuovere la salute,

prevenire le malattie e incoraggiare ambienti favorevoli a stili di vita sani, tenendo conto del principio comunitario “la salute in tutte le politiche”. L’attivazione di percorsi preventivi

personalizzati, sulla base della segmentazione della domanda, permette altresì di monitorare gli interventi in tempo reale ed individuare in anticipo le anomalie per porre in essere le conseguenti azioni correttive.

Tabella 1. Domanda, bisogni e pertinenza prevalente

N° Pazienti/ Utenti

DOMANDA BISOGNI PERTINENZA PREVALENTE

Livello 1 150.000

Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio

Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/ riabilitazione/ sociosanitario

Struttura di erogazione Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate

Livello 2 1.300.000

Cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato

Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del follow-up (più visite ed esami all'anno)

Struttura di erogazione e MMG Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione

Livello 3 1.900.000

Cronicità in fase iniziale, prevalentemente monopatologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio- bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / frequent users

Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica

Territorio (MMG proattivo)

Livello 4 3.000.000

Soggetti ‘non cronici’ che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri)

Accessibilità a tutte le Agende ambulatoriali disponibili sul territorio

Territorio (MMG)

Livello 5 3.500.000

Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici

Sono solo ‘potenziali utenti’

Territorio (MMG)

□ Rientrano nel Livello 1 varie condizioni morbose di complessità tale da richiedere cure ospedaliere o residenziali (in emergenza-urgenza o in reparti ad alta intensità di cura o di alta specializzazione), una lunga fase riabilitativa e un follow-up territoriale nei casi in cui si risolve la fase acuta, con necessità di interventi di tipo sociosanitario o, nei casi terminali, di cure palliative domiciliari e hospice. Si tratta di pazienti fragili, non autosufficienti con bisogni che richiedono forte integrazione dei percorsi tra area sanitaria e sociosanitaria. Per quanto riguarda la domanda sociosanitaria, rientrano ad esempio in questa fascia: es. anziani in condizioni di dipendenza, pazienti affetti da demenza severa e pazienti con grave disabilità, minori affetti da autismo, malati psichiatrici complessi. Si tratta in tutti i casi di condizioni con importanti necessità assistenziali e bisogni di presa in carico globale estesa anche alla famiglia.

□ Rientrano nel Livello 2 pazienti poli-patologici, con malattie croniche già complicate o con più

condizioni morbose concomitanti che richiedono l'intervento frequente dello specialista ambulatoriale per il follow-up e la stabilizzazione di malattia.

La gestione di questi pazienti richiede il raccordo continuo tra più professionisti del livello specialistico e territoriale, per il coordinamento delle terapie e il conseguente follow-up. Per quanto riguarda la domanda sociosanitaria, possono rientrare in questa fascia pazienti affetti da tossicodipendenza con doppia diagnosi e pazienti affetti da demenza e disabilità di grado moderato.

□ Nel Livello 3 rientrano i pazienti con monopatologia cronica in stadio iniziale (ad esempio, ipertensione non complicata) che richiede supporto all'auto-cura, monitoraggio frequente, interventi di promozione della salute o di prevenzione secondaria (ad es. screening). Tali pazienti trovano naturale e prevalente risposta nell'ambito territoriale delle Cure Primarie. Per quanto riguarda la domanda sociosanitaria, possono rientrare in questa fascia pazienti affetti da demenza in fase iniziale che necessitano, pertanto, di prestazioni di natura prevalentemente diagnostica e di un accompagnamento con supporto al care giver.

□ Il Livello 4 riguarda la fascia di soggetti 'non cronici' che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali, etc.).

□ Il Livello 5 riguarda la fascia di soggetti che non usano i servizi, ma che sono comunque potenziali utenti del sistema.

## IL PROCESSO DI PRESA IN CARICO

I diagrammi che seguono illustrano in modo schematico il modello gestionale di presa in carico lombardo, declinando le fasi consecutive del processo.

Fase 1- Stratificazione della popolazione e modalità di accesso

L'ATS riceve la stratificazione della popolazione assistita nell'ambito territoriale di competenza da parte di Regione Lombardia che assegna ciascun soggetto ad una fascia a diverso livello di complessità in relazione ai bisogni individuati. Per gli utenti che rientrano in uno dei primi tre Livelli di domanda, l'ATS seleziona i Gestori più idonei alla presa in carico dei singoli assistiti.

La lista dei Gestori, così redatta anche con attenzione alla prossimità, viene inviata da ATS al paziente insieme ad un'informativa, avendo cura di coinvolgere anche il Medico di Medicina Generale. A tutela della libertà di scelta, sarà in ogni caso il paziente a scegliere il Gestore della presa in carico all'interno di quelli già accreditati e idonei (per ogni ambito di prossimità). La tabella che, nel paragrafo precedente, stratifica la domanda, essendo costruita sui dati storici rappresenta un'istantanea che comprende pazienti in condizioni stabili (prevalenti), pazienti aggravati e pazienti all'insorgenza della loro patologia (incidenti). I pazienti arruolabili sono quindi quelli classificabili al momento stabilito per l'arruolamento (pazienti prevalenti).

I nuovi pazienti (incidenti) sono evidentemente curati ed assistiti, ma la presa in carico con Patto di cura e PAI avviene all'inizio dell'anno solare successivo all'esordio della malattia, sempre che la stessa descriva una condizione di cronicità / fragilità persistente ed irreversibile.

I pazienti arruolati con un PAI ed una tariffa stabiliti possono nel corso dell'anno avere una rivalutazione della loro classificazione e tariffa solo nel caso in cui si verificano degli eventi che li portano ad essere riclassificati nel primo livello di complessità con necessità di remunerare anche le attività di ricovero. La DG Welfare con specifico atto individuerà nel dettaglio queste condizioni secondo il principio sopra espresso.

Fase 2- Arruolamento

Prima di procedere all'arruolamento del paziente, il Gestore scelto dal paziente effettua una valutazione dei suoi bisogni clinico-assistenziali a garanzia di una presa in carico effettivamente

adeguata al livello di complessità, e in relazione alla tipologia di offerta disponibile c/o il Gestore. Se il paziente è valutato come 'idoneo' il Gestore procede al suo arruolamento tramite la sottoscrizione di un Patto di Cura e la stesura del PAI. In caso di incongruenza tra la classificazione fornita e lo stato di salute del paziente al momento dell'arruolamento, il Gestore si rivolge all'apposita Commissione istituita in ATS per l'eventuale riclassificazione e reindirizzo ad altro nodo della rete. Se non direttamente coinvolto come referente della presa in carico, il MMG deve essere in ogni caso informato dell'avvenuta presa in cura del suo assistito da parte del Gestore; può inoltre prendere visione del PAI in qualunque momento tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

#### Fase 3 - Organizzazione del percorso di cura (iterativo)

La Figura 3 illustra come viene organizzato il percorso di cura grazie anche al supporto di un Centro Servizi, elemento qualificante per la gestione proattiva del percorso, attraverso alcune funzioni di tipo sia clinico che amministrativo, e mediante il monitoraggio costante del processo e dei suoi esiti, a tutela dell'aderenza al PAI. Viene in tal modo avviato un processo dinamico e virtuoso nel quale la programmazione clinico-assistenziale del PAI evolve e si modella in concomitanza all'evoluzione dei bisogni individuali del paziente (personalizzazione).

Tutti i PAI dei pazienti arruolati devono essere pubblicati sul Fascicolo Sanitario Elettronico dell'assistito e registrati nel DataWareHouse Regionale in formato elettronico per assicurare a tutti gli operatori autorizzati la possibilità di accedervi in qualsiasi momento.

#### Fase 4 – Monitoraggio, controllo e remunerazione

Dal momento dell'arruolamento tutte le informazioni relative a prescrizioni ed erogazioni vengono registrate utilizzando i flussi già in essere. La condivisione di tali informazioni tra tutti gli attori avverrà utilizzando e potenziando quanto già implementato nel DataWareHouse regionale. La remunerazione delle attività svolte da ciascun Gestore sarà effettuata dall'ATS.

Per gli enti erogatori Gestori della presa in carico la remunerazione della tariffa di presa in carico avverrà con acconti mensili sulla base delle regole attualmente vigenti; tutti i soggetti erogatori coinvolti nella presa in carico dei pazienti continuano ad essere finanziati per acconti mensili dalle ATS di riferimento.

Il soggetto titolare della gestione della presa in carico avrà quindi acconti relativi alle quote di presa in carico dei pazienti con i quali ha sottoscritto il patto di cura, mentre gli altri erogatori coinvolti nella filiera sono pagati dall'ATS per le prestazioni che erogano. Ne deriva che a consuntivo la remunerazione per il soggetto gestore della presa in carico viene calcolata sottraendo dalla tariffa della presa in carico le prestazioni erogate dagli enti coinvolti e già remunerate direttamente dalle ATS.

Per i MMG è necessario distinguere il diverso ruolo che possono avere in questo percorso:

- Nel caso in cui siano gestori della presa in carico la remunerazione è pari all'8% della tariffa;
- Nel caso in cui il paziente sia preso in carico da un altro Gestore, il MMG potrà percepire sulla base di eventuali accordi sottoscritti con il Gestore, una quota della tariffa di presa in carico.

Solo a seguito dei risultati dell'attività di monitoraggio e controllo finalizzata a verificare l'appropriatezza del programma di cura (congruenza con PDTA o altri protocolli di riferimento), i

livelli di compliance e aderenza al PAI, l'impatto su outcome di salute, di soddisfazione del paziente e di spesa, potrà essere corrisposto al soggetto gestore un eventuale margine, individuato come differenza positiva tra i costi attesi dalle tariffe ed i costi complessivamente sostenuti per la presa in carico dei pazienti dallo stesso arruolati.

Per le sperimentazioni CReG attualmente in atto proseguiranno per il 2017, così come previsto nella DGR n. X/5954 del 05/12/2016, e che nel 2018 il percorso e la conseguente tariffa saranno adeguati all'attuale modello di presa in carico.

I dati necessari alla verifica della attuazione del PAI restano quelli raccolti tramite i debiti informativi oggi consolidati e vigenti per le attività sanitarie e socio sanitarie. Gli stessi vengono integrati mensilmente nel FSE del cittadino preso in carico e quindi permettono di verificare l'andamento osservato della presa in carico rispetto a quello atteso dal PAI.

#### GLI STRUMENTI DEL MODELLO

La presa in carico integrata delle cronicità richiede al soggetto gestore del Piano Assistenziale Individuale (PAI) di interagire, sia in fase di definizione del percorso, sia in fase di attuazione e monitoraggio dello stesso, con uno o più altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, con l'ATS per le attività di propria competenza, con il cittadino anche tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e con il Medico di Medicina Generale (MMG) qualora non sia il gestore.

Tale modello di interazione organizzativa richiede un supporto informatico integrato ed interoperabile a vari livelli, costituito da tre componenti:

1. Una soluzione applicativa di base per la presa in carico, che supporti:
  - le attività di inserimento del paziente nel percorso di gestione;
  - la definizione del patto di cura, con contestuale consenso all'alimentazione del FSE;
  - la definizione e aggiornamento del PAI;
  - il monitoraggio e il controllo (sia internamente per l'ente gestore, sia verso l'ATS per le attività di relativa competenza).
2. Una soluzione di prenotazione che deve permettere
  - al gestore di effettuare per ogni paziente cronico preso in carico la prenotazione (anche tramite Contact Center Regionale) delle prestazioni previste nel PAI;
  - l'aggiornamento dello stesso PAI interagendo con la soluzione applicativa di cui sopra e con le soluzioni di gestione dell'erogazione delle prestazioni presenti a livello aziendale;
3. una componente di consultazione in ambito SISS, ovvero dei PAI all'interno del FSE (in particolare verso altre strutture erogatrici e verso i Medici di Medicina Generale) e l'interazione con il cittadino.

I nuovi modelli gestionali, pur se diversificati in rapporto al bisogno prevalente e quindi in capo a diversi Gestori/nodi della rete d'offerta, hanno alcuni elementi comuni:

1. Patto di Cura e Piano Assistenziale Individuale (PAI)
2. Centro Servizi
3. Modello di remunerazione

**Patto di Cura e Piano Assistenziale Individuale** Il Patto di cura è l'atto con cui gestore e paziente condividono l'avvio e le modalità della nuova presa in carico.

