

# INDICE N. 225

## PANORAMA STATALE

### DIFESA DELLO STATO

#### AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

**DELIBERA 21 dicembre 2016 .** Attuazione dell'articolo 1, commi 65 e 67, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, per l'anno 2017. (Delibera n. 1377/2016). (GU n. 43 del 21.2.17)

**DELIBERA 8 febbraio 2017 -** Modifica al regolamento sul finanziamento del Consiglio dell'Autorità nazionale anticorruzione. (Delibera n. 134). (GU n. 49 del 28.2.17)

### IMMIGRATI

#### **DECRETO-LEGGE 17 febbraio 2017 , n. 13 .**

Disposizioni urgenti per l'accelerazione dei procedimenti in materia di protezione internazionale, nonché per il contrasto dell'immigrazione illegale. (GU n. 40 del 17.2.17)

### PERSONE CON DISABILITA'

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

**DECRETO 23 novembre 2016 -** Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016. (GU n. 45 del 23.2.17)

### POLITICHE SOCIALI

#### **LEGGE 27 febbraio 2017 , n. 1 .**

**Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2016, n. 243, recante interventi urgenti per la coesione sociale e territoriale, con particolare riferimento a situazioni critiche in alcune aree del Mezzogiorno.** (GU n. 49 del 28.2.17)

**Testo del decreto-legge 29 dicembre 2016, n. 243 (in *Gazzetta Ufficiale* – Serie generale – n. 304 del 30 dicembre 2016) , coordinato con la legge di conversione 27 febbraio 2017, n. 18 (in questa stessa *Gazzetta Ufficiale* alla pag. 1) , recante: “Interventi urgenti per la coesione sociale e territoriale, con particolare riferimento a situazioni critiche in alcune aree del Mezzogiorno.**

### PREVIDENZA

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

**Approvazione della delibera adottata dal Comitato nazionale dei delegati della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza per gli ingegneri ed architetti liberi professionisti, in data 28-29 aprile 2016.** (GU n. 40 del 17.2.17)

**Approvazione della delibera n. 184/2016 adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa italiana di previdenza ed assistenza dei geometri liberi professionisti in data 13 dicembre 2016.** (GU n. 44 del 22.2.17)

## PRIVATO SOCIALE

### MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

**DECRETO 16 gennaio 2017 .** Liquidazione coatta amministrativa della «Lago Turano società cooperativa sociale», in Colle di Tora e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 39 del 16.2.17)

**DECRETO 16 gennaio 2017 .** Liquidazione coatta amministrativa della «Disneyland - Società cooperativa sociale - Onlus», in Bari e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 40 del 17.2.17)

**DECRETO 1° febbraio 2017 .** Scioglimento della «L'Arcipelago Consorzio cooperative sociali - Società cooperativa sociale - in sigla L'Arcipelago soc. coop. sociale», in Caserta e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 41 del 18.2.17)

## PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

### DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 29 dicembre 2016.

Adozione delle note metodologiche relative alla procedura di calcolo per la determinazione dei fabbisogni standard ed il fabbisogno standard per ciascun comune delle regioni a statuto ordinario relativi alle funzioni di istruzione pubblica, alle funzioni riguardanti la gestione del territorio e dell'ambiente - servizio smaltimento rifiuti, alle funzioni nel settore sociale - servizi di asili nido, alle funzioni generali di amministrazione e controllo, alle funzioni di polizia locale, alle funzioni di viabilità e territorio, alle funzioni nel campo dei trasporti (trasporto pubblico locale) ed alle funzioni nel settore sociale al netto dei servizi di asili nido. (GU n. 44 del 17.2.17)

### LEGGE 27 febbraio 2017, n. 19.

**Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2016, n. 244, recante proroga e definizione di termini. Proroga del termine per l'esercizio di deleghe legislative. Testo del decreto-legge 30 dicembre 2016, n. 244, coordinato con la legge di conversione 27 febbraio 2017, n. 19, recante: «Proroga e definizione di termini.».** (GU n. 49 del 28.2.17)

## SANITA'

### MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

**DECRETO 28 dicembre 2016 , n. 265** -.Regolamento recante norme in materia di manifestazione della volontà di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, in attuazione dell'articolo 6, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40. (GU n. 40 del 17.2.17)

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

**INTESA 19 gennaio 2017 .** Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento

recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019». (Rep. atti n. 10/CSR). (GU n. 41 del 18.2.17)

#### **MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE**

**DECRETO 26 gennaio 2017** Assegnazione delle risorse finanziarie, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2017, all'Ente strumentale alla Croce Rossa italiana, all'Associazione della Croce Rossa italiana e alle regioni. (BUR n. 42 del 20.2.17)

#### **MINISTERO DELLA SALUTE**

**DECRETO 31 gennaio 2017.** Entrata in vigore dei testi, nelle lingue inglese e francese, dei capitoli generali e delle monografie, pubblicati nella Farmacopea europea 9ª edizione. (GU n. 42 del 20.2.17)

<b>SICUREZZA</b>
------------------

#### **DECRETO-LEGGE 20 febbraio 2017 , n. 14 .**

Disposizioni urgenti in materia di sicurezza delle città. (GU n. 42 del 20.2.17)

# **PANORAMA REGIONALE**

## **AMMINISTRAZIONE REGIONALE**

### **LAZIO**

**DGR 9.2.017, n. 44** Piano della performance 2017-2019. (BUR n. 14 del 16.2.17)

### **VENETO**

**DGR 27.1.17** - Approvazione di schema di Protocollo d'Intesa con la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia per l'interscambio di esperienze e supporti finalizzati allo sviluppo, alla realizzazione, all'avviamento e alla gestione di sistemi informativi per la pubblica amministrazione, ex art. 15, L. 241/1990. (BUR n. 19 del 21.2.17)

## **ASSISTENZA PENITENZIARIA**

### **VENETO**

**DGR 27.1.17, n. 51** - Approvazione dello schema di Accordo tra la Regione del Veneto e la Prefettura di Verona per l'attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna della Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza (REMS) di Nogara (VR). Decreto del Ministero della Salute 1° ottobre 2012. (BUR n. 19 del 21.2.17)

## **BILANCIO**

### **VENETO**

**DGR 31.1.17, N. 81** - Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio per il triennio 2017-2019. (BUR n. 19 del 21.2.17)

**DGR 7.2.17, n. 108** - Direttive per la gestione del bilancio di previsione 2017-2019. (BUR n. 19 del 21.2.17)

## **DIFESA DELLO STATO**

### **LIGURIA**

**L.R. 8.2.17, n. 2** - Modifiche alla legge regionale 5 marzo 2012, n. 7 (Iniziative regionali per la prevenzione del crimine organizzato e mafioso e per la promozione della cultura della legalità). (BUR n. 2 del 15.2.17)

### **MARCHE**

**DGR 30.1.17, n. 39** - Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per il triennio 2017 – 2019. (BUR n. 19 del 17.2.17)

**DCR 1.2.17, n. 14** - Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017 - 2019 del Consiglio regionale.

#### **UMBRIA**

**DAL 31.1.17, n. 149** - Atto interno - "Istituzione dell'Osservatorio regionale sulla criminalità organizzata e l'illegalità". (BUR n. 7 del 17.2.17)

### DIPENDENZE

#### **LOMBARDIA**

**DCR. 7 febbraio 2017 - n. X/1425** Mozione concernente la prevenzione e il contrasto sull'uso delle droghe presso i più giovani. (BUR n. 7 del 17.2.17)