Il PAI (documento di sintesi del programma annuale di diagnosi e cura) viene predisposto dal medico referente della presa in carico e rappresenta uno strumento clinico-organizzativo di "presa in carico" del paziente. In particolare uno strumento:

- organizzativo di pianificazione di interventi personalizzati;
- di comunicazione e coordinamento organizzativo tra tutti coloro che intervengono, a vario titolo, nel percorso di cura all'interno della rete d'offerta (MMG, specialisti, servizi sociali, ecc.);
- di empowerment del paziente;
- utile al monitoraggio e verifica dell'appropriatezza.

I Modelli fac-simile del Patto di Cura e del PAI saranno approvati ed eventualmente aggiornati con decreti della Direzione Generale Welfare.

**Centro Servizi** Il Centro Servizi supporta il Gestore a tutela dell'aderenza al PAI e assicura al paziente:

- supporto nella gestione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie previste dal PAI;

- gestione dell'agenda sanitaria (prenotazioni, contatto telefonico per ricordare appuntamenti e accertamenti, fornitura a domicilio di presidi sanitari e sociosanitari, ecc.);
- supporto a eventuali servizi di Telemedicina;
- supporto alle richieste personali e/o del care giver attraverso interventi di operatori esperti, d'intesa con il medico responsabile della presa in carico.

Garantisce inoltre la gestione dei flussi informativi.

Al fine di superare la fase sperimentale che ha caratterizzato questi ultimi anni nell'adozione di strumenti di telemedicina, Regione Lombardia intende disciplinare, con successivo atto, questa area di attività del Centro Servizi, andando a definire strumenti, modalità, prestazioni e costi delle stesse che dovranno essere erogate nei confronti delle persone prese in carico attraverso tecnologie di medicina diffusa.

Al fine di massimizzare l'efficienza del modello del Centro Servizi, la Giunta provvederà all'adozione di uno specifico provvedimento volto a garantire una copertura minima di popolazione presa in carico presso ciascun Centro che consenta ottimizzazioni di costo a parità di risultati dell'efficacia.

Indicatori di valutazione

La DG Welfare definirà con successivo provvedimento gli indicatori da utilizzare per le attività di monitoraggio e valutazione del percorso. Saranno presi in considerazione i seguenti ambiti di valutazione:

- Arruolamento (raggiungimento di valori soglia da definire)
- Selezione (rappresentatività del case-mix)
  - Presa in carico (congruenza nella fase di programmazione e di erogazione del PAI)
  - Esito (efficacia del percorso in termini di salute, qualità percepita, utilizzo dei servizi, ecc.).

## IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO

La stratificazione della domanda e la classificazione dei pazienti richiedono la modifica/integrazione del sistema di finanziamento delle prestazioni oggi prevalentemente basato sulle tariffe (DRG o sulle tariffe sociosanitarie) e sulle funzioni non tariffabili.

La stratificazione della domanda in 5 classi permette anche di rivedere, ottimizzandolo, il sistema tariffario che non sarà basato in via esclusiva sulle prestazioni erogate (DRG), ma anche sulla tipologia di bisogni, cui le prestazioni, nel loro complesso rispondono, attraverso l'introduzione di una tariffa di presa in carico per pazienti cronici e budget di cura per pazienti fragili.

In altri termini, è necessario far evolvere il sistema da una logica a «silos» a una logica di «processo integrato». I modelli di erogazione e finanziamento delle prestazioni devono consentire di ridurre l'inappropriatezza clinica ed organizzativa e di ridefinire i modelli di remunerazione passando dal costo per prestazione al costo per la patologia. In tale contesto, modelli innovativi di remunerazione, ovvero di rimborso non della singola prestazione erogata, ma di un set predefinito di prestazioni e servizi associati ad una tariffa omnicomprendensiva, possono concorrere al perseguimento di obiettivi di sostenibilità e qualità dell'assistenza erogata.

Calcolo della Tariffa

Per ciascuna categoria di soggetti definita (62 patologie principali con tre differenti livelli di complessità) vengono analizzati i costi sanitari lordi relativi all'ambito ambulatoriale (incluso PS, MAC e BIC), ospedaliero, farmaceutica convenzionata e File F.

Figura 3. Esempio di trasformazione logaritmica ed eliminazione dei valori estremi

Allo scopo di normalizzare la distribuzione dei costi individuali, che si presenta asimmetrica a destra, questi sono stati sottoposti a trasformazione logaritmica, eliminando poi gli outlier, ossia i soggetti ipo ed iperconsumatori (ovvero il cui logaritmo dei costi è inferiore al valore medio meno 1 deviazione Standard o superiore al valore medio più 1,3 Deviazioni Standard). La media dei costi individuali risultanti rappresenta la componente tariffaria di presa in carico per la specifica categoria.

La tariffa di presa in carico verrà integrata successivamente con i dati di chiusura del 2016 anche per la componente sociosanitaria, che sarà sommata, secondo lo schema in tabella 2 per la determinazione della tariffa complessiva relativa al fabbisogno del soggetto cronico. Tabella 2.

Composizione della Tariffa

Ambulatoriale Farmaceutica Territoriale \*\*

Ospedaliera Sociosanitario\*

Livello 1 4 o più Comorbilità / fragilità sociosanitaria

SI SI SI

SI

Livello 2 2 o 3 Comorbilità

SI SI SI

Livello 3 Monopatologici

SI SI

\* La componente sociosanitaria sarà inserita a seguito della chiusura dei dati 2016 \*\* riferimento per eventuale margine

Il valore di ogni tariffa comprende una quota aggiuntiva che, in fase di prima applicazione, viene individuata in una percentuale del 8%, atta a tenere in considerazione i costi di gestione relativi alla presa in carico del soggetto cronico. La percentuale del 8% viene mutuata dai risultati delle rilevazioni dei costi effettuate negli anni per aggiornare le tariffe delle attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, ed è compresa entro l'intervallo ritenuto adeguato dalla Corte dei Conti in occasione di alcune specifiche espressioni della stessa.

La remunerazione dei soggetti erogatori avverrà tenendo conto del valore della tariffa, elaborata come precedentemente descritto, nel rispetto delle regole di finanziamento, ovvero del ticket pagato dall'assistito, delle diverse scontistiche, e più in generale, tenendo in considerazione le regressioni tariffarie di sistema.

La "tariffa di presa in carico" non è la definizione del totale dei costi necessari per sostenere la conduzione del PDTA teorico specifico per la patologia, ma è calcolata sulla base dei consumi storici osservati ed opportunamente normalizzati dal punto di vista statistico, comprende per i tre diversi livelli di stratificazione della domanda tutti i costi relativi ad una presa in carico complessiva del paziente affetto da una specifica patologia principale.

La tariffa lorda, per ciascuna patologia principale e per ogni livello di complessità, è riportata in Allegato 1

**NB**

**Per gli altri allegati si rinvia alla lettura integrale del testo**

**DGR 30.1.17 - n. X/6168** -Determinazioni relative alla rimodulazione del ticket sanitario aggiuntivo di cui all'articolo 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111

**Note**

#### **INTRODUZIONE NORMATIVA**

La legge 24 dicembre 1993, n. 537, come modificata dalla legge n. 724 del 1994 e dalla legge 549 del 1995, che all'art. 8, comma 15, prevede che tutti i cittadini siano soggetti al pagamento delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche, ivi comprese le prestazioni di Fisiokinesiterapia e le cure termali, fino all'importo massimo di lire 70.000/€ 36.15 per ricetta.

La legge 111 del 15 luglio 2011 all'articolo 17 comma 6 recita come segue: «A decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettere p) e p-bis), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e cessano di avere effetto le disposizioni di cui all'articolo 61, comma 19, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133».

La legge 135 del 7 agosto 2012 (cosiddetta spending review), in particolare l'articolo 15 reca disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica.

La d.g.r. n. X/5954 del 5 dicembre 2016, tra le altre determinazioni, ha previsto, al fine di garantire l'equità e l'omogeneità su base regionale per l'accesso ai LEA nel rispetto delle normative regionali e nazionali di riferimento, di stabilire di prioritaria importanza la riduzione del valore massimo del c.d. «superticket» prevedendo, per questa politica, uno stanziamento fino ad un massimo di 25 milioni di euro.

La legge regionale 34 del 29 dicembre 2016, all'articolo 19, ha previsto che «La Regione promuove, con particolare riguardo alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, politiche di razionalizzazione e di efficientamento della spesa sanitaria che, nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p-bis), punto 1), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato 'Legge finanziaria 2007'), consentano una rimodulazione del ticket sanitario aggiuntivo reintrodotta dall'articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 (Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria) convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111».

### **LE CONSIDERAZIONI CONSEGUENTI**

\* le molteplici misure previste dalle sopracitate leggi 111/2011 e 135/2012 hanno come obiettivo il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario del sistema e del controllo dell'appropriatezza;

- il sistema sanitario regionale ha garantito negli anni il mantenimento del predetto equilibrio economico finanziario complessivo;
- il predetto equilibrio economico finanziario si è concretizzato:
  - governando, secondo gli obiettivi stabiliti dalle due leggi di cui al punto 1, i costi relativi alla acquisizione dei beni e servizi e delle risorse umane delle aziende sanitarie di diritto pubblico;
  - riducendo, secondo gli obiettivi stabiliti dalle due leggi di cui al punto 1, le risorse per le attività di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale e per le funzioni non tariffabili, destinate agli erogatori di diritto privato;
  - approvando e facendo rispettare dagli erogatori criteri di appropriata prescrizione per le attività ambulatoriali.

### **I PROVVEDIMENTI SPECIFICI**

- con la d.g.r. 2313/2014 sono state approvate delle raccomandazioni per la prescrizione di RMN e TAC per la diagnostica delle patologie del ginocchio e della spalla;
- con la d.g.r. 3993/2015 sono state approvate indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle analisi molecolari BRCA1 e BRCA2;
- con la d.g.r. 4702/2015 sono state approvate raccomandazioni per la prescrizione delle procedure di esofagogastroduodenoscopia (EGDS) e colonscopia;
- la legge regionale 23/2015 garantisce più elevati livelli di appropriatezza grazie al cambio di paradigma di gestione della diagnosi, delle cure e dell'assistenza che prevede di passare dalla logica della singola prestazione a quella della realizzazione per i pazienti cronici di un percorso di presa in carico che viene garantito tramite uno specifico piano di assistenza individuale (PAI).

### **LE CONSEGUENZE DELL'AZIONE DELLA REGIONE**

Le sopracitate politiche di promozione dell'appropriatezza di prescrizione sono quantificabili in circa 30 milioni di euro, soprattutto a carico della radiodiagnostica ad alto costo e delle prestazioni di laboratorio.

La d.g.r. n. X/6115 del 16 gennaio 2017 ad oggetto «Determinazioni relative alla rimodulazione del ticket sanitario aggiuntivo di cui all'articolo 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111. (richiesta di parere della Commissione Consiliare)

- riduce per i cittadini non esenti, sulla base delle crescenti classi di valore di ricetta, il ticket sanitario aggiuntivo di cui alla legge 111/2011, portandolo ad un valore massimo di 15 euro per ricetta;
- fa decorrere dal 1° febbraio 2017 tali determinazioni a partire dalle prestazioni prenotate;
- trasmette il provvedimento alla competente Commissione Consiliare ai fini dell'acquisizione del suo parere, come previsto dall'art. 19, comma 2 della l.r. 34/2016.

### **LA DISPOSIZIONE**

Le determinazioni del presente provvedimento decorrono dal 1° febbraio 2017, a partire dalle prestazioni prenotate

Vengono confermati i contenuti della d.g.r. n. X/6115/2017, concernente la riduzione per i cittadini non esenti, sulla base delle crescenti classi di valore di ricetta di seguito esposte, il ticket sanitario aggiuntivo di cui alla legge 111/2011, portandolo ad un valore massimo di 15 euro per ricetta, così come risulta dalla tabella seguente: Fascia valore della ricetta in euro Ticket

Fino a € 5.00,00	€ 0,00
da € 5,01 a € 10,00	€ 1,50
da € 10,01 a € 15,00	€ 3,00
da € 15,01 a € 20,00	€ 4,50
da € 20,01 a € 25,00	€ 6,00
da € 25,01 a € 30,00	€ 7,50
da € 30,01 a € 36,00	€ 9,00
da € 36,01 a € 41,00	€ 10,80
da € 41,01 a € 46,00	€ 12,30
da € 46,01 a € 51,00	€ 13,80
da € 51,01 e oltre	€ 15,00

## **PIEMONTE**

**D.D. 23 dicembre 2016, n. 885** Sistema regionale dei flussi informativi sanitari. Adeguamento dei flussi informativi in attuazione alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013. (BUR n.6 del 9.2.17)

### **Note**

Con deliberazione n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, avente ad oggetto “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari - Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati accreditati presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate”, sono state definite le specifiche tecniche, nonché le modalità e le tempistiche di trasmissione dei flussi esistenti e dei nuovi flussi del NSIS delle prestazioni sanitarie erogate da parte degli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale.