#### **MARCHE**

**L.R. 7.2.17, n. 3** - Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network. (BUR n. 18 del 16.2.17)

### GIOVANI

#### **CAMPANIA**

**DGR 21.2.17, n.91** - Garanzia giovani - piano di attuazione regione Campania periodo 2014\_2020. quarta riprogrammazione. (BUR n. 16 del 23.2.17)

### MINORI

#### **CALABRIA**

**L.R. 20.2.17, n. 6** – Requisito di accesso ai servizi educativi per la prima infanzia. modifiche alla l.r. 29 marzo 2013, n. 15 (norme sui servizi educativi per la prima infanzia) (BUR n. 20 del 22.2.17)

#### **LAZIO**

**Deliberazione dell'Ufficio di Presidenza 2 febbraio 2017, n. 21** - Dott. Fabrizio Lungarini. Conferimento dell'incarico di dirigente della struttura amministrativa di supporto al Garante dell'infanzia e dell'adolescenza. (BUR n. 15 del 21.2.17)

#### **PIEMONTE**

**DD 9 novembre 2016, n. 777** - Estensione del programma P.I.P.P.I. (Modello di Intervento Unitario per la prevenzione degli allontanamenti familiari) :IV fase di implementazione. Assegnazione ai Soggetti Gestori delle funzioni socio-assistenziali delle risorse statali per la realizzazione degli interventi. Accertamento di euro 45.000,00 sul cap.d'entrata 26318 e contestuale impegno di spesa sul cap.152554 del bilancio 2016.Erogazione secondo acconto (BUR n. 8 del 23.2.17)

#### **VENETO**

**DGR 27.1.17, n. 66** - Sistema Veneto Adozioni. Interventi regionali in materia di adozione nazionale ed internazionale. (L. 476/98).

### PERSONE CON DISABILITA'

**CAMPANIA**

**DGR 21.2.17, n. 82** - Recepimento dell'accordo (60/csr) tra il governo, le regioni e le province autonome del 25 marzo 2015 di approvazione delle "linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali". (BUR n. 16 del 23.2.17)

**LAZIO**

**DGR 14.2.17, n. 54** Modifica alla DGR 23 dicembre 2004, n. 1305. Strutture socioassistenziali per minori. Continuità assistenziale per i ragazzi con disabilità ad alta complessità assistenziale divenuti maggiorenni.(BUR n. 16 del 23.2.17)

**DGR 14.2.17, n. 55** .- Legge regionale 14 gennaio 1987, n. 8 articolo 4. IPAB Centro Regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i ciechi di Roma. Nomina rappresentante della Regione Lazio nel Comitato di Programmazione e Sorveglianza. .(BUR n. 16 del 23.2.17)

**TOSCANA**

**MOZIONE 1 febbraio 2017, n. 576** - In merito alla diffusione dei “parchi gioco inclusivi”. (BUR n. 7 del 15.2.17)

**POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE****FRIULI V.G.**

**DGR 10.2.17, n. 199** - LR11/2006, art 10 e art 21 bis. Carta famiglia. Approvazione dei valori massimi del beneficio regionale energia elettrica per l'anno 2016 e delega ai Comuni delle funzioni amministrative connesse all'attivazione del beneficio. (BUR n. 9 del 23.2.17)

**PUGLIA**

**DGR 7.2.17, n. 148** - L.R. n. 3/2016 e Reg. R. n. 8/2016. Accompagnamento all'implementazione del Reddito di Dignità con l'attivazione dei servizi ai destinatari del Reddito di Dignità. Variazione al Bilancio di previsione 2017 e pluriennale 2017-2019 ai sensi della l.r. n. 28/2001 e s.m.i. e del D.Lgs. n. 118/2011 e s.m.i. (BUR n. 23 del 21.2.17)

**PRIVATO SOCIALE****UMBRIA**

**DPGR 31 gennaio 2017, n. 47**.- Decreto del Ministero del Tesoro 8 ottobre 1997, art. 2. Nomina del rappresentante degli enti locali della regione in seno al Comitato di gestione del fondo speciale per il volontariato. (BUR n. 7 del 17.2.17)

**PROGRAMMAZIONE SOCIALE****LAZIO**

**DGR 14.2.17, n. 57** - Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47 comma 1. Predisposizione dello schema del Piano sociale regionale "Prendersi cura, un bene comune". (BUR n. 16 del 23..17)

**SANITA'****BASILICATA**

**DGR 24.1.17, n. 37.** Determinazione Dirigenziale n. 20AB. 2016/D.00062 del 21.9.2016 di aggiudicazione definitiva del “Sistema dinamico di acquisizione per la fornitura, in nome e per conto delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Basilicata, di prodotti farmaceutici inclusi nel Prontuario-Ospedale-Territorio (PHT)” Approvazione linee guida DPC per la continuità terapeutica. (BUR n. 3 del 16.2.17)

**DGR 31.1.17, n. 61 -** Proroga dell'accordo di cui alla DGR n. 1759/2015 per la distribuzione per conto dei farmaci A/PHT e per la erogazione presidi per diabetici. (BUR n. 3 del 16.2.17)

**RISOLUZIONE - Oggetto n. 3499 -** Risoluzione per impegnare la Giunta a mantenere costante l'impegno della Regione Emilia-Romagna, anche in fase di riorganizzazione della rete ospedaliera, nella prevenzione e nella cura del diabete e ad attivarsi presso le sedi più opportune affinché venga sviluppata ed attualizzata la legislazione a tutela dei lavoratori affetti da questa patologia. A firma dei Consiglieri: Torri, Taruffi, Zoffoli; Marchetti Francesca, Rontini (Prot. DOC/2017/0000060 dell'8 febbraio 2017) (BUR n. 43 del 22.2.17)

## **LAZIO**

**DGR 14.2.17, n. 56 -** Revoca della DGR 30 dicembre 2016 n. 856: "Assolvimento dell'obbligo vaccinale da parte del minore per l'accesso negli asili nido pubblici e privati di cui alla Legge Regionale 16 giugno 1980, n.59".(BUR n. 16 del 23.2.17)

**Decreto del Presidente della Regione Lazio 6 febbraio 2017, n. T00023** Nomina del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone - DGR 28/2017. (BUR n. 4 del 16.2.17)

**Decreto del Presidente della Regione Lazio 7 febbraio 2017, n. T00025** Differimento della scadenza della nomina del Direttore Generale dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria ARES 118. (BUR n. 15 del 21.2.17)

**Decreto del Commissario ad Acta 7 febbraio 2017, n. U00044 -** Modifiche al Decreto del Commissario ad Acta n. U00359 del 16.11.2016 concernente "Revoca del Decreto del Commissario ad Acta n. U00127 del 27.3.2015. Modifica al Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10.2.1011 in materia di requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie." (BUR n. 15 del 21.2.17)

## **LIGURIA**

**DGR 20.1.17, n. 29 -** Modifica alle Linee Guida per l'organizzazione e l'attuazione dei corsi di formazione per medici da adibire ai servizi di emergenza sanitaria territoriale (118).(BUR n. 7 del 15.2.17)

**DGR 26.1.17 n. 55 -** Indirizzi per il Piano regionale demenze. Determinazione di ARS n.105/2016. (BUR n. 7 del 15.2.17)

## **MOLISE**

**PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA**

**PUGLIA**

**DGR 7.2.17, n. 137** - Osservatorio Epidemiologico Regionale – Rinnovo protocollo di Intesa per le attività riferite al quinquennio 2017-2021. (BUR n. 22 del 17.2.17)

**DGR 7.2.17, n. 138-** Sistema Informativo Regionale per la Gestione Informatizzata dell’Anagrafe dei Soggetti Vaccinati e delle Attività Vaccinali (GIAVA) – Aggiornamento Quadro Economico – Modifica DGR n.1341/2015. (BUR n. 22 del 17.2.17)

**DGR 13.12.16, n. 2039** - LL.RR. nn. 14/85 e 4/2010:“Istituzione dell’Osservatorio Epidemiologico Regionale”. DGR 708/2010: Istituzione del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) – Nomina componenti quadriennio 2017-2020. (BUR n. 23 del 21.2.17)

**DGR 13.12.16, n. 2044** - Deliberazione di Giunta regionale n. 135 del 23/02/2016 relativa alla definizione tariffa prestazioni in regime di ricovero e day – service con la tecnologia “Cyber – knife”. Costituzione tavolo tecnico. Modifica e integrazione della D.G.R. n. 135/2016 (BUR n. 23 del 21.2.17)

**DGR 13.12.16 , n. 2048** . D.G.R. 15/12/2009 n. 2485 – Malattie rare - D.M. n. 279 del 18 maggio 2001 –Accordo Stato - Regioni del 10 maggio 2007 – Istituzione Centro di assistenza e ricerca sovraziendale. Sostituzione e integrazione componenti Coordinamento regionale. (BUR n. 23 del 21.2.17)

**DGR 21.12. 16, n. 2159** . D.G.R. n. 933 del 10/5/2011 – “Accordo Stato-Regioni 10 febbraio 2011 – Piano d’indirizzo per la Riabilitazione – Recepimento. Istituzione Coordinamento Regionale per la Rete della Riabilitazione e nomina componenti”. Sostituzione e integrazione componenti Coordinamento regionale. (BUR n. 23 del 21.2.17)

**DGR 7.2.17, n. 127** - Delibera CIPE 122/2015 – Approvazione definitiva del Progetto - FSN 2011-2012-2013 Assistenza Sanitaria Isole Minori. (BUR n. 23 del 21.2.17)

**DGR 14.2.17, n. 177** - Misure urgenti per la razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale - Interventi volti ad incrementare l’appropriatezza prescrittiva dei farmaci Antibiotici. (BUR n. 25 del 24.2.17)

**SICILIA**

**DD 13 gennaio 2017.** Definizione delle caratteristiche tecniche dei tracciati integrativi del Modello di controllo di gestione regionale.(GURS n. 8 del 24.2.17)

**DASS 20 dicembre 2016** - Rimodulazione delle tariffe relative alle prestazioni dei medici anestesisti/rianimatori e degli infermieri, dipendenti del SSR, impegnati in incentivazione nell’ambito del sistema di emergenza – urgenza 118 della Sicilia. .(GURS n. 8 del 24.2.17)

**DASS 30 gennaio 2017** - Ricostituzione dell’Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica. .(GURS n. 8 del 24.2.17)

**TOSCANA**

**MOZIONE 1 febbraio 2017, n. 631** - In merito al progetto regionale collegato al trattamento sanitario ed assistenziale delle persone con lesione midollare. (BUR n. 7 del 15.2.17)

**VENETO**

**DGR 7.2.17, n. 114** - Approvazione delle linee generali del "Progetto di Change Management" a supporto del processo di trasformazione del Servizio Socio-Sanitario del Veneto. L.R. n. 19 del 25/10/2016. (BUR n. 19 del 21.2.17)

**PIEMONTE**

**D.D. 14 febbraio 2017, n. 102** Approvazione della modulistica per l'iscrizione all'Albo regionale dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio, ai sensi dell'art. 8 della L.R. 4/2016 e della disciplina della Albo regionale dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio di cui alla D.G.R. 8-4622 del 06-2-2017. (BUR n 8 del 23.2.17)

# PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 28 FEBBRAIO 2017, arretrati compresi

## DIFESA DELLO STATO

### AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

**DELIBERA 21 dicembre 2016 .** Attuazione dell'articolo 1, commi 65 e 67, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, per l'anno 2017. (Delibera n. 1377/2016). (GU n. 43 del 21.2.17)

#### IL CONSIGLIO DELL'AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Visto l'art. 19 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, che dispone la soppressione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture i cui compiti e le funzioni sono stati trasferiti all'Autorità nazionale anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza, ridenominata dalla stessa normativa Autorità nazionale anticorruzione (A.N.AC.);

Visto l'art. 19, comma 8, del decreto-legge n. 90/2014, che dispone che «Allo svolgimento dei compiti di cui ai commi 2 e 5, il presidente dell'A.N.AC. provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie della soppressa Autorità di vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture»; Vista la legge 23 dicembre 2005, n. 266 e, in particolare, l'art. 1, comma 65, che pone le spese di funzionamento dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici a carico del mercato di competenza, per la parte non coperta dal finanziamento a carico del bilancio dello Stato;

Visto l'art. 213, comma 12, del decret legislativo n. 50/2016 che lascia invariato il sistema di autofinanziamento dell'A.N.AC. ai sensi dell'art. 1, comma 67, legge 23 dicembre 2005, n. 266, ovvero che «... ai fini della copertura dei costi relativi al proprio funzionamento di cui al comma 65 determina annualmente l'ammontare delle contribuzioni ad essa dovute dai soggetti, pubblici e privati, sottoposti alla sua vigilanza, nonché le relative modalità di riscossione, ...»;

Visto l'art. 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, che prevede la restituzione delle somme trasferite all'Autorità garante della concorrenza e del mercato nel triennio 2010-2012 ai sensi dell'art. 2, comma 241, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 ed, in particolare, la restituzione di 14,7 milioni di euro, in 10 annualità costanti a partire dal 2015;

Visto l'art. 19, comma 6, del decreto-legge n. 90/2014, che dispone: «Le somme versate a titolo di pagamento delle sanzioni amministrative di cui al comma 5, lettera b) , restano nella disponibilità dell'Autorità nazionale anticorruzione e sono utilizzabili per le proprie attività istituzionali»;

Visto l'art. 209, comma 12, del decreto legislativo n. 50/2016 in base al quale entro quindici giorni dalla pronuncia del lodo arbitrale, va versato direttamente all'A.N.AC., a cura degli arbitri e a carico delle parti, una somma pari all'uno per mille del valore della controversia arbitrale;

Vista la legge 1° dicembre 2016, n. 225, di conversione del decreto-legge n. 193/2016, art. 7 -ter , che prevede che «... non trova applicazione, nel limite di 1 milione di euro per l'anno 2016 e di 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2017, per l'Autorità nazionale anticorruzione, il vincolo di riduzione delle spese di funzionamento di cui all'art. 19, comma 3, lettera c) , del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114»;

Visto il Piano di riordino predisposto dal presidente dell'Autorità ai sensi dell'art. 19, comma 3 del decret legge n. 90/2014 e approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° febbraio 2016;

Vista legge di stabilità 2017, approvata dal Parlamento;

Visto la legge «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019», approvata dal Parlamento e, in particolare, lo stato di previsione della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze da cui risulta (cap. 2116) che all'Autorità venga

assegnata la somma di € 4.268.826 per l'anno 2017, di € 4.229.355 per l'anno 2018 e di € 4.268.826 per l'anno 2019;

Ritenuta la necessità di coprire, per l'anno 2017, i costi di funzionamento dell'Autorità, per la parte non finanziata dal bilancio dello Stato, mediante ricorso al mercato di competenza nel rispetto comunque del limite massimo dello 0,4 per cento del valore complessivo del mercato stesso così come previsto, dall'art. 1, comma 67, della legge n. 266/2005;

Considerato che l'art. 1, comma 65 della legge n. 266/2005 dispone che le deliberazioni con le quali sono fissati i termini e le modalità di versamento sono sottoposte al Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il Ministro dell'economia e delle finanze, per l'approvazione con proprio decreto entro venti giorni dal ricevimento e che, decorso tale termine senza che siano state formulate osservazioni, dette deliberazioni divengono esecutive; Delibera:

#### Art. 1. Soggetti tenuti alla contribuzione

1. Sono obbligati alla contribuzione a favore dell'Autorità, nell'entità e con le modalità previste dal presente provvedimento, i seguenti soggetti pubblici e privati:

- a) le stazioni appaltanti di cui all'art. 3, comma 1, lettera o), del decreto legislativo n. 50/2016, anche nel caso in cui la procedura di affidamento sia espletata all'estero;
- b) gli operatori economici, di cui all'art. 3, comma 1, lettera p), del decreto legislativo n. 50/2016 che intendano partecipare a procedure di scelta del contraente attivate dai soggetti di cui alla lettera a);
- c) le società organismo di attestazione di cui all'art. 84 del decreto legislativo n. 50/2016.