La Giunta regionale, con il medesimo provvedimento, per semplificare le procedure di gestione dei flussi informativi sanitari, ha disposto che la Direzione Sanità provveda con propri atti ai futuri aggiornamenti dei contenuti tecnici del documento di cui allegato A della citata deliberazione;

Vengono approvati, con le modalità di definizione dei singoli disciplinari tecnici (tracciati record) i seguenti allegati al presente atto, per farne parte integrante e sostanziale:

1. Disciplinare tecnico “STER: FAR-CAVS/SIAD – FLUSSO INFORMATIVO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI DOMICILIARI, RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI
2. Disciplinare tecnico “FLUSSO INFORMATIVO SPECIALISTICA AMBULATORIALE E ALTRE PRESTAZIONI – STRUTTURE PUBBLICHE TRACCIATI RECORD B,C,C2,C4,C5”,
3. Disciplinare tecnico flusso informativo ricoveri ospedalieri (SDO) 2015 e allegato tariffario 2015,
4. Disciplinare tecnico flusso informativo ricoveri ospedalieri (SDO) 2016
5. Flusso informativo ricoveri ospedalieri (SDO) procedure di valorizzazione – nuovi tracciati 2016
6. Flusso informativo ricoveri ospedalieri (SDO) disciplinare tecnico 2017 – tracciati XML.

**DGR 29.12.16, n. 54-** - L.R. 9/2004 art. 21. Programma regionale 2017 per la copertura dei rischi di responsabilità civile RCT/O delle ASR. Disposizioni in merito agli elementi costitutivi del programma per l'anno 2017. Modifica del modello organizzativo-gestionale dei sinistri di cui alle DD.G.R. n. 35-9620 del 15 settembre 2008 e n. 55-12646 del 23 novembre 2009. . (BUR n.6 del 9.2.17)

### **Note**

La Regione Piemonte promuove la predisposizione di strumenti idonei a migliorare l'efficienza e l'economicità nella gestione dei rischi di responsabilità civile delle Aziende Sanitarie Regionali.

A tal fine, sin dal 2005, gestisce, ai sensi dell'articolo 21 della legge regionale 14 maggio 2004, n. 9 (legge finanziaria per l'anno 2004), così come modificato dall'articolo 23 della legge regionale 23 aprile 2007, n. 9 (legge finanziaria per l'anno 2007), dall'articolo 15 della legge regionale 27 dicembre 2010, n. 25 (legge finanziaria per l'anno 2011) e dall'articolo 32 della legge regionale n. 10 del 11 luglio 2011 (disposizioni collegate alla legge finanziaria per l'anno 2011), un programma assicurativo che comprende un fondo speciale sostitutivo o integrativo delle polizze assicurative.

Vengono approvati, sulla base degli esiti della gara regionale centralizzata espletata, dalla Società di Committenza Regionale – SCR Piemonte S.p.A. per l'affidamento dei servizi assicurativi - polizze “Primary” ed “Excess Layer” – i seguenti elementi costitutivi del Programma regionale per la copertura dei rischi di responsabilità civile RCT/O delle ASR., per l'anno 2017:

- fondo speciale di ammontare stabilito entro il limite massimo di Euro 26 milioni destinato al finanziamento degli esborsi che le ASR dovranno sostenere per il risarcimento dei sinistri di valore compreso tra Euro 5 mila e l'importo delle franchigie differenziate secondo la tipologia di evento, determinate all'esito delle procedure di gara (franchigia sinistri mortali: Euro 650 mila; franchigia danni da parto: Euro 1 milione; franchigia altri danni: Euro 500 mila);
- due livelli assicurativi previsti, il primo - Polizza RCT/O “Primary” aggiudicata in favore della SHAM Société Hospitaliere d'Assurances Mutuelles - per garantire i rischi per sinistri di valore eccedente il valore delle franchigie differenziate secondo la tipologia di evento determinate all'esito delle procedure di gara e fino all'ammontare di Euro 5 milioni per sinistro ed il drop-down (copertura rischi ad esaurimento del fondo regionale) e, il secondo - Polizza RCT “Excess Layer” aggiudicata in favore della Zurich Insurance Plc, a copertura dei rischi catastrofali eccedenti il valore di Euro 5 milioni per sinistro, per un massimale complessivo di Euro 15 milioni per sinistro ed Euro 25 milioni per anno assicurativo.

**DGR 29.12. 2016, n. 56-4530-** Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano Nazionale Malattie Rare (PNMR)", sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 16 ottobre 2014, rep. atti n. 140/CSR. (BUR n.6 del 9.2.17)

#### **Note**

#### **PREMESSA**

L'articolo 4 comma 1 del D.Lgs. 28 agosto 1997 n. 281 prevede, al fine di garantire la partecipazione delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano a tutti i processi decisionali di interesse regionale, interregionale ed infraregionale, che possano essere conclusi, in sede di Conferenza Stato-Regioni, accordi tra Governo, Regioni e Province autonome finalizzati a coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune.

Con il D.M n. 279 del 18 maggio 2001 "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124."

Con la D.G.R. 22-11870 del 2.3.2004 si è provveduto a dare attuazione al Decreto del Ministero della Sanità n. 279 del 18.5.2001, istituendo la Rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare, composta dai presidi sanitari regionali che partecipano alla rete ed attribuendo inoltre all'ASL 4 di Torino, ora ASL TO2, la funzione di Centro regionale di coordinamento della rete delle malattie rare, con funzioni di: - gestione del Registro regionale delle malattie rare - coordinamento dei presidi territoriali della rete, anche mediante l'adozione di specifici protocolli clinici condivisi, - promozione dell'informazione ai cittadini e della formazione degli operatori, - collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con altre Regioni, - collaborazione con le associazioni di volontariato.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Viene recepito, come parte integrante e sostanziale del presente atto, l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano Nazionale Malattie Rare (PNMR)", sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 16 ottobre 2014, rep. atti n. 140/CSR; - di dare atto che la normativa e l'organizzazione regionale rispondono a quanto disposto dall'Accordo succitato (a cui si fa rinvio).

**DGR 29.12.16, n. 67-4540-** Programmazione sanitaria 2017; tetti di spesa provvisori massimi per l'acquisto di prestazioni sanitarie erogate dal privato accreditato. (BUR n.6 del 9.2.17)

**Note**

**PREMESSA**

Ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., l'erogazione di prestazioni sanitarie per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale da parte di erogatori privati accreditati presuppone, previa verifica dei fabbisogni assistenziali, la fissazione di precisi tetti di spesa compatibili con la programmazione economica e la stipulazione di specifici contratti sulla base di uno schema tipo approvato dalla Regione.

Viene demandato a successivo provvedimento della Giunta regionale, da adottarsi entro il termine del 30 giugno 2017, la definitiva quantificazione della spesa annuale massima programmata 2017, nonché dei criteri per la definizione dei tetti di spesa per l'erogazione di prestazioni sanitarie per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale da parte del privato accreditato.

Vengono prorogate, fino al termine del 30 giugno 2016, le disposizioni già assunte in relazione ai tetti di spesa massimi ed ai criteri di revisione dei fabbisogni e conseguentemente fissare i tetti di spesa annuale massima di provvisorio riferimento per gli erogatori privati negli importi riportati agli allegati A) e B), rispettivamente titolati "programmazione sanitaria regionale 2017 tetti di spesa provvisori massimi 2017 per l'acquisto di prestazioni dalle case di cura accreditate, dai Presidi sanitari e dagli IRCCS" e "programmazione sanitaria regionale tetti di spesa provvisori massimi 2017 per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali dal privato accreditato", che si approvano.

La produzione realizzata nel suddetto periodo transitorio, indicativamente pari a un dodicesimo per mese, rientrerà nell'ambito del budget annuale definitivo e le prestazioni rese dovranno conformarsi ai bisogni espressi dalle AASSLL, sia in termini di volumi, sia di discipline, essendo le priorità ed i rapporti di riferimento quelli contenuti nell'allegato B) dell'ultimo contratto sottoscritto in caso d'assenza di nuove indicazioni formalizzate.

Con riferimento alla programmazione aziendale, le AASSLL forniscono agli erogatori le necessarie indicazioni di fabbisogno da soddisfare nel periodo transitorio, ed erogano acconti in quote mensili posticipate rispetto alla fatturazione nella misura pari al 90% del valore previsto o in relazione alla minor produzione realizzata, detraendo gli importi incassati dalla struttura a titolo di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket e quota fissa ex DGR 29 luglio 2011, n. 11-2490).

Per quanto concerne l'attività di post acuzie, in previsione di un maggior ricorso alla lungodegenza nel periodo transitorio - in parte coincidente con il periodo invernale - e nelle more della revisione della rete riabilitativa regionale, le AASSLL, sulla base del fabbisogno ed in relazione allo stato di accreditamento ed ai tetti di spesa definiti con gli erogatori privati, sono invitate a privilegiare il ricorso alle prestazioni di lungodegenza in luogo dell'attività di riabilitazione.

Vengono prorogate, in continuità con le previsioni di cui alle DDGR 27 luglio 2016 n. 12-3730 e 14 novembre 2016 n. 27-4198 e fino all'adozione del provvedimento della Giunta regionale di definitiva quantificazione della spesa annuale massima programmata per le prestazioni del privato accreditato a carico del SSR per l'annualità 2017, le ulteriori disposizioni contenute nei citati provvedimenti idonee a garantire la prosecuzione delle attività senza soluzione di continuità.

**DGR 29.12.16, n. 68-4541 -** ART. 1 comma 397 lettera d) della legge 28 dicembre 2015 n. 208. "Approvazione schema di convenzione tra la Regione Piemonte e l'ente strumentale alla Croce Rossa Italiana per l'avvalimento del personale della Croce Rossa". (BUR n.6 del 9.2.17)

**Note**

**PREMESSA**

Viene approvato lo schema di convenzione tra l'Assessorato regionale alla Tutela della Salute e Sanità e l'Ente strumentale della Croce Rossa per l'avvalimento del personale della Croce Rossa secondo quanto stabilito dall'allegato A) del presente provvedimento per farne parte integrale e sostanziale (a cui si fa rinvio).

**SICILIA**

**DASS 3 gennaio 2017** - Passaggio dal Pap test all'HPV-DNA come test primario per lo screening del cervicocarcinoma. (BUR n. 5 del 3.2.17)

Art. 1

Per le motivazioni di cui in premessa, sono approvate le "Direttive regionali per il passaggio dal Pap test all'HPVDNA come test primario per lo screening del cervicocarcinoma", di cui all'allegato 1 facente parte integrante del presente decreto.

Art. 2

È fatto obbligo ai direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali (ASP) della Regione di dare esecuzione al presente decreto, ribadendo che la puntuale attuazione dei programmi di screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon-retto è inserita tra i LEA e rientra tra gli obiettivi prioritari ad essi assegnati.

**DASS 25.1.17.** Individuazione degli Enti pubblici sanitari che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524, lettere a) e b), della legge 28 dicembre 2015, n. 208 - Integrazione al D.A. n. 1649 del 13 settembre 2016. GURS n. 6 del 10.2.17)

Articolo unico

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale, ad integrazione del decreto assessoriale n. 1649 del 13 settembre 2016, è approvata l'allegata tabella, che forma parte integrante del presente decreto, in cui sono individuati le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) da sottoporre ai Piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, in quanto presentano le condizioni individuate all'art. 1, comma 524, lettera b), della medesima legge, per effetto dell'intervenuta circolare ministeriale del 2 novembre 2016.

**DASS 30 gennaio 2017.** Rete regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino con farmaci biologici "Attivazione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) della Regione Sicilia". (GURS n. 6 del 10.2.17)

Art. 1

È approvato il Documento tecnico "Attivazione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) della Regione Sicilia" che fa parte integrante del presente decreto e il relativo Allegato 1 "Sintomi suggestivi di MICI".

Art. 2

Per le motivazioni citate in premessa, è rideterminata la Commissione regionale per la gestione terapeutica delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino con farmaci biologici" come segue :  
Componenti dell'Assessorato regionale della salute:

- d.ssa Lucia Li Sacchi - dirigente responsabile del servizio 4 Programmazione ospedaliera;
- dr. Antonio Lo Presti – dirigente responsabile del servizio 7 Farmaceutica;
- dr. Guglielmo Reale - dirigente responsabile del servizio 8 Programmazione territoriale ed integrazione sociosanitaria;
- d.ssa Grazia Buonasorte – dirigente U.O.B.4.1 del servizio 4 Programmazione ospedaliera;
- d.ssa Anna Maria Abbate - funzionario direttivo, servizio 4 Programmazione ospedaliera.