#### Art. 2. Entità della contribuzione

1. I soggetti di cui all'art. 1, lettere a) e b), sono tenuti a versare a favore dell'Autorità, con le modalità e i termini di cui all'art. 3 del presente provvedimento, i seguenti contributi in relazione all'importo posto a base di gara:

Importo posto a base di gara	Quota stazioni appaltanti	Quota operatori economici
Inferiore a € 40.000	E	sente
Uguale o maggiore a € 40.000 e inferiore a € 150.000	€ 30,00	Esente
Uguale o maggiore a € 150.000 e inferiore a € 300.000	€ 225,00	€ 20,00
Uguale o maggiore a € 300.000 e inferiore a € 500.000	€ 35,00	Uguale o maggiore a € 800.000
Uguale o maggiore a € 500.000 e inferiore a € 800.000	€ 375,00	€ 70,00
Uguale o maggiore a € 800.000 e inferiore a € 1.000.000	€ 80,00	Uguale o maggiore a € 1.000.000 e inferiore a € 5.000.000
Uguale o maggiore a € 1.000.000 e inferiore a € 5.000.000	€ 600,00	€ 140,00
Uguale o maggiore a € 5.000.000 e inferiore a € 20.000.000	€ 800,00	€ 00,00
Uguale o maggiore a € 20.000.000	€ 500,00	

2. I soggetti di cui all'art. 1, lettera c) sono tenuti a versare a favore dell'Autorità un contributo pari al 2% dei ricavi risultanti dal bilancio approvato relativo all'ultimo esercizio finanziario.

#### Art. 3. Modalità e termini di versamento della contribuzione

1. I soggetti di cui all'art. 1, lettera a), sono tenuti al pagamento della contribuzione entro il termine di scadenza del bollettino MAV (pagamento mediante avviso), emesso dall'Autorità con cadenza quadrimestrale, per un importo complessivo pari alla somma delle contribuzioni dovute per tutte le procedure attivate nel periodo.

2. I soggetti di cui all'art. 1, lettera b), sono tenuti al pagamento della contribuzione quale condizione di ammissibilità alla procedura di selezione del contraente. Essi sono tenuti a dimostrare, al momento della presentazione dell'offerta, di avere versato la somma dovuta a titolo di contribuzione. La mancata dimostrazione dell'avvenuto versamento di tale somma è causa di esclusione dalla procedura di scelta del contraente ai sensi dell'art. 1, comma 67 della legge n. 266/2005.

3. I soggetti di cui all'art. 1, lettera c), sono tenuti al pagamento della contribuzione dovuta entro novanta giorni dall'approvazione del proprio bilancio. Decorso tale termine detti soggetti possono chiedere la rateizzazione dei contributi dovuti, previa corresponsione degli interessi legali, a condizione che l'ultima rata abbia scadenza non oltre il 31 dicembre 2017.

4. Per ciascuna procedura di scelta del contraente per contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, suddivisa in più lotti, l'importo dovuto dalle stazioni appaltanti verrà calcolato applicando la contribuzione corrispondente al valore complessivo posto a base di gara.

5. Gli operatori economici che partecipano a procedure di scelta del contraente per contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, suddivise in più lotti, devono versare il contributo, nella misura di cui all'art. 2, comma 1, corrispondente al valore di ogni singolo lotto per il quale presentano offerta.

6. Ai fini del versamento delle contribuzioni, i soggetti vigilati debbono attenersi alle istruzioni operative pubblicate sul sito dell'Autorità.

**Art. 4. Riscossione coattiva e interessi di mora**

1. Il mancato pagamento della contribuzione da parte dei soggetti di cui all'art. 1, lettere a) e c), secondo le modalità previste dal presente provvedimento, comporta l'avvio della procedura di riscossione coattiva, mediante ruolo, delle somme non versate sulle quali saranno dovute, oltre agli interessi legali, le maggiori somme ai sensi della normativa vigente. 2. Il mancato versamento dell'uno per mille, entro quindici giorni dalla pronuncia del lodo arbitrale, di cui all'art. 209, comma 12, del decreto legislativo n. 50/2016, comporta l'avvio della procedura di riscossione coattiva a carico delle parti, mediante ruolo, delle somme non versate sulle quali saranno dovute, oltre agli interessi legali, le maggiori somme ai sensi della normativa vigente.

**Art. 5. Indebiti versamenti**

1. In caso di versamento di contribuzioni non dovute ovvero in misura superiore a quella dovuta, è possibile presentare all'Autorità un'istanza motivata di rimborso corredata da idonea documentazione giustificativa.

**Art. 6. Disposizione finale** 1. Il presente provvedimento viene pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

**DELIBERA 8 febbraio 2017 – Modifica al regolamento sul finanziamento del Consiglio dell'Autorità nazionale anticorruzione. (Delibera n. 134). (GU n. 49 del 28.2.17)**

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

**DECRETO-LEGGE 17 febbraio 2017 , n. 13 .**

Disposizioni urgenti per l'accelerazione dei procedimenti in materia di protezione internazionale, nonché per il contrasto dell'immigrazione illegale. (GU n. 40 del 17.2.17)

**IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA**

Visti gli articoli 77 e 87 della Costituzione;

Ritenuta la straordinaria necessità ed urgenza di prevedere misure per la celere definizione dei procedimenti amministrativi innanzi alle Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale e per l'accelerazione dei relativi procedimenti giudiziari, nel rispetto del principio di effettività, in ragione dell'aumento esponenziale delle domande di protezione internazionale e dell'incremento del numero delle impugnazioni giurisdizionali;

Ravvisata, altresì, la straordinaria necessità ed urgenza di adottare misure idonee ad accelerare l'identificazione dei cittadini stranieri, per far fronte alle crescenti esigenze connesse alle crisi internazionali in atto e alla necessità di definire celermente la posizione giuridica di coloro che sono condotti nel territorio nazionale in occasione di salvataggi in mare o sono comunque rintracciati nel territorio nazionale;

Ritenuta, infine, la straordinaria necessità ed urgenza di potenziare la rete dei centri di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e di assicurare al Ministero dell'interno le risorse necessarie per garantire la effettività dell'esecuzione dei provvedimenti di espulsione e allontanamento dei cittadini stranieri in posizione di soggiorno irregolare; Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 10 febbraio 2017; Su proposta del Presidente

del Consiglio dei ministri, del Ministro dell'interno e del Ministro della giustizia, di concerto con i Ministri degli affari esteri e della cooperazione internazionale e dell'economia e delle finanze;  
E MANA il seguente decreto-legge:

## Capo I

### ISTITUZIONE DI SEZIONI SPECIALIZZATE IN MATERIA DI IMMIGRAZIONE, PROTEZIONE INTERNAZIONALE E LIBERA CIRCOLAZIONE DEI CITTADINI DELL'UNIONE EUROPEA

Art. 1. Istituzione delle sezioni specializzate in materia di immigrazione, protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea 1. Sono istituite presso i tribunali ordinari di Bari, Bologna, Brescia, Cagliari, Catania, Catanzaro, Firenze, Lecce, Milano, Palermo, Roma, Napoli, Torino e Venezia sezioni specializzate in materia di immigrazione, protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea, senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica né incrementi di dotazioni organiche.

#### Art. 2. Composizione delle sezioni e degli organi giudicanti

1. I giudici che compongono le sezioni specializzate sono scelti tra i magistrati dotati di specifiche competenze. La Scuola superiore della magistratura organizza, in collaborazione con l'ufficio europeo di sostegno per l'asilo, istituito dal regolamento (UE) n. 439/2010 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 19 maggio 2010, e con l'Alto commissariato delle Nazioni unite per i rifugiati, corsi di formazione per i magistrati che intendono acquisire una particolare specializzazione in materia. Ai fini dell'assegnazione alle sezioni specializzate, è data preferenza ai magistrati che, per essere stati già addetti alla trattazione dei procedimenti di cui all'articolo 3 per almeno due anni ovvero per avere partecipato ai corsi di cui al periodo precedente o per altra causa, abbiano una particolare competenza in materia. È considerata positivamente, per le finalità di cui al periodo precedente, la conoscenza della lingua inglese. Nei tre anni successivi all'assegnazione alla sezione specializzata, i giudici devono partecipare almeno una volta l'anno a sessioni di formazione professionale organizzate a norma del secondo periodo del presente comma. Per gli anni successivi, i medesimi giudici hanno l'obbligo di partecipare, almeno una volta ogni biennio, ad un corso di aggiornamento professionale organizzato ai sensi del presente comma. I corsi prevedono specifiche sessioni dedicate alla valutazione delle prove, ivi incluse le tecniche di svolgimento del colloquio.

2. All'organizzazione delle sezioni specializzate provvede, nel rispetto del principio di specializzazione e anche in deroga alle norme vigenti relative al numero dei giudici da assegnare alle sezioni e fermi restando i limiti del ruolo organico della magistratura ordinaria, il Consiglio superiore della magistratura, con delibera da adottarsi entro la scadenza del termine di cui all'articolo 21, comma 1.

3. Con deliberazione del Consiglio superiore della magistratura sono stabilite le modalità con cui è assicurato, con cadenza annuale, lo scambio di esperienze giurisprudenziali e di prassi applicative tra i presidenti delle sezioni specializzate. A tal fine è autorizzata la spesa di 6.785 euro a decorrere dall'anno 2017.

#### Art. 3. Competenza per materia delle sezioni specializzate

1. Le sezioni specializzate sono competenti:

a) per le controversie in materia di mancato riconoscimento del diritto di soggiorno sul territorio nazionale in favore dei cittadini degli altri Stati membri dell'Unione europea o dei loro familiari di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30;

b) per le controversie aventi ad oggetto l'impugnazione del provvedimento di allontanamento dei cittadini degli altri Stati membri dell'Unione europea o dei loro familiari per motivi imperativi di pubblica sicurezza e per gli altri motivi di pubblica sicurezza di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30, ovvero per i motivi di cui all'articolo 21 del medesimo decreto legislativo, nonché per i procedimenti di convalida dei provvedimenti previsti dall'articolo 20 -ter del decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30;

c) per le controversie in materia di riconoscimento della protezione internazionale di cui all'articolo 35 del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25, per i procedimenti per la convalida del provvedimento con il quale il questore dispone il trattenimento o la proroga del trattenimento del richiedente protezione internazionale, adottati a norma dell'articolo 6, comma 5, del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, e dell'articolo 10 -ter del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, come introdotto dal presente decreto, nonché dell'articolo 28 del regolamento UE n. 604/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 giugno 2013, nonché per la convalida dei provvedimenti di cui all'articolo 14, comma 6, del predetto decreto legislativo n. 142 del 2015;

d) per le controversie in materia di riconoscimento della protezione umanitaria nei casi di cui all'articolo 32, comma 3, del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25;

e) per le controversie in materia di diniego del nulla osta al ricongiungimento familiare e del permesso di soggiorno per motivi familiari, nonché relative agli altri provvedimenti dell'autorità amministrativa in materia di diritto all'unità familiare, di cui all'articolo 30, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.

2. Le sezioni specializzate sono altresì competenti per le controversie in materia di accertamento dello stato di apolidia.

3. Le sezioni specializzate sono altresì competenti per le cause e i procedimenti che presentano ragioni di connessione con quelli di cui ai commi 1 e 2.

4. In deroga a quanto previsto dall'articolo 50 -bis , primo comma, numero 3), del codice di procedura civile, nelle controversie di cui al presente articolo il tribunale giudica in composizione monocratica.

Art. 4. Competenza territoriale delle sezioni

1. Le controversie e i procedimenti di cui all'articolo 3, comma 1, sono assegnate alle sezioni specializzate secondo il seguente criterio:

a) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio del distretto della Corte di appello di Bari è competente la sezione specializzata di Bari;

b) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio delle Regioni Emilia-Romagna e Marche è competente la sezione specializzata di Bologna;

c) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio del distretto della Corte di appello di Brescia è competente la sezione specializzata di Brescia;

d) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio della Regione Sardegna è competente la sezione specializzata di Cagliari;

e) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio delle province di Catania, Enna, Messina, Ragusa e Siracusa: è competente la sezione specializzata di Catania;

f) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio della Regione Calabria è competente la sezione specializzata di Catanzaro;

g) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio delle Regioni Toscana e Umbria è competente la sezione specializzata di Firenze;

h) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio della Regione Basilicata e del distretto della Corte di appello di Lecce è competente la sezione specializzata di Lecce;

i) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio del distretto della Corte di appello di Milano è competente la sezione specializzata di Milano;

l) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio delle province di Agrigento, Caltanissetta, Palermo e Trapani: è competente la sezione specializzata di Palermo;

m) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio della Regione Lazio e della Regione Abruzzo è competente la sezione specializzata di Roma;

n) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio delle Regioni Campania e Molise è competente la sezione specializzata di Napoli;

o) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio delle Regioni Liguria, Piemonte e Valle d'Aosta è competente la sezione specializzata di Torino;

p) quando il luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato è compreso nel territorio delle Regioni Friuli-Venezia Giulia, Trentino e Veneto è competente la sezione specializzata di Venezia.

2. Per l'assegnazione delle controversie di cui all'articolo 35 del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25, l'autorità di cui al comma 1 è costituita dalla commissione territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale o dalla sezione che ha pronunciato il provvedimento impugnato ovvero il provvedimento del quale è stata dichiarata la revoca o la cessazione.

3. Nel caso di ricorrenti presenti in una struttura di accoglienza governativa o in una struttura del sistema di protezione di cui all'articolo 1 -sexies del decreto-legge 30 dicembre 1989, n. 416, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 39, ovvero trattenuti in un centro di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, si applica il criterio previsto dal comma 1, avendo riguardo al luogo in cui la struttura o il centro ha sede.

4. Per l'assegnazione dei procedimenti di cui all'articolo 14, comma 6, del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, si applica il criterio di cui al comma 1, avendo riguardo al luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento soggetto a convalida.

5. Le controversie di cui all'articolo 3, comma 2, sono assegnate secondo il criterio previsto dal comma 1, avendo riguardo al luogo in cui l'attore ha la dimora.

Art. 5. Competenze del Presidente della sezione specializzata

1. Nelle materie di cui all'articolo 3, le competenze riservate dalla legge al Presidente del tribunale spettano al Presidente delle rispettive sezioni specializzate.