Esperti esterni:

- dr. Mario Cottone - U.O. di medicina interna II; Az. Osp. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello", via Trabucco, 180; 90146 Palermo;
- dr. Antonio Craxì - Istituto di gastroenterologia ed epatologia, Policlinico universitario dell'Università di Palermo; piazza delle Cliniche, Palermo;
- dr. Ambrogio Orlando - U.O.di medicina interna II; Az. Osp. Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello", via Trabucco n. 180; 90146 Palermo;

- dr. Giovanni Merlino - medico titolare di assistenza primaria presso l'ASP di Palermo - Vice presidente dell' Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Palermo.

- Salvatore Leone - direttore A.M.I.C.I. (Associazione malattie infiammatorie croniche intestinali); via Castellana n. 236; 90135 Palermo.

Art. 3

Sono compiti della Commissione:

- proporre aggiornamenti al documento tecnico approvato con D.A. n. 1439/12 e alle linee guida dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) in coerenza con l'evoluzione scientifica;
- verificare e monitorare il corretto funzionamento dei centri prescrittori della Regione, nonché dei collegamenti tra questi e vigilare sulla puntuale applicazione di quanto disposto nel PDTA parte integrante del presente decreto.

Art. 4

Nessun compenso è dovuto ai componenti della Commissione ad eccezione dei rimborsi, se ed in quanto dovuti, per le spese sostenute per le trasferte necessarie alla partecipazione ai lavori, che rimangono a carico delle amministrazioni di appartenenza.

**DECRETO 31 gennaio 2017.** Aggiornamento del Prontuario terapeutico ospedaliero-territoriale (PTORS) della Regione siciliana. (GURS n. 6 del 10.2.17)

**TOSCA NA**

**DGR 24.1.17, n. 49** - Prezzo di rimborso dei medicinali: modifica delibera GRT n. 1336 del 19-12-2016. (BUR n. 5 del 1.2.17)

**MOZIONE 1 febbraio 2017, n. 593** -

In merito agli aggiornamenti del personale addetto all'uso dei defibrillatori semiautomatici. (BUR n. 6 dell'8.2.17)

**IL CONSIGLIO REGIONALE**

Premesso che:

- l'attività sportiva costituisce un momento formativo per il benessere dell'individuo, che deve essere supportato da un'efficiente rete di pronto intervento, nei luoghi ove la stessa viene svolta, prevedendo, a tal fine, la diffusione e l'utilizzo dei defibrillatori negli impianti sportivi e similari in modo capillare;
- la fibrillazione ventricolare è infatti causa rilevante di decessi nello svolgimento dell'attività sportiva e la defibrillazione precoce rappresenta il sistema più efficace per garantire le maggiori percentuali di sopravvivenza;
- al fine di assicurare un intervento in piena sicurezza sulle persone vittime di arresto cardiocircolatorio, la legge 3 aprile 2001, n. 120 (Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero), è intervenuta a disciplinare l'utilizzo dei defibrillatori automatici esterni (DAE) da parte del personale sanitario non medico e del personale non sanitario, prevedendo la formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare ed affidando a Regioni e Province autonome il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori;
- l'abilitazione all'impiego dei defibrillatori, rilasciata dalle ASL e dai soggetti accreditati, ha durata illimitata, come disposto dal decreto del Ministro della salute 18 marzo 2011 (Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni di cui all'articolo 2, comma 46, della legge 191/2009), e tuttavia, come specifica il decreto ministeriale, resta ferma l'esigenza di pianificare un retraining periodico delle manovre di rianimazione cardiopolmonare;
- nell'allegato A al suddetto decreto, viene demandata alle Regioni la definizione delle modalità di retraining degli operatori abilitati;

Rilevato che:

Regione Toscana la formazione finalizzata al rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo del DAE viene organizzata da parte delle aziende sanitarie locali (ASL), dal sistema sanitario di emergenza urgenza territoriale 118 e dai soggetti formatori accreditati ai sensi della legge regionale 9 ottobre 2015, n. 68

(Disposizioni per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni nell'ambito della pratica fisica e sportiva);

- con deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 2014, n. 1256 (Indirizzi regionali per l'accreditamento dei soggetti/Enti abilitati all'erogazione di corsi di formazione finalizzati al rilascio dell'autorizzazione all'impiego del defibrillatore semiautomatico esterno a personale non sanitario ai sensi del DM 18 marzo 2011), espressamente richiamata dalla legge regionale 9 ottobre 2015, n. 68 (Disposizioni per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni nell'ambito della pratica fisica e sportiva), all'articolo 5, che tratta della formazione, vengono stabiliti i requisiti regionali in riferimento ai corsi di formazione finalizzati al rilascio dell'attestato di autorizzazione all'impiego del DAE a personale non sanitario;

- la delibera regionale richiamata chiarisce, in conformità alle disposizioni nazionali, che l'autorizzazione all'uso del DAE, intesa come atto che legittima il soggetto ad impiegare il defibrillatore in ambito extraospedaliero ha durata illimitata, tuttavia ribadisce "l'esigenza di pianificare un retraining periodico delle manovre di rianimazione cardiopolmonare" (del.gr. n. 1256/2014, allegato A, paragrafo 6 concernente validità e durata dell'autorizzazione all'impiego dei DAE), senza fornire ulteriori indicazioni in merito;

Considerato che, attualmente, il retraining delle manovre di rianimazione cardiopolmonare e la relativa pianificazione compete al soggetto formatore accreditato e, pertanto, può essere effettuato, ai sensi della recente normativa, oltre che dalle aziende sanitarie, anche dai soggetti formatori accreditati ai sensi della l.r. 68/2015;

Ritenuto opportuno che le previsioni regionali in materia siano, quanto più possibile, chiare e comprensibili riguardo agli aspetti inerenti la validità e la necessità di aggiornamento dell'autorizzazione all'utilizzo dei DAE e che siano specificate, rispetto alla formulazione attuale, in maniera univoca la tempistica e le modalità dell'aggiornamento da prevedere nella pianificazione del retraining;

#### **IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE**

a valutare, anche mediante apposita modifica alla del. gr. n. 1256/2014, l'introduzione di idonea specificazione sui tempi e le modalità di aggiornamento da osservare nella pianificazione del retraining obbligatorio, in modo da garantire omogenea applicazione su tutto il territorio regionale da parte dei soggetti formatori accreditati.

#### **UMBRIA**

**DGR 9.1.17, n. 8** - Istituzione della Commissione Paritetica regionale per l'A.L.P.I. del personale del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'art. 3, comma 3, dell'Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010 concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio Sanitario Nazionale. (BUR n. 5 del 1.2.17)

#### **Note**

Viene istituita la Commissione Paritetica regionale per l'A.L.P.I. del personale del SSR ai sensi dell'art. 3, comma 3, dell'Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010 Rep. atti n. 198/CSR, con la funzione di:

- valutare le modalità di svolgimento e l'organizzazione dell'A.L.P.I. sul territorio regionale;
- esaminare le relazioni annuali trasmesse dalle Aziende sanitarie regionali anche al fine di avanzare proposte alla Giunta regionale in ordine a modifiche/integrazioni dell'atto di indirizzo regionale in materia.

La Commissione sarà composta in forma collegiale da n. 8 componenti, di cui:

- n. 3 rappresentanti della Direzione regionale Salute, welfare organizzazione e risorse umane, con competenze in materia di A.L.P.I. e di problematiche gestionali e giuridiche;
- n. 3 rappresentanti delle Organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative ed esattamente le OO.SS.: ANAAO; CIMO; FP CGIL MEDICI;
- n. 2 rappresentanti delle Organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti ed esattamente: CITTADINANZATTIVA; ADICONSUM.;

Per ciascuno dei componenti effettivi dovrà essere individuato il relativo supplente.

Vengono individuati quali rappresentanti della Direzione regionale Salute, welfare organizzazione e risorse umane le seguenti professionalità:

— dr.ssa Maria Trani - dirigente del Servizio Politiche di sviluppo delle risorse umane del SSR, semplificazione in materia sanitaria e patrimonio delle Aziende sanitarie. Riforme - componente effettivo.

— dr.ssa Milena Tomassini - dirigente del Servizio Programmazione economico-finanziaria, degli investimenti e controllo di gestione delle Aziende sanitarie - componente supplente;

— dr.ssa Paola Casucci - dirigente del Servizio Mobilità sanitaria, gestione del Sistema Informativo sanitario e sociale. Osservatorio epidemiologico regionale - componente effettivo;

— dott. Alessandro Maria Vestrelli - dirigente del Servizio Programmazione e sviluppo della rete dei servizi sociali e integrazione socio-sanitaria - componente supplente;

— dott. Gianni Giovannini - dirigente del Servizio Programmazione dell'assistenza ospedaliera. Accreditamento. Autorizzazioni sanitarie e sociosanitarie. Valutazione di qualità - componente effettivo;

— dr.ssa Nera Bizzarri - dirigente del Servizio Programmazione nell'Area dell'inclusione sociale, economia sociale e terzo settore - componente supplente.

La Commissione resterà in carica tre anni dalla data del suo insediamento, si riunirà con cadenza almeno semestrale e ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità, e che nessun compenso è previsto per le attività svolte dai componenti in seno alla medesima Commissione

## TUTELA DEI DIRITTI

### LAZIO

**Deliberazione dell'Ufficio di Presidenza 18 gennaio 2017, n. 5** Conferimento dell'incarico di responsabile della struttura amministrativa di supporto al Consiglio dell'economia e del lavoro e al Difensore Civico. (BUR n. 9 del 31.1.17)

#### Note

Con la propria decisione del 14 dicembre 2016 è stato formulato un atto di indirizzo per la predisposizione dell'avviso di ricerca di professionalità interna per il conferimento degli incarichi di responsabile di strutture amministrative di supporto agli organismi autonomi, a dirigenti di ruolo del Consiglio regionale e, segnatamente quella relativa alla struttura amministrativa di supporto al Consiglio regionale dell'economia e del lavoro e al Difensore civico;

Viene conferito alla Dott.ssa Rita Spierito, dirigente appartenente al ruolo del Consiglio regionale, l'incarico di responsabile della struttura amministrativa di supporto al Consiglio regionale dell'economia e del lavoro e al Difensore civico.

### LIGURIA

**DGR 20.12.16, n.1184** - Approvazione schema prot.lo intesa "Protocollo regionale per la prevenzione ed il contrasto della violenza nei confronti di donne minori e fasce deboli". Disposizioni in materia di percorso assistenziale in caso di violenza sessuale e domestica. (BUR n. 4 del 25.1.17)

#### Note

#### INTRODUZIONE NORMATIVA

- la Convenzione Internazionale di New York del 1989, la Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli detta di Strasburgo del 1996, ratificata dall'Italia nel 2003, la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea detta di Nizza del 2000, ratificata dall'Italia nel 2007, nelle quali viene ribadito il concetto di "superiore interesse del minore" " e il suo "diritto al benessere";

- la Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa dell'11 maggio 2011 sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica;

- la legge, 15 ottobre 2013, n. 119 recante “Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province” ed in particolare le previsioni in ordine alle misure cautelari e precautelari, rispettivamente, dell’allontanamento dalla casa familiare, e dell’allontanamento urgente dalla casa familiare nei confronti dell’autore dei fatti di violenza;
- il Piano d’azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015;
- la legge 28/12/2015 n°208 (legge di stabilità 2016), che ai commi 790 e 791 dell’articolo unico 1 prevede l’istituzione nelle aziende sanitarie e ospedaliere di un percorso di protezione denominato “percorso di tutela delle vittime di violenza” con la finalità di tutelare le persone vulnerabili vittime dell’altrui violenza rimandando all’approvazione a livello nazionale di linee guida volte a rendere operativo tale percorso;
- legge regionale 21 marzo 2007 n. 12 “Interventi di prevenzione della violenza di genere e misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza”, che ha come principale finalità la promozione di interventi che assicurino alle donne che subiscono violenza il diritto ad un sostegno per consentire loro di recuperare e rafforzare la propria autonomia, materiale e psicologica, tutelando l’integrità fisica e dignità nel rispetto della personale riservatezza;
- legge regionale 9 aprile 2009, n. 6 “Promozione delle politiche per i minori e i giovani”;
- il protocollo di intesa, stipulato in data 27 giugno 2014, tra la Regione Liguria, la Prefettura e la Questura di Genova, le Forze di Polizia e le Autorità Giudiziarie, le Aziende Sanitarie e Ospedaliere dell’ambito metropolitano, le Sezioni di Psichiatria e Criminologia Clinica e Medicina Legale dell’Università degli Studi di Genova, finalizzato alla promozione di azioni e politiche attive per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere e alla costituzione del “Percorso rosa” nell’ambito delle strutture sanitarie di pronto soccorso; - la DGR 548 del 27 marzo 2015 ad oggetto” protocollo di intesa per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere e nei confronti dei minori” che, a seguito della positiva esperienza maturata in area metropolitana, a titolo sperimentale, approva lo schema del protocollo di intesa successivamente sottoscritto in data 20 aprile 2015;
- la DGR 535 del 27 Marzo 2015 ad oggetto: “Delibera quadro Sistema socioeducativo di promozione, prevenzione e tutela per bambini e adolescenti” che approva le Linee di indirizzo in materia di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale a danno dei minori.