Capo II

MISURE PER LA SEMPLIFICAZIONE E L'EFFICIENZA DELLE PROCEDURE INNANZI ALLE COMMISSIONI TERRITORIALI PER IL RICONOSCIMENTO DELLA PROTEZIONE INTERNAZIONALE E DI INTEGRAZIONE DEI CITTADINI STRANIERI NONCHÉ PER LA SEMPLIFICAZIONE E L'EFFICIENZA DEI PROCEDIMENTI GIUDIZIARI DI RICONOSCIMENTO DELLO STATUS DI PERSONA INTERNAZIONALMENTE PROTETTA E DEGLI ALTRI PROCEDIMENTI GIUDIZIARI CONNESSI AI FENOMENI DELL'IMMIGRAZIONE. MISURE DI SUPPORTO AD INTERVENTI EDUCATIVI NELLA MATERIA DELL'ESECUZIONE PENALE ESTERNA E DI MESSA ALLA PROVA

Art. 6. Modifiche al decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25

1. Al decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 11, il comma 3 è sostituito dai seguenti: «3. Le notificazioni degli atti e dei provvedimenti del procedimento per il riconoscimento della protezione internazionale sono validamente effettuate nell'ultimo domicilio comunicato dal richiedente ai sensi del comma 2 e dell'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, ovvero presso il centro o la struttura in cui il richiedente è accolto o trattenuto ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del medesimo decreto legislativo.

3 -bis. Salvo quanto previsto ai commi 3 -ter e 3 -quater, le notificazioni degli atti e dei provvedimenti del procedimento per il riconoscimento della protezione internazionale all'ultimo domicilio comunicato dal richiedente sono effettuate da parte della Commissione territoriale a mezzo del servizio postale secondo le disposizioni della legge 20 novembre 1982, n. 890, e successive modificazioni. In caso di inidoneità del domicilio dichiarato o comunicato ai sensi

dell'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, la notificazione si intende eseguita nel momento in cui perviene alla Commissione territoriale l'avviso di ricevimento da cui risulta l'impossibilità della notificazione.

3 -ter . Quando il richiedente è accolto o trattenuto nei centri o nelle strutture di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, gli atti e i provvedimenti del procedimento per il riconoscimento della protezione internazionale sono notificati, in forma di documento informatico sottoscritto con firma digitale o di copia informatica per immagine del documento cartaceo, mediante posta elettronica certificata all'indirizzo del responsabile del centro o della struttura, il quale ne cura la consegna al destinatario, facendone sottoscrivere ricevuta. Dell'avvenuta notificazione il responsabile del centro o della struttura dà immediata comunicazione alla Commissione territoriale mediante messaggio di posta elettronica certificata contenente la data e l'ora della notificazione medesima. Ove il richiedente rifiuti di ricevere l'atto o di sottoscrivere la ricevuta ovvero la consegna di copia dell'atto al richiedente sia impossibile per irreperibilità dello stesso, il responsabile del centro o della struttura ne dà immediata comunicazione alla Commissione territoriale mediante posta elettronica certificata. La notificazione si intende eseguita nel momento in cui il messaggio di posta elettronica certificata di cui al periodo precedente diviene disponibile nella casella di posta elettronica certificata della Commissione territoriale.

3 -quater . Le notificazioni degli atti e dei provvedimenti del procedimento possono altresì eseguirsi, a mezzo posta elettronica certificata, all'indirizzo di posta elettronica certificata a tal fine indicato dal richiedente. L'atto o il provvedimento è notificato nelle forme del documento informatico sottoscritto con firma digitale o di copia per immagine del documento cartaceo. Quando il messaggio di posta elettronica certificata non è consegnabile per causa imputabile al destinatario, la comunicazione si intende eseguita nel momento in cui nella casella di posta elettronica della Commissione territoriale diviene disponibile l'avviso di mancata consegna a norma dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 2005, n. 68.

3 -quinquies . Quando la notificazione è eseguita ai sensi dei commi 3 -bis, secondo periodo, 3 -ter , quarto periodo, e 3 -quater, terzo periodo, copia dell'atto notificato è reso disponibile al richiedente presso la Commissione territoriale.

3 -sexies . Ai fini di cui al presente articolo, il richiedente è informato, a cura della questura, al momento della dichiarazione di domicilio ai sensi dell'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, che in caso di inidoneità del domicilio dichiarato o comunicato le notificazioni saranno eseguite secondo quanto disposto dal presente articolo. Allo stesso modo si procede quando il richiedente dichiara di voler ricevere le notificazioni ad un indirizzo di posta elettronica certificata. Al momento dell'ingresso nei centri o nelle strutture di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, il richiedente è informato, a cura del responsabile del centro o della struttura, che le notificazioni saranno effettuate presso il centro o la struttura e che, in caso di allontanamento ingiustificato o di sottrazione alla misura del trattenimento, le notificazioni saranno eseguite secondo quanto disposto dal presente articolo.

3 -septies. Nello svolgimento delle operazioni di notificazione di cui al comma 3 -ter, il responsabile del centro o della struttura è considerato pubblico ufficiale ad ogni effetto di legge.»;

b) all'articolo 12, il comma 1 è sostituito dal seguente: «1. Le Commissioni territoriali dispongono l'audizione dell'interessato tramite comunicazione effettuata con le modalità di cui all'articolo 11, commi 3 -bis , 3 -ter e 3 -quater .»;

c) l'articolo 14 è sostituito dal seguente: «Art. 14 (Verbale del colloquio personale) . — 1. Il colloquio è videoregistrato con mezzi audiovisivi e trascritto in lingua italiana con l'ausilio di sistemi automatici di riconoscimento vocale. Della trascrizione del colloquio è data lettura al richiedente in una lingua a lui comprensibile e in ogni caso tramite interprete. L'interprete, subito dopo la conclusione del colloquio, verifica la correttezza della trascrizione ed apporta le correzioni necessarie, tenuto conto delle osservazioni dell'interessato, anche relative alla sussistenza di eventuali errori di trascrizione o di traduzione, delle quali è, in ogni caso, dato atto in calce al verbale di trascrizione.

2 . Il verbale della trascrizione è sottoscritto dal presidente o dal componente della Commissione territoriale che ha condotto il colloquio e dall'interprete. Il richiedente sottoscrive eventuali osservazioni riportate in calce ai sensi del comma 1.

3. Copia informatica del file contenente la videoregistrazione e del verbale della trascrizione sono conservati, per almeno tre anni, in un apposito archivio informatico del Ministero dell'interno, con modalità che ne garantiscono l'integrità, la non modificabilità e la certezza temporale del momento in cui sono stati formati.

4. Il richiedente riceve copia della trascrizione in lingua italiana.

5 . In sede di ricorso giurisdizionale avverso la decisione della Commissione territoriale, la videoregistrazione e il verbale di trascrizione sono resi disponibili all'autorità giudiziaria in conformità alle specifiche tecniche di cui al comma 8 ed è consentito al richiedente l'accesso alla videoregistrazione.

6 . La commissione territoriale adotta idonee misure per garantire la riservatezza dei dati che riguardano l'identità e le dichiarazioni dei richiedenti.

7. Quando il colloquio non può essere videoregistrato, per motivi tecnici, dell'audizione è redatto verbale sottoscritto dal richiedente e si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni del presente articolo. Del motivo per cui il colloquio non può essere videoregistrato è dato atto nel verbale. Il rifiuto di sottoscrivere il contenuto del verbale e le motivazioni di tale rifiuto sono registrati nel verbale stesso e non ostano a che l'autorità decidente adotti una decisione.