### **PREMESSA**

Il fenomeno della violenza contro le donne ed all’interno della famiglia richiede un organico intervento delle istituzioni volto al supporto delle vittime da un lato e, dall’altro, a far emergere potenziali casi di violenza reiterata ed abituale che, diversamente, rimarrebbero occultati.

L’utilità e l’efficacia del Protocollo stipulato presso la Prefettura di Genova, in data 20 aprile 2015 (DGR n°548/2015) denominato “Protocollo d’intesa per la promozione di politiche attive finalizzate alla prevenzione ed al contrasto della violenza di genere e nei confronti dei minori – Istituzione di un Percorso di accoglienza della vittima di violenza presso il Pronto Soccorso”, ha permesso l’emersione di casi di violenza sospetta attualmente in fase di approfondimento giudiziario da parte della Procura della Repubblica di Genova e della Procura per i Minorenni presso il Tribunale di Genova e l’adozione di modalità dedicate di accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza presso il Pronto Soccorso.

### **LO SVILUPPO SUCCESSIVO**

Viene valutata pertanto l’opportunità di estendere le azioni previste dal vigente Protocollo all’intera regione.

Le Aziende ed Enti del SSR hanno già procedure operative interne che assicurano un iter definito e condiviso per la presa in carico ospedaliera delle vittime di violenza;

La Regione ha assunto l’impegno di standardizzare e uniformare le procedure di presa in carico delle vittime di violenza, istituendo a tal fine presso le strutture di Pronto Soccorso delle Aziende ed Enti del SSR, spesso primo punto di accesso e accoglienza, un nucleo operativo specializzato nella cura e

nel sostegno delle vittime, composto - oltre che dal personale sanitario (medico ed infermiere) - da un'assistente sociale e/o da uno psicologo.

### **IL RUOLO DELLE AZIENDE ED ENTI DEL SSR**

Nelle more dell'approvazione delle linee guida previste dalla richiamata Legge n.208/2015, viene disposto che le Aziende ed Enti del SSR:

Ø garantiscano ai soggetti che in pronto soccorso dichiarano di aver subito violenza sessuale e/o domestica, la presa in carico integrata e complessiva ed erogino tutte le prestazioni sanitarie necessarie, ivi comprese quelle da ripetere nel tempo, senza oneri per l'assistito;

Ø utilizzino, per la presa in carico complessiva di cui al punto precedente, la modalità organizzativa del day hospital, da effettuarsi presso strutture aziendali adeguate e consone alla presa in carico e al quadro clinico dell'assistito;

Ø attivino un percorso sanitario protetto che assicuri la confidenzialità e la privacy e sia conforme alle linee di indirizzo del DPCM 2015 (Piano di azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere) che prevede la valutazione della fattibilità dell'individuazione della violenza maschile contro le donne nei DRG; Richiamata la legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e in particolare l'articolo 8 che affida alla Giunta regionale la possibilità di formulare direttive vincolanti e indirizzi alle Aziende ed Enti del SSR

### **L'APPROVAZIONE DEL PROTOCOLLO**

Viene approvato il "Protocollo regionale d'intesa per la prevenzione ed il contrasto della violenza nei confronti di donne, minori e fasce deboli".

Vengono impegnate le Strutture competenti della Regione Liguria e dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) a coordinare e promuovere, d'intesa con la Prefettura, le iniziative indicate nel predetto protocollo, nonché ad adottare linee guida che si rendessero necessarie per l'attuazione del percorso di presa in carico delle vittime di violenza.

### **PROTOCOLLO REGIONALE PER LA PREVENZIONE ED IL CONTRASTO DELLA VIOLENZA NEI CONFRONTI DI DONNE, MINORI E FASCE DEBOLI**

Le Prefetture – U.T.G. di Genova, Imperia, La Spezia e Savona La Regione Liguria L'Università degli Studi di Genova La Procura Generale presso la Corte d'Appello di Genova La Procura della Repubblica presso il Tribunale di Genova, di Imperia, di La Spezia, di Savona La Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Genova L'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria Le Questure di Genova, Imperia, La Spezia, Savona I Comandi Provinciali dei Carabinieri di Genova, Imperia, La Spezia, Savona Il Comando Provinciale della Guardia di Finanza di Genova, Imperia, La Spezia, Savona Le A.S.L. n. 1, 2, 3, 4, 5 L'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro L'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera L'IRCCS Istituto Giannina Gaslini L'Ospedale Evangelico Internazionale I Comuni di Sanremo, Savona, Genova, Chiavari e La Spezia, in qualità di Comuni capofila delle Conferenza dei Sindaci CONSIDERATO che il fenomeno della violenza contro le donne ed all'interno della famiglia richiede un organico intervento delle istituzioni volto al supporto delle vittime da un lato e, dall'altro, a far emergere potenziali casi di violenza reiterata ed abituale che, diversamente, rimarrebbero occultati; CONSIDERATE l'utilità e l'efficacia del Protocollo stipulato presso la Prefettura di Genova, in data 20 aprile 2015 denominato "Protocollo d'intesa per la promozione di politiche attive finalizzate alla prevenzione ed al contrasto della violenza di genere e nei confronti dei minori – Istituzione di un Percorso di accoglienza della vittima di violenza presso il Pronto Soccorso", che ha permesso l'emersione di casi di violenza sospetta attualmente in fase di approfondimento giudiziario da parte della Procura della Repubblica di Genova e della Procura per i Minorenni presso il Tribunale di Genova e l'adozione di modalità dedicate di accoglienza e presa in carico delle vittime di violenza presso il Pronto Soccorso;

RITENUTA l'opportunità di estendere le azioni previste dal suddetto Protocollo all'intera regione;

VISTI

- gli artt. 3, 30 e 32 della Costituzione; - la Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa dell'11 maggio 2011 sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica; - la legge, 15 ottobre 2013, n. 119 recante "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province" ed in particolare le previsioni in ordine alle misure cautelari e precautelari, rispettivamente, dell'allontanamento dalla casa familiare, e dell'allontanamento urgente dalla casa familiare nei confronti dell'autore dei fatti di violenza; - la Convenzione Internazionale di New York del 1989, la Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli detta di Strasburgo del 1996, ratificata dall'Italia nel 2003, la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea detta di Nizza del 2000, ratificata dall'Italia nel 2007 nelle quali viene ribadito il concetto di "superiore interesse del minore" e il suo "diritto al benessere"; - il Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015; - la legge regionale 9 aprile 2009, n. 6 "Promozione delle politiche per i minori e i giovani"; - la legge regionale 21 marzo 2007 n. 12 "Interventi di prevenzione della violenza di genere e misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza", che ha come principale finalità la promozione di interventi che assicurino alle donne che subiscono violenza il diritto ad un sostegno per consentire loro di recuperare e rafforzare la propria autonomia, materiale e psicologica, tutelando l'integrità fisica e dignità nel rispetto della personale riservatezza; - le Linee di indirizzo in materia di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale a danno dei minori approvate con DGR 535/2015 "Delibera quadro Sistema socioeducativo di promozione, prevenzione e tutela per bambini e adolescenti".

**CONCORDANO QUANTO SEGUE** Art. 1 (Premesse) 1. I visti e le considerazioni su riportati costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Protocollo.

Art. 2 (Finalità) 1. Il presente Protocollo si propone le seguenti finalità: - l'adozione di azioni su tutto il territorio regionale, volte all'emersione, alla prevenzione ed alla repressione dei reati di violenza ai danni di donne, minori, fasce deboli, anche tramite l'utilizzo della banca dati del Dipartimento Salute e Servizi Sociali della Regione Liguria ove sono registrati gli accessi, con relativo codice, presso le strutture di Pronto Soccorso e/o ospedaliere dell'intera regione; - l'attuazione del Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015, anche attraverso ciascuna Conferenza dei Sindaci che coordinerà, per la parte relativa al sostegno sociale delle vittime, gli interventi per il contrasto, il trattamento della violenza contro le donne e il loro inserimento sociolavorativo; - la costituzione, in ciascun ambito territoriale di competenza, di un gruppo di lavoro interistituzionale, composto oltre che da magistrati ed operatori di polizia giudiziaria, da medici operanti presso le strutture di Pronto Soccorso, operatori sociali e socio sanitari, con il fine di garantire la cura, il sostegno delle vittime a partire dalle "Linee Guida per la presa in carico sanitaria ed assistenziale in Pronto Soccorso della vittima di violenza" elaborate per la realtà della provincia di Genova dal Tavolo denominato "AMALTEA", lo scambio tempestivo di flussi "dedicati" di informazioni - quali referti o altre segnalazioni - in grado di evidenziare fatti di reato commessi mediante violenza anche se dissimulati nel contesto di episodi di apparente minore rilevanza sanitaria o penale; - l'istituzione, presso i presidi ospedalieri di tutta la regione, di un percorso di accompagnamento della vittima di violenza volta a facilitare le denunce spontanee e a favorire interventi a tutela dei minori eventualmente coinvolti, previo raccordo con le eventuali esperienze già in atto; - la promozione di un percorso di sostegno e trattamento della persona maltrattante; - la promozione della formazione di tutti gli operatori coinvolti nel contrasto del fenomeno; - l'individuazione di strategie di prevenzione e di intervento sulle cause e sulle situazioni che possono portare ad innescare comportamenti di violenza; - la costruzione di un sistema condiviso di rilevazione, raccolta, ed analisi dei dati.

Art. 3 (Impegni) 1. Per l'attuazione del presente Protocollo, i soggetti aderenti assumono gli impegni di seguito declinati: a) le Prefetture – Ufficio Territoriale del Governo di Genova, Imperia, Savona, La Spezia si impegnano a: - coordinare, d'intesa con le Procure della Repubblica, le azioni previste dal Protocollo in ambito provinciale anche convocando periodiche riunioni presso ogni Prefettura, a

cadenza trimestrale, dei referenti dell'unità di lavoro interistituzionale, con il fine di verificare l'andamento e i risultati dell'attività di analisi e studio connessa agli accessi pregressi di donne e minori alle strutture di Pronto Soccorso; - promuovere, a carattere periodico, anche in sede di Comitato Provinciale per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica, momenti di verifica ed analisi sia sull'andamento del fenomeno, anche sulla scorta delle analisi e degli studi compiuti dai soggetti firmatari e trasmesse alla Prefettura, sia sull'efficacia delle azioni previste dal presente Protocollo; - curare la realizzazione di momenti di confronto allargato e di divulgazione delle attività realizzate; b) la Prefettura di Genova, si impegna, inoltre a: - coordinare e promuovere, d'intesa con la Regione Liguria e con la Procura Generale presso la Corte d'Appello di Genova, le iniziative indicate nel presente Protocollo; - promuovere, con la Regione Liguria, la realizzazione di corsi di formazione sulla materia con l'intervento di magistrati, delle forze dell'ordine, del personale sanitario, socio sanitario e sociale dedicato all'attività di prevenzione e repressione; - promuovere, anche d'intesa con l'Università degli Studi di Genova e con l'Ufficio Scolastico Regionale, strategie di prevenzione e di intervento sulle cause e sulle situazioni che possono portare ad innescare comportamenti di violenza; c) la Regione Liguria si impegna a: - coordinare e promuovere, d'intesa con la Prefettura e la Procura Generale presso la Corte d'Appello di Genova, le iniziative indicate nel presente Protocollo; - costituire un nucleo operativo multidisciplinare composto da operatori socio-sanitari (psicologo e/o assistente sociale) da impiegarsi nel percorso di accompagnamento della vittima di violenza al Pronto Soccorso, curando, al contempo, d'intesa con tutti i soggetti aderenti, la formazione del medesimo; - estrapolare i seguenti casi di accesso al Pronto Soccorso: · A) entro il mese di aprile di ogni anno per i minori i casi che, nel biennio antecedente a quello di estrazione, presentino cause e frequenza di: 1) almeno un evento con causa di accesso al triage per "violenza altrui" in concomitanza di almeno altri due eventi con causa relativa a "evento traumatico" nel biennio considerato; 2) almeno un evento nel biennio con causa di accesso al triage per "violenza altrui" (esclusi i casi individuati al punto precedente); 3) almeno tre eventi nel biennio con causa di accesso al triage per "evento traumatico" (esclusi i casi individuati nei due punti precedenti). · B) per le donne: 1) entro il mese di aprile di ogni anno i casi di accessi alle strutture di Pronto Soccorso della regione che presentino almeno un accesso, nell'anno precedente a quello di estrapolazione, per "asserita violenza altrui" e almeno tre accessi, nel quadriennio precedente l'anno di estrapolazione per una qualunque causa; inoltre verranno estratti i casi con 5 accessi nel quadriennio precedente l'anno di estrapolazione con una tra le seguenti cause: "asserita violenza altrui", "infortunio domestico", "trauma accidentale", "sconosciuta"; 2) entro il mese di ottobre di ogni anno l'estrapolazione di cui al punto precedente sarà effettuata includendo anche i casi occorsi nel 1° semestre dell'anno di estrapolazione. - comunicare gli esiti dell'estrapolazione di cui ai punti A) o B) all'Autorità Giudiziaria con modalità idonee alla tutela della riservatezza delle persone interessate da concordare con le Procure della Repubblica. La Autorità Giudiziaria analizzerà direttamente i casi che risultino già oggetto di procedimento e potrà comunicare ai Direttori di Pronto Soccorso casi anche eventualmente non già oggetto di procedimento ritenuti meritevoli di approfondimento giudiziario da parte dei clinici (tramite una analisi effettuata direttamente sulle cartelle cliniche individuate dall'estrapolazione regionale); - rispondere tempestivamente all'Autorità Giudiziaria ed alla Polizia Giudiziaria, dietro autorizzazione giudiziaria, nel caso di richiesta di informazioni sanitarie disponibili sulle banche dati regionali per le finalità di giustizia del presente Protocollo, anche ai sensi degli art. 47, 48, 49 e 50 del codice in materia di protezione dei dati personali. Specificatamente le richieste di informazioni dovranno sempre essere corredate da opportuna documentazione comprovante l'attività investigativa in essere. L'accesso alle informazioni contenute nei flussi informativi sarà sempre conforme al principio "della pertinenza e non eccedenza" dei dati forniti, nel rispetto delle modalità operative che saranno definite separatamente con le Procure; - in conformità al Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015, promuovere, anche d'intesa con le Conferenze dei Sindaci, le attività di ascolto, accoglienza, assistenza psicologica, assistenza legale, collegamento con le case rifugio, orientamento al lavoro e all'autonomia abitativa svolte dai Centri

Antiviolenza, anche attraverso le reti territoriali interistituzionali promosse dagli enti locali; - promuovere e coordinare l'attività di raccolta e analisi di dati e di informazioni svolta dai Centri Antiviolenza; - realizzare, anche d'intesa con le altre parti firmatarie, campagne di comunicazione di utilità sociale; - curare, d'intesa con gli altri soggetti firmatari del presente Protocollo, l'attività di formazione continua per gli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ordine ai maltrattamenti verso donne, i minori e fasce deboli, e la realizzazione periodica di corsi di formazione sulla materia con l'intervento di magistrati, delle forze dell'ordine, del personale sanitario, socio sanitario e sociale coinvolto; d) l'Università degli Studi di Genova (attraverso la Scuola di Scienze Sociali, il Dipartimento di Scienze della Salute – Unità di Ricerca in Medicina Legale e Criminologia dell'Università degli Studi di Genova e il Dipartimento di Neuroscienze, riabilitazione, oftalmologia e genetica e scienze materno – infantili – Sezione di Psichiatria, e altri dipartimenti a seconda delle necessità) si impegna, d'intesa con i firmatari del presente Protocollo a: - individuare strategie di prevenzione e di intervento sulle cause e sulle situazioni che possono portare ad innescare comportamenti di violenza; - partecipare allo studio retrospettivo dei casi di sospetta violenza; - prestare la propria collaborazione nell'attività formativa degli operatori che si trovano a prestare la prima assistenza; - prestare la propria disponibilità a compiere indagini di natura tecnica di tipo psichiatrico, medico-legale e sociologico sulla vittima o sull'autore di violenza individuando idonee strategie preventive; - individuare percorsi di supporto del soggetto maltrattante; - prestare la propria collaborazione e attività in occasione degli accessi di vittime di violenza presso le strutture di Pronto Soccorso; e) la Procura Generale presso la Corte d'Appello, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Genova e le Procure della Repubblica presso il Tribunale di Genova, Imperia, La Spezia, Savona autorizzano, con la sottoscrizione del presente Protocollo, in via generale e permanente, i funzionari della Regione Liguria all'uopo individuati, ed i medici delle strutture di Pronto Soccorso, alla consultazione e al trattamento dei dati secondo le modalità e gli ambiti indicati nel presente Protocollo, esclusivamente ai fini dell'accertamento e repressione di reati procedibili d'ufficio, anche in relazione agli artt. 47, 48, 49, 50 del Codice in materia di protezione dei dati personali e si impegnano a: - utilizzare, d'intesa con le strutture di Pronto Soccorso, un canale privilegiato e c.d. "dedicato" per tutti i flussi informativi relativi ai referti e alle segnalazioni che hanno ad oggetto casi di violenza, anche presunta, ai danni di una donna, di minori e di categorie deboli; - contribuire alla formazione professionale di tutti i soggetti istituzionali che, a vario titolo, sono coinvolti nel contrasto del fenomeno; - emanare direttive alla polizia giudiziaria e, se richieste, fornire indicazioni agli operatori sanitari, in ordine alle modalità di acquisizione delle notizie di reato e della raccolta degli elementi di prova, anche in vista di possibili interventi urgenti per la tutela della vittima; f) l'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria si impegna a: - segnalare tempestivamente alle Procure e alla Polizia giudiziaria ogni caso di violenza e sintomatico di abuso verso i minori all'interno della scuola e sensibilizzare gli insegnanti in ordine all'obbligatorietà della segnalazione dei fatti di violenza appresi nell'esercizio ed in occasione delle proprie funzioni; - emanare direttive specifiche affinché detto obbligo sia assolto da ciascun insegnante che nell'esercizio o a causa della sua funzione abbia notizia di detti fatti di violenza tramite comunicazione all'Autorità regionale, anche per l'ipotesi che i fatti possano comportare responsabilità disciplinare del personale scolastico, al preside, alle Procure ed alla Polizia Giudiziaria; - promuovere anche con l'ausilio dell'Università degli Studi di Genova, presso le istituzioni scolastiche del territorio, attività di educazione alla cultura dell'affettività, al miglioramento del clima scolastico e all'eliminazione della violenza nella soluzione dei conflitti interpersonali, nonché organizzare campagne informative all'interno del sistema scolastico, volte ad una corretta comunicazione mediatica e pubblicitaria, rispettosa dell'immagine della donna; - curare, d'intesa con gli altri soggetti firmatari, attività di formazione continua destinata ai Dirigenti scolastici, docenti e personale ATA in ordine al fenomeno della violenza di genere; - collaborare all'attività di prevenzione in materia di violenza di genere da svolgersi anche all'interno della scuola; g) le Questure, i Comandi Provinciali dei Carabinieri, i Comandi Provinciali della Guardia di Finanza di Genova di Imperia, Savona, La Spezia (anche attraverso le loro articolazioni territoriali), si

impegnano a: - in caso di segnalazione da parte degli ospedali, nei casi di denunciata o presunta violenza, inviare tempestivamente personale adeguatamente formato affinché, nell'immediatezza dei fatti, raccolga la querela, o comunque acquisisca il referto, la denuncia, elementi di prova o altri elementi utili per avviare indagini, e si adoperi, unitamente al personale socio sanitario presente al Pronto Soccorso, a promuovere la libera determinazione della vittima di violenza in merito alla decisione di denunciare i fatti subiti; - richiedere, nel caso di indagini per i fatti di violenza, alla Regione Liguria, dietro autorizzazione o delega della Procura competente, informazioni ricavabili dalla banca dati presso la Regione Liguria; - indipendentemente dalla sussistenza della condizione di procedibilità, avviare, sotto la direzione della Procura competente, anche a norma dell'art. 346 c.p.p., le indagini necessarie per i reati in cui la persona offesa sia una donna, un minore o un soggetto appartenente alle c.d. fasce deboli, evidenziatisi in occasione di accesso al Pronto Soccorso; - segnalare tempestivamente alla Procura Minori situazioni in cui vi siano figli comunque danneggiati dalla violenza di un genitore e dalla contestuale fragilità e incapacità a proteggerli dell'altro, anche previo contatto telefonico con il PM Minori di turno; - avere cura di monitorare e scambiare con le altre Forze di Polizia tutti i dati relativi agli interventi esperiti in cui siano emerse circostanze sintomatiche di maltrattamenti in famiglia attraverso l'inserimento nello SDI con modalità COPE; - sensibilizzare e formare adeguatamente i propri operatori in occasione dell'acquisizione di notizie di reato relative ad episodi di violenza sulle donne; - assicurare che la raccolta delle denunce e delle segnalazioni degli episodi di cui sopra avvenga in condizioni di rispetto della riservatezza ed in ambienti consoni a tale scopo, considerata la particolare condizione di fragilità psicologica in cui si trova la vittima di violenza oltre che la delicatezza necessaria nella trattazione di vicende collegate alla presenza di minori; - favorire la partecipazione dei propri operatori a momenti di formazione ed aggiornamento promossi nell'ambito delle attività sviluppate ai sensi del presente Protocollo; - nel rispetto del segreto istruttorio e d'ufficio e delle disposizioni in materia di tutela della riservatezza, raccogliere ed analizzare i dati del fenomeno ed elaborare statistiche da trasmettere trimestralmente alla Prefettura competente; h) le A.S.L. 1, 2, 3, 4, 5, l'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, l'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, l'IRCCS Istituto Giannina Gaslini, l'Ospedale Evangelico Internazionale si impegnano a: - collaborare con la Regione Liguria all'istituzione presso le strutture di Pronto Soccorso di un nucleo operativo competente nella cura e sostegno delle vittime di violenza che preveda oltre al personale sanitario (medico ed infermiere) altre figure professionali (assistente sociale e/o psicologo) e all'istituzione di un percorso di accoglienza in caso di violenza dichiarata o sospettata, già al momento di contatto con il 118; - provvedere all'esame ed alla rivalutazione dei referti relativi agli accessi pregressi di minori, donne e categorie deboli presso le strutture di Pronto Soccorso secondo le modalità sopra indicate; - favorire la partecipazione dei propri operatori a momenti di formazione ed aggiornamento promossi nell'ambito delle attività sviluppate ai sensi del presente Protocollo; - sensibilizzare il personale sanitario alla valutazione approfondita, anche alla luce di pregressi accessi presso il Pronto Soccorso, di ogni caso in cui una donna o un minore rechi lesioni o un soggetto appartenga alle c.d. fasce deboli (anziani e portatori di handicap), che per la tipologia e le modalità, facciano sospettare che essi possano essere stati vittime di violenza, indipendentemente dalle dichiarazioni della vittima, ed indipendentemente dalla durata della prognosi delle lesioni; - sensibilizzare il personale sanitario che si imbatte in una vittima di violenza a verificare se vi siano minori all'interno della sua famiglia, i quali, spettatori abituali di scene traumatiche, necessitino di un sostegno e di un percorso di tutela dedicato; - sensibilizzare il personale sanitario, affinché ogniqualvolta emerga il dubbio che una donna, un minore, anziano o disabile possa essere stata vittima di violenza, attivi il personale sociosanitario (assistente sociale o psicologo) e la Polizia Giudiziaria. i) i Comuni capofila delle Conferenze dei Sindaci si impegnano a: - predisporre periodicamente i Piani biennali di contrasto alla violenza contenenti le attività, i servizi avviati o che si intendono attivare e i relativi costi; - istituire, in accordo con gli altri enti coinvolti, il "Tavolo di Coordinamento del sistema degli interventi per il contrasto, il trattamento della violenza maschile contro le donne e il loro inserimento

socio-lavorativo” previsto dal “Piano d’azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere” al punto 3.2, anche a partire dalle esperienze di rete e dagli accordi già stipulati tra i diversi soggetti coinvolti;

(Art. 4) (Accordi attuativi) 1. La collaborazione tra le Parti potrà essere realizzata anche tramite la stipula di appositi accordi attuativi tra le Parti e/o le rispettive strutture interessate, nel rispetto del presente Protocollo e della normativa vigente. 2. Gli accordi attuativi disciplineranno in particolare gli aspetti di natura organizzativa e gestionale, nonché specifici aspetti relativi alla sicurezza e alle coperture assicurative. 3. Gli accordi attuativi non prevederanno alcun onere per le parti.