8 . Le specifiche tecniche di cui al comma 5 sono stabilite d'intesa tra i Ministeri della giustizia e dell'interno, con decreto direttoriale, da adottarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente articolo, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sui siti internet dei medesimi Ministeri. Il provvedimento è adottato sentito, limitatamente ai profili inerenti alla protezione dei dati personali, il Garante per la protezione dei dati personali.»;

d) all'articolo 32, comma 4, le parole: «salvo gli effetti dell'articolo 19, commi 4 e 5, del decreto legislativo 1° settembre 2011, n. 150» sono sostituite dalle seguenti: «salvo gli effetti dell'articolo 35 -bis , commi 3 e 4»;

e) all'articolo 33, è aggiunto, in fine, il seguente comma: «3 -bis. La Commissione nazionale provvede alle notificazioni degli atti e dei provvedimenti del procedimento di revoca o cessazione della protezione internazionale con le modalità di cui all'articolo 11. Ove ricorrano motivi di ordine e sicurezza pubblica ovvero di sicurezza nazionale, le notificazioni possono essere eseguite a mezzo delle forze di polizia.»;

f) all'articolo 35, sono apportate le seguenti modificazioni: 1 ) al comma 2, le parole: «dall'articolo 19 del decreto legislativo 1° settembre 2011, n. 150» sono sostituite dalle seguenti: «dall'articolo 35 -bis »; 2) al comma 2 -bis , le parole: «dell'articolo 19, comma 9 -bis , del decreto legislativo 1° settembre 2011, n. 150» sono sostituite dalle seguenti: «dell'articolo 35 bis , commi 4 e 13»; g) dopo l'articolo 35 è inserito il seguente: «Art. 35 -bis (Delle controversie in materia di riconoscimento della protezione internazionale) . — 1. Le controversie aventi ad oggetto l'impugnazione dei provvedimenti previsti dall'articolo 35, sono regolate dalle disposizioni di cui agli articoli 737 e seguenti del codice di procedura civile, ove non diversamente disposto dal presente articolo.

2. Il ricorso è proposto, a pena di inammissibilità, entro trenta giorni dalla notificazione del provvedimento, ovvero entro sessanta giorni se il ricorrente risiede all'estero, e può essere depositato anche a mezzo del servizio postale ovvero per il tramite di una rappresentanza diplomatica o consolare italiana. In tal caso l'autenticazione della sottoscrizione e l'inoltro all'autorità giudiziaria italiana sono effettuati dai funzionari della rappresentanza e le comunicazioni relative al procedimento sono effettuate presso la medesima rappresentanza. La procura speciale al difensore è rilasciata altresì dinanzi all'autorità consolare. Nei casi di cui all'articolo 28 -bis , comma 2, e nei casi in cui nei confronti del ricorrente è stato adottato un provvedimento di trattenimento ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, i termini previsti dal presente comma sono ridotti della metà.

3. La proposizione del ricorso sospende l'efficacia esecutiva del provvedimento impugnato, tranne che nelle ipotesi in cui il ricorso viene proposto: a) da parte di un soggetto nei cui confronti è stato adottato un provvedimento di trattenimento in un centro di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286; b) avverso il provvedimento che dichiara inammissibile la domanda di riconoscimento della protezione internazionale; c) avverso il provvedimento di rigetto per manifesta infondatezza ai sensi dell'articolo 32, comma 1, lettera b -bis ); d) avverso il provvedimento adottato nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 28 -bis , comma 2, lettera c) .

4. Nei casi previsti dal comma 3, lettere a) , b) , c) e d) , l'efficacia esecutiva del provvedimento impugnato può essere sospesa, quando ricorrono gravi e circostanziate ragioni e assunte, ove occorra, sommarie informazioni, con decreto motivato, pronunciato entro cinque giorni dalla presentazione dell'istanza di sospensione e senza la preventiva convocazione della controparte. Il decreto con il quale è concessa o negata la sospensione del provvedimento impugnato è notificato, a cura della cancelleria e con le modalità di cui al comma 6, unitamente all'istanza di sospensione. Entro cinque giorni dalla notificazione le parti possono depositare note difensive. Entro i cinque giorni successivi alla scadenza del termine di cui al periodo precedente possono essere depositate note di replica. Qualora siano state depositate note ai sensi del terzo e quarto periodo del presente comma, il giudice, con nuovo decreto, da emettersi entro i successivi cinque giorni, conferma, modifica o revoca i provvedimenti già emanati. Il decreto emesso a norma del presente comma non è impugnabile. Nei casi di cui alle lettere b) , c) e d) , del comma 3 quando l'istanza di sospensione è accolta, al ricorrente è rilasciato un permesso di soggiorno per richiesta asilo.

5. La proposizione del ricorso o dell'istanza cautelare ai sensi del comma 4 non sospende l'efficacia esecutiva del provvedimento che dichiara, per la seconda volta, inammissibile la domanda di riconoscimento della protezione internazionale ai sensi dell'articolo 29, comma 1, lettera b) .

6 . Il ricorso è notificato, a cura della cancelleria, al Ministero dell'interno, presso la commissione o la sezione che ha adottato l'atto impugnato, nonché, limitatamente ai casi di cessazione o revoca della protezione internazionale, alla Commissione nazionale per il diritto di asilo; il ricorso è trasmesso al pubblico ministero, che, entro venti giorni, stende le sue conclusioni, a norma dell'articolo 738, secondo comma, del codice di procedura civile, rilevando l'eventuale sussistenza di cause ostative al riconoscimento dello status di rifugiato e della protezione sussidiaria.

7 . Il Ministero dell'interno, limitatamente al giudizio di primo grado, può stare in giudizio avvalendosi direttamente di propri dipendenti o di un rappresentante designato dal presidente della Commissione che ha adottato l'atto impugnato. Si applica, in quanto compatibile, l'articolo 417 -bis, secondo comma, del codice di procedura civile. Il Ministero dell'interno può depositare, entro venti giorni dalla notificazione del ricorso, una nota difensiva.

8 . La Commissione che ha adottato l'atto impugnato è tenuta a rendere disponibili con le modalità previste dalle specifiche tecniche di cui al comma 16, entro venti giorni dalla notificazione del ricorso, copia della domanda di protezione internazionale presentata, della videoregistrazione di cui all'articolo 14, comma 1, del verbale di trascrizione della videoregistrazione redatto a norma del medesimo articolo 14, comma 1, nonché dell'intera documentazione comunque acquisita nel corso della procedura di esame di cui al Capo III, ivi compresa l'indicazione della documentazione sulla situazione socio-politico-economica dei Paesi di provenienza dei richiedenti di cui all'articolo 8, comma 3, utilizzata.

9 . Il procedimento è trattato in camera di consiglio. Per la decisione il giudice si avvale anche delle informazioni sulla situazione socio-politico-economica del Paese di provenienza previste dall'articolo 8, comma 3 che la Commissione nazionale aggiorna costantemente e rende disponibili all'autorità giudiziaria con modalità previste dalle specifiche tecniche di cui al comma 16.

10. È fissata udienza per la comparizione delle parti esclusivamente quando il giudice: a) visionata la videoregistrazione di cui al comma 8, ritiene necessario disporre l'audizione dell'interessato; b) ritiene indispensabile richiedere chiarimenti alle parti; c) dispone consulenza tecnica ovvero, anche d'ufficio, l'assunzione di mezzi di prova.

11. L'udienza è altresì disposta quando la videoregistrazione non è resa disponibile ovvero l'impugnazione si fonda su elementi non dedotti nel corso della procedura amministrativa di primo grado.

12. Il ricorrente può depositare una nota difensiva entro i venti giorni successivi alla scadenza del termine di cui al comma 7, terzo periodo.