(Art. 5) (Durata ed eventuale rinnovo) Il presente Protocollo ha durata di quattro anni a decorrere dalla data di sottoscrizione dello stesso ed è rinnovabile in seguito ad accordo scritto tra le Parti per uguale periodo, previa delibera degli Organi competenti.

(Art. 6) (Recesso o scioglimento) Le Parti hanno facoltà di recedere unilateralmente dal presente Protocollo ovvero di scioglierlo consensualmente; il recesso deve essere esercitato mediante comunicazione scritta da notificare con raccomandata A.R. ovvero mediante P.E.C. Il recesso ha effetto decorsi tre mesi dalla data di notifica dello stesso. Il recesso unilaterale o lo scioglimento hanno effetto per l’avvenire e non incidono sulla parte di Protocollo già eseguito. In caso di recesso unilaterale o di scioglimento le parti concordano fin d’ora, comunque, di portare a conclusione le attività in corso e i singoli accordi attuativi già stipulati alla data di estinzione dell’accordo, salvo quanto eventualmente diversamente disposto negli stessi.

(Art. 7) (Riservatezza) Le Parti si impegnano, tramite apposite procedure, a non divulgare all’esterno dati, notizie, informazioni di carattere riservato eventualmente acquisite a seguito e in relazione agli impegni assunti mediante la stipula del presente Protocollo.

(Art. 8) (Trattamento dei dati personali) Le parti si impegnano reciprocamente a trattare e custodire i dati e le informazioni, sia su supporto cartaceo che informatico, relativi all’espletamento di attività riconducibili al presente Protocollo e agli accordi attuativi di cui all’art. 4 in conformità alle misure e agli obblighi imposti dal D. Lgs. 30.6.2003, n. 196, “Codice in materia di protezione dei dati personali” .

Letto, confermato e sottoscritto digitalmente dalle Parti.

## **LOMBARDIA**

**DCR 24.1.17 - n. X/1412** Ordine del giorno concernente la campagna di sensibilizzazione e informazione sul bullismo e cyberbullismo. (BUR n.6 dell’ 8.2.17)

«Il Consiglio regionale della Lombardia

preso atto che

con il piano nazionale per la prevenzione del bullismo e del cyberbullismo a scuola 2016/2017, il MIUR ha istruito la prima «Giornata nazionale contro il bullismo a scuola» che avrà luogo il 7 febbraio 2017 in coincidenza con la Giornata Europea della Sicurezza in Rete indetta dalla Commissione europea (Safer Internet Day);

considerato che

sia a livello regionale che nazionale sono diversi i soggetti che offrono canali di consulenza dedicati ai bambini e ragazzi che intendono confrontarsi o segnalare situazioni che coinvolgono i minori in episodi di bullismo e cyberbullismo. Si citano a titolo di esempio: – lo sportello Help web reputation giovani del CORECOM; – la linea 1 96 96 del Telefono Azzurro; – il Centro per la Prevenzione ed il contrasto al Cyberbullismo all’interno dell’Azienda Ospedaliera presso il Dipartimento materno infantile dell’Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano; verificato che durante le audizioni in merito al presente progetto di legge, alcuni soggetti auditi hanno manifestato la necessità di avere a disposizione materiali di comunicazione che le scuole e i soggetti beneficiari dei finanziamenti possano utilizzare anche nell’urgenza degli interventi; al fine di sviluppare, in merito alla tematica, una comunicazione utile e strutturata offrendo ai cittadini lombardi un primo punto di accesso in rete a tutte le informazioni sul tema;

impegna il Presidente della Giunta e la Giunta regionale

- ad avviare a livello regionale una campagna di comunicazione e sensibilizzazione sulla tematica del bullismo e del cyberbullismo anche in concomitanza con la giornata nazionale istituita dal MIUR, in cui siano evidenziati i contenuti della Legge Regionale e gli strumenti a disposizione degli operatori;
- a predisporre un pacchetto di materiali di comunicazione adatti ai diversi supporti (stampa e web) da rendere disponibili affinché possano essere diffusi in scuole e centri di aggregazione giovanili, anche a supporto degli interventi previsti dall'articolo 2 della Legge Regionale;
- a realizzare un sito web ad hoc dedicato alla tematica del bullismo e cyberbullismo come portale informativo istituzionale;
- a realizzare una conferenza stampa ad hoc per presentare il contenuto della legge, il piano di interventi, la consulta regionale, il portale dedicato, coinvolgendo le associazioni e tutti i portatori di interessi »

**DCR 24 gennaio 2017 - n. X/1413** - Ordine del giorno concernente la partecipazione a progetti europei. (BUR n.6 dell' 8.2.17)

#### IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto il progetto di legge n 216 «Disciplina degli interventi regionali in materia di prevenzione e contrasto al fenomeno del bullismo e del cyberbullismo»;

premesso che – nella Comunicazione «Strategia europea per un internet migliore per i ragazzi» del 2 maggio 2012 (COM(2012) 196), la Commissione europea ricorda che negli anni sono state sviluppate a livello europeo varie politiche a sostegno dei ragazzi, che però avevano spesso carattere settoriale, concentrandosi specificatamente, per esempio, sui canali mediatici o sulle piattaforme tecnologiche. La Commissione europea propone, quindi, di sviluppare un quadro coerente e integrato, riconoscendo che i ragazzi costituiscono un gruppo bersaglio specifico, alle cui esigenze occorre rispondere con un ecosistema informatico nuovo, con una strategia che impedisca la frammentazione del mercato e offra loro un ambiente on-line di maggiore qualità e sicurezza.

A tal fine, la Commissione europea ritiene prioritario il metodo flessibile e dinamico dell'autodisciplina delle società che operano su Internet, oltre a quello della regolamentazione normativa, per rispondere alle sfide nuove, come la «convergenza tecnologica», e per offrire meccanismi adeguati di analisi comparativa e di monitoraggio indipendente. In particolare, secondo la Commissione europea, per attrezzare i ragazzi ad affrontare rischi quali il cyberbullismo o l'adescamento in rete (cosiddetto grooming), occorre mettere a disposizione in tutta l'UE, per l'intera gamma di servizi e dispositivi in linea, meccanismi affidabili di segnalazione dei contenuti e dei contatti potenzialmente dannosi per i ragazzi;

– l'Unione europea è attiva per la tutela dei minori nel contesto di Internet, anche nell'ambito delle politiche sui diritti fondamentali, con il Programma UE per i diritti dei minori (COM(2011) 60), in cui si ricorda che le tecnologie on-line sono per bambini e adolescenti una fonte privilegiata del sapere e dell'accesso all'insegnamento digitale e al pubblico dibattito, ma che i minori sono particolarmente disarmati quando si imbattono, tramite mezzi audiovisivi o su Internet, in contenuti o comportamenti dannosi come il cyberbullismo e il grooming. In particolare, il cyberbullismo richiede risposte decise e il coinvolgimento di tutti gli attori interessati, dai social network ai fornitori di servizi Internet, alla polizia.

Allo scopo di assicurare ai giovani cybernauti un elevato livello di protezione, garantendo al contempo il diritto di accedere a Internet per il loro sviluppo sociale e culturale, la Commissione europea, attraverso il citato programma «Safer Internet», coordina e sostiene gli sforzi per responsabilizzare e proteggere i minori che navigano su Internet. In particolare, la Commissione europea si impegna ad aiutare gli Stati membri e le altre parti interessate a potenziare la prevenzione, a rendere i minori più responsabili e partecipi per poter beneficiare al massimo delle tecnologie on-line, e a contrastare il cyberbullismo, l'esposizione a contenuti dannosi e altri rischi connessi alla

navigazione in rete; premesso, inoltre, che – il tema del rapporto dei giovani con le nuove tecnologie è da sempre al centro dell'attenzione delle politiche in materia di bullismo e cyberbullismo

Nativi digitali, i giovani di oggi sono nati con la rete e apprendono da subito le forme di interazione sociale che la tecnologia offre; la rete in senso ampio (il web, i social network e i social media in generale) è, infatti, parte integrante del loro contesto esperienziale

Negli ultimi anni la rete è diventata un luogo molto diverso rispetto a qualche tempo fa; sono aumentati i servizi offerti, ogni giorno nascono nuovi modi di interagire, sempre più frequentemente si accede al web in mobilità, attraverso smartphone, tablet e altri dispositivi mobili

Dal punto di vista sociale la caratteristica più evidente è che la rete si è densamente popolata e questa tendenza aumenterà in futuro grazie alla diffusione delle tecnologie del web 2.0 e dei social media. Internet si trasforma e trasforma le persone e la loro identità, soprattutto attraverso i social network; – la relazione con i dispositivi mobili è intensa e coinvolge tutte le sfere di socializzazione: una quota rilevante di adolescenti è convinta che senza il web non riuscirebbe a fare nuove amicizie, perderebbe aspetti ritenuti più interessanti della vita normale e senza il web si sentirebbe isolata dal proprio gruppo dei pari. Se in media, quindi, gli adolescenti passano molto tempo navigando con il computer o dispositivi mobili, sembrano aumentare anche parallelamente i rischi di isolamento sociale, dipendenza e altre forme di disagio e devianza. Sette adolescenti su dieci dichiarano di non riuscire a staccarsi da Internet quando viene loro richiesto dai genitori o da altri soggetti e quasi cinque adolescenti su dieci non parlano e non si confrontano con i genitori sui contenuti da visualizzare o condividere in rete, senza un'adeguata preparazione e consapevolezza da parte sia dei giovani che degli adulti di riferimento; – la rete è, dunque, il luogo della socialità, ma anche dei rischi che arrivano, ad esempio, dal fenomeno comunemente definito cyberbullismo.

Di fronte ad eventi di questo tipo, spesso la reazione dei giovani è la chiusura: mentre solo una piccola percentuale ne parla con i genitori, la maggior parte non comunica, con il rischio di preferire l'isolamento, la perdita della voglia di uscire e di frequentare gli amici, il rifiuto ad andare a scuola, a fare sport o altro, fino all'insorgere di forme di depressione e di totale rifiuto a confidarsi. Tutto questo stimola e suggerisce la necessità di mettere in atto iniziative per promuovere un uso consapevole, sicuro e fattivo del web e delle nuove tecnologie, accrescere le competenze digitali, cogliere le opportunità offerte e formare cittadini digitali responsabili, prevenendo al contempo i rischi derivanti da comportamenti devianti o pericolosi per sé e per gli altri; considerato che – in Finlandia è stato lanciato il programma KiVa che ha coinvolto 117 scuole di intervento e 117 scuole di controllo, oltre al risultato ottenuto di diminuzione drastica di vittimizzazione e di bullismo, si è notato un effetto di positività anche rispetto alla scuola stessa, una maggiore motivazione e anche dei migliori risultati scolastici; il risultato più grande si è però avuto nella riduzione dell'ansia, della depressione e sulla percezione che gli studenti hanno del clima tra pari; – il programma KiVa è stato così efficace che ha vinto il premio europeo per la Prevenzione del Crimine nel 2009, il Premio Politica Sociale per il miglior articolo nel 2012 e quattro premi nazionali finlandesi nel 2008, 2010, 2011 e 2012; considerato, inoltre, che spesso i giovani che hanno partecipato a progetti scolastici sulla prevenzione del bullismo e cyberbullismo lamentano che i loro interlocutori non utilizzano il linguaggio che viene utilizzato dai giovani in rete; al fine di finanziare interventi incentrati sul target di riferimento e offrire alle famiglie, al personale scolastico ed educativo gli strumenti adeguati per comprendere le dinamiche di socializzazione sul web;

invita il Presidente della Giunta e la Giunta regionale

a promuovere accordi e altre forme di collaborazione con realtà nazionali, regionali o locali dei paesi dell'Unione europea »

**DCR 24 gennaio 2017 - n. X/1414** - Ordine del giorno concernente i finanziamenti per il contrasto al bullismo e al cyberbullismo. (BUR n.6 dell' 8.2.17)

**IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA**

Visto il progetto di legge n. 216 «Disciplina degli interventi regionali in materia di prevenzione e contrasto al fenomeno del bullismo e del cyberbullismo»;

considerato che

il fenomeno del bullismo e del cyberbullismo è estremamente complesso e trova la sua principale collocazione all'interno del contesto scolastico, diffondendosi come fenomeno relazionale che coinvolge e si sviluppa all'interno di un gruppo sociale, come ad esempio il gruppo classe, composto da bulli, vittime e spettatori; rilevato che il fenomeno del bullismo può essere collegato a un insieme di fattori personali, familiari, scolastici e sociali ed è sempre più facilmente amplificato dalle complesse dinamiche collegate ai social network e alla comunicazione digitale in rete, il che rende necessari interventi e approcci diversificati al problema; osservato che la prevenzione gioca un ruolo fondamentale nel contrastare e prevenire un fenomeno che in Regione Lombardia, secondo un'indagine realizzata per il CORECOM dall'Istituto di ricerca Demoskopea, nel 2014 ha visto settantunmila ragazzi tra i quindici e i ventiquattro anni coinvolti in un'esperienza diretta di cyberbullismo; dato che le risorse finanziarie messe a disposizione con il progetto di legge regionale n. 216 per contrastare e prevenire il fenomeno del bullismo e del cyberbullismo, per essere erogate in modo efficace, devono essere certe e rese disponibili entro il mese di giugno per permettere agli enti di pianificare e avviare progetti entro l'avvio di ogni anno scolastico;

invita la Giunta regionale

– a garantire che i finanziamenti previsti vengano assegnati entro l'anno affinché le scuole e i soggetti interessati possano attivarsi nei progetti di contrasto al bullismo e cyberbullismo, entro l'inizio del successivo anno scolastico;

– a garantire che l'assegnazione dei finanziamenti abbia una frequenza annuale e una dotazione complessiva di risorse pari o superiore a quella stabilita per il 2017 »

**DCR 24 gennaio 2017 - n. X/1415** Ordine del giorno concernente il sostegno finanziario per le vittime di bullismo nei procedimenti giudiziari. (BUR n.6 dell' 8.2.17)

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA Visto il progetto di legge n. 216 «Disciplina degli interventi regionali in materia di prevenzione e contrasto al fenomeno del bullismo e del cyberbullismo»;

vista la direttiva ministeriale 5 febbraio 2007, n. 16 (Linee di indirizzo generali ed azioni a livello nazionale per la prevenzione e la lotta al bullismo); visto che i giovani lombardi che dichiarano di aver subito esperienze di cyberbullismo sono settantunmila ragazzi tra i quindici e i ventiquattro anni ne hanno avuto diretta esperienza;

considerato che

presso l'Ufficio scolastico regionale è stato attivato l'Osservatorio regionale della Lombardia sul fenomeno del bullismo;

visto

il grave disagio psicologico, sociale, fisico e relazionale procurato alle vittime di bullismo si rende necessaria un'azione positiva di Regione Lombardia nel supporto anche finanziario nei procedimenti giudiziari; dato atto delle esperienze di collaborazione instaurate da Regione Lombardia con differenti realtà giudiziarie e istituzioni competenti;

invita la Giunta regionale

ad avviare un'interlocuzione con gli uffici giudiziari e le altre istituzioni competenti per valutare iniziative idonee a sostenere, anche finanziariamente, le azioni a difesa delle vittime di bullismo

**L.R. 7.2.17 - n. 1** Disciplina degli interventi regionali in materia di prevenzione e contrasto al fenomeno del bullismo e del cyberbullismo. (BUR n. 6 del 10.2.17)

Art. 1 (Finalità)

1. La presente legge, nel rispetto dei principi costituzionali, è volta a prevenire e contrastare il fenomeno del bullismo e del cyberbullismo, in tutte le sue manifestazioni, al fine di tutelare e valorizzare la crescita educativa, sociale e psicologica dei minori, proteggendo e sostenendo in particolare i soggetti più fragili

Art. 2 (Interventi)

1. La Regione, per le finalità di cui all'articolo 1, promuove e sostiene interventi per la diffusione della cultura della legalità e del rispetto della dignità personale, nonché interventi per la tutela della integrità psico-fisica dei minori, in particolare nell'ambiente scolastico e nei luoghi di aggregazione giovanile. Promuove e sostiene inoltre interventi finalizzati all'uso consapevole degli strumenti informatici e della rete internet.

2. Sono ammessi ai finanziamenti di cui al comma 1 i seguenti interventi:

- a) realizzazione di campagne di sensibilizzazione e di informazione rivolte agli studenti e alle loro famiglie in ordine alla gravità del fenomeno del bullismo e del cyberbullismo e delle sue conseguenze;
- b) promozione di iniziative di carattere culturale, sociale, ricreativo e sportivo sui temi della legalità e del rispetto reciproco, nonché sull'uso consapevole degli strumenti informatici e della rete internet;
- c) organizzazione di corsi di formazione per il personale scolastico ed educativo volti all'acquisizione di tecniche psico-pedagogiche e di pratiche educative per attuare azioni preventive e di contrasto del fenomeno del bullismo e del cyberbullismo;
- d) attivazione di programmi di sostegno in favore dei minori vittime di atti di bullismo e di cyberbullismo, anche attraverso il supporto di competenti figure professionali e il coinvolgimento di associazioni e istituzioni attive sul territorio;
- e) promozione di programmi di recupero rivolti agli autori di atti di bullismo e di cyberbullismo, anche attraverso il supporto di competenti figure professionali e il coinvolgimento di associazioni e istituzioni attive sul territorio.

3. Nel caso in cui gli interventi prevedano per la loro realizzazione un diretto contatto con i minori, i proponenti dei relativi progetti devono attestare le specifiche competenze e le certificazioni possedute dai soggetti impiegati nella loro attuazione.

#### Art. 3 (Soggetti beneficiari)

1. Possono beneficiare dei finanziamenti relativi agli interventi di cui all'articolo 2:

- a) comuni, singoli e associati;
- b) istituzioni scolastiche e formative;
- c) aziende del sistema sociosanitario regionale;
- d) istituti penitenziari della Lombardia;
- e) soggetti del Terzo Settore di cui alla legge regionale 14 febbraio 2008, n. 1 (Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso) operanti in Lombardia da almeno tre anni nel campo del disagio sociale dei minori o in quello educativo e iscritte all'albo nazionale o regionale;
- f) associazioni sportive dilettantistiche, che operano in Lombardia, iscritte nel registro del CONI, nella cui organizzazione è presente il settore giovanile e che svolgono prevalentemente attività di avviamento e formazione allo sport per i minori.

#### Art. 4 (Istituzione della Consulta regionale sul bullismo e sul cyberbullismo)

1. Presso la Giunta regionale è istituita la Consulta regionale sul bullismo e sul cyberbullismo, di seguito Consulta, di cui fanno parte l'Assessore competente in materia di istruzione, o un suo delegato, che la presiede, un rappresentante della direzione generale regionale competente in materia di sanità, un rappresentante della direzione generale regionale competente in materia di inclusione sociale, un rappresentante della direzione generale regionale competente in materia di sport, un rappresentante della direzione generale regionale competente in materia di sicurezza, un rappresentante designato dall'Ufficio scolastico regionale, tre rappresentanti designati dalle Aziende di tutela della salute, tre rappresentanti designati dal Tavolo regionale del Terzo Settore, un rappresentante dei genitori designato dal Forum regionale delle associazioni familiari, un esperto di servizi di social networking e della rete internet indicato, previa intesa con gli uffici statali competenti, dalla Polizia Postale e delle Comunicazioni, un rappresentante del mondo accademico e della ricerca universitaria esperto di bullismo come fenomeno sociale e un rappresentante delle associazioni sportive di cui alla lettera f) del comma 1 dell'articolo 3, designato dal CONI – Comitato regionale Lombardia.

2. La Consulta ha lo scopo di raccogliere informazioni sul bullismo e sulle iniziative di prevenzione e contrasto di ogni forma di bullismo presenti sul territorio, con un approccio multidisciplinare al fine di ottimizzare le azioni sul territorio, evitando sovrapposizioni con interventi di altri soggetti pubblici, nonché il compito di confrontare, condividere, valutare e mettere in rete le buone pratiche, tecnologie, processi e progetti, finalizzati a prevenire e contrastare il fenomeno del bullismo e del cyberbullismo

3. La Consulta si avvale anche del supporto del Garante regionale dell'Infanzia e dell'Adolescenza, del Corecom e del Comitato tecnico-scientifico di cui all'articolo 14 della legge regionale 24 giugno 2015, n. 17 (Interventi regionali per la prevenzione e il contrasto della criminalità organizzata e per la promozione della cultura della legalità)

4. La Giunta regionale provvede alla costituzione della Consulta, definendone le modalità di funzionamento. La partecipazione alla Consulta è a titolo gratuito

Art. 5 (Procedure per l'erogazione dei finanziamenti) 1. La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, determina criteri e modalità per l'erogazione dei finanziamenti relativi agli interventi di cui all'articolo 2. 2. La Giunta regionale, con la deliberazione di cui al comma 1, stabilisce altresì i requisiti dei soggetti che, nell'attuazione degli interventi di cui all'articolo 2, operano direttamente a contatto con i minori

Art. 6 (Clausola valutativa)

1. Il Consiglio regionale valuta l'attuazione della presente legge e i risultati progressivamente ottenuti nel prevenire e contrastare il fenomeno del bullismo e del cyberbullismo nelle sue diverse manifestazioni. A questo scopo, la Giunta regionale trasmette al Consiglio una relazione annuale che descrive e documenta:

a) gli interventi realizzati, specificandone tempi, obiettivi e grado di raggiungimento degli stessi, distribuzione territoriale, soggetti coinvolti e relative caratteristiche;

b) in che misura la Regione ha finanziato i singoli interventi e in che modo tali risorse risultano distribuite sul territorio regionale e fra i soggetti coinvolti;

c) gli eventuali punti di forza e di debolezza che si sono riscontrati nel corso dell'attuazione degli interventi. 2. La Giunta Regionale rende accessibili i dati e le informazioni raccolte per le attività valutative previste dalla presente legge

Art. 7 (Norma finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione degli interventi in ambito scolastico di cui alle lettere a) e c) del comma 2 dell'articolo 2, quantificabili per l'anno 2017 in euro 300 000,00, si provvede con l'aumento della disponibilità della missione 4 «Istruzione e diritto allo studio», programma 7 «Diritto allo studio» - Titolo I «Spese correnti» e corrispondente riduzione della disponibilità della missione 20 «Fondi e accantonamenti», programma 3 «Atri Fondi» - Titolo I «Spese correnti» dello stato di previsione delle spese del bilancio 2017-2019. 2. Dal 2018 le spese del comma 1 trovano copertura nei limiti delle risorse annualmente stanziato con la legge di approvazione di bilancio dei singoli esercizi finanziari. 3. Alle spese per gli interventi di diffusione della cultura della legalità di cui alla lettera b) del comma 2 dell'articolo 2 si fa fronte a partire dal 2018 nei limiti delle disponibilità delle risorse già stanziato nel bilancio 2017-2019, per la medesima finalità, alla missione 3 «Ordine pubblico e sicurezza», programma 2 «Sistema integrato di sicurezza urbana» - Titolo I «Spese correnti» dello stato di previsione delle spese del bilancio 2017-2019. 4. Alle spese per gli interventi di cui alle lettere d) ed e) del comma 2 dell'articolo 2, da definirsi nell'ambito del provvedimento di Giunta relativo alle regole di sistema, si fa fronte, compatibilmente alla sostenibilità della spesa, a partire dal 2018, con le risorse allocate alla missione 13 «Tutela della salute», programma 1 «Servizio sanitario regionale - Finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA» - Titolo I «Spese correnti» dello stato di previsione delle spese del bilancio 2017-2019

## PIEMONTE

**D.D. 27 dicembre 2016, n. 1061** - Quinta proroga onerosa dei progetti "Piemonte in rete contro la tratta 5.13" e "Piemonte in rete contro la tratta 5.18". Ripartizione ed assegnazione ai soggetti attuatori

- Soggetti no profit - delle risorse regionali. Impegno sul cap. 189561/ 2016 (assegnazione n. 101086) di Euro 35.803,00. (BUR n. 6 SI del 9.2.17)

**Note**

Viene preso atto della quinta proroga onerosa finanziata dal Dipartimento per le Pari Opportunità - Presidenza del Consiglio dei Ministri (D.P.O.) per un ammontare complessivo di € 649.250,59 per il periodo 01/01/2016 – 31/08/2016.;

Viene impegnato l'importo complessivo di euro 35.803,00