13. Entro quattro mesi dalla presentazione del ricorso, il Tribunale decide, sulla base degli elementi esistenti al momento della decisione, con decreto che rigetta il ricorso ovvero riconosce al ricorrente lo status di rifugiato o di persona cui è accordata la protezione sussidiaria. Il decreto non è reclamabile. La sospensione degli effetti del provvedimento impugnato, di cui al comma 3, viene meno se con decreto, anche non definitivo, il ricorso è rigettato. La disposizione di cui al periodo precedente si applica anche relativamente agli effetti del provvedimento cautelare pronunciato a norma del comma 4. Il termine per proporre ricorso per cassazione è di giorni trenta e decorre dalla comunicazione del decreto a cura della cancelleria, da effettuarsi anche nei confronti della parte non costituita. La procura alle liti per la proposizione del ricorso per cassazione deve essere apposta in calce o a margine del medesimo ricorso e, qualora sia stata conferita al momento della proposizione del ricorso innanzi al tribunale, deve essere rinnovata, a pena di inammissibilità, nelle forme di cui al presente periodo. In caso di rigetto, la Corte di Cassazione decide sull'impugnazione entro sei mesi dal deposito del ricorso. Quando sussistono fondati motivi, il giudice che ha pronunciato il decreto impugnato può disporre la sospensione degli effetti del predetto decreto, con conseguente ripristino, in caso di sospensione di decreto di rigetto, della sospensione dell'efficacia esecutiva della decisione della Commissione. La sospensione di cui al periodo precedente è disposta su istanza di parte da depositarsi entro cinque giorni dalla proposizione del ricorso per cassazione. La controparte può depositare una propria nota difensiva entro cinque giorni dalla comunicazione, a cura della cancelleria, dell'istanza di sospensione. Il giudice decide entro i successivi cinque giorni con decreto non impugnabile.

14. La sospensione dei termini processuali nel periodo feriale non opera nei procedimenti di cui al presente articolo.

15. La controversia è trattata in ogni grado in via di urgenza.

16. Le specifiche tecniche di cui al comma 8 sono stabilite d'intesa tra i Ministeri della giustizia e dell'interno, con decreto direttoriale, da adottarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente articolo, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sui siti internet dei medesimi Ministeri.

17. Quando il ricorrente è ammesso al patrocinio a spese dello Stato e l'impugnazione ha ad oggetto una decisione adottata dalla Commissione territoriale ai sensi degli articoli 29 e 32, comma 1, lettera b -bis ), il giudice, quando rigetta integralmente il ricorso, indica nel decreto di pagamento adottato a norma dell'articolo 82 del decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002 n. 115, le ragioni per cui non ritiene le pretese del ricorrente manifestamente infondate ai fini di cui all'articolo 74, comma 2, del predetto decreto.

18. A decorrere dal trentesimo giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana del provvedimento con cui il responsabile dei sistemi informativi automatizzati del Ministero della giustizia attesta la piena funzionalità dei sistemi con riguardo ai procedimenti di cui al presente articolo, il deposito dei provvedimenti, degli atti di parte e dei documenti relativi ai medesimi procedimenti ha luogo esclusivamente con modalità telematiche, nel rispetto della normativa anche regolamentare concernente la sottoscrizione, la trasmissione e la ricezione dei documenti informatici. Resta salva la facoltà del ricorrente che risieda all'estero di effettuare il deposito con modalità non telematiche. In ogni caso, il giudice può autorizzare il deposito con modalità non telematiche quando i sistemi informatici del dominio giustizia non sono funzionanti e sussiste una indifferibile urgenza.».

Art. 7. Modifiche al decreto legislativo 1° settembre 2011, n. 150

1. Al decreto legislativo 1° settembre 2011, n. 150, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 16, comma 2, le parole: «del luogo ove dimora il ricorrente» sono sostituite dalle seguenti:

«sede della sezione specializzata in materia di immigrazione, protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea del luogo in cui il ricorrente ha la dimora»;

b) all'articolo 17, comma 2, le parole: «, in composizione monocratica,» sono sostituite dalle seguenti: «sede della sezione specializzata in materia di immigrazione protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea»;

c) l'articolo 19 è abrogato;

d) dopo l'articolo 19 è inserito il seguente: «Art. 19 -bis (Controversie in materia di accertamento dello stato di apolidia) . — 1. Le controversie in materia di accertamento dello stato di apolidia sono regolate dal rito sommario di cognizione.

2 . È competente il tribunale sede della sezione specializzata in materia di immigrazione, protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea del luogo in cui il ricorrente ha la dimora.»;

e) all'articolo 20, comma 2, le parole: «in composizione monocratica del luogo in cui il ricorrente ha la residenza» sono sostituite dalle seguenti: «sede della sezione specializzata in materia di immigrazione protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea, del luogo in cui ha sede l'autorità che ha adottato il provvedimento impugnato».

Art. 8. Modifiche al decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142 1 . Al decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 4, comma 1, le parole: «dell'articolo 19, commi 4 e 5, del decreto legislativo 1° settembre 2011, n. 150» sono sostituite dalle seguenti: «dell'articolo 35 -bis , commi 3 e 4, del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25»;

b) all'articolo 6: 1) al comma 3, le parole: «in attesa dell'esecuzione di un provvedimento di espulsione» fi no alla fi ne del periodo sono sostituite dalle seguenti: «in attesa dell'esecuzione di un provvedimento di respingimento o di espulsione ai sensi degli articoli 10, 13 e 14 del medesimo decreto legislativo, rimane nel centro quando vi sono fondati motivi per ritenere che la domanda è stata presentata al solo scopo di ritardare o impedire l'esecuzione del respingimento o dell'espulsione»;

2 ) al comma 5 le parole, ovunque ricorrano, «tribunale in composizione monocratica» sono sostituite dalle seguenti: «tribunale sede della sezione specializzata in materia di immigrazione protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea»;

3 ) al comma 5, dopo il terzo periodo sono inseriti i seguenti: «La partecipazione del richiedente all'udienza per la convalida avviene, ove possibile, a distanza mediante un collegamento audiovisivo, tra l'aula d'udienza e il centro di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 nel quale egli è trattenuto. Il collegamento audiovisivo si svolge in conformità alle specifiche tecniche stabilite con decreto direttoriale d'intesa tra i Ministeri della giustizia e dell'interno entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, e, in ogni caso, con modalità tali da assicurare la contestuale, effettiva e reciproca visibilità delle persone presenti in entrambi i luoghi e la possibilità di udire quanto vi viene detto. È sempre consentito al difensore, o a un suo sostituto, di essere presente nel luogo ove si trova il richiedente. Un operatore della polizia di Stato appartenente ai ruoli di cui all'articolo 39, secondo comma, della legge 1° aprile 1981, n.121, è presente nel luogo ove si trova il richiedente e ne attesta l'identità dando atto che non sono posti impedimenti o limitazioni all'esercizio dei diritti e delle facoltà a lui spettanti. Egli dà atto dell'osservanza delle disposizioni di cui al quarto periodo del presente comma nonché, se ha luogo l'audizione del richiedente, delle cautele adottate per assicurarne la regolarità con riferimento al luogo ove si trova. A tal fi ne interpella, ove occorra, il richiedente e il suo difensore. Delle operazioni svolte è redatto verbale a cura del medesimo operatore della polizia di Stato.»;

4) il comma 7 è sostituito dal seguente: « 7. Il richiedente trattenuto ai sensi dei commi 2 e 3 che presenta ricorso giurisdizionale avverso la decisione di rigetto della Commissione territoriale ai sensi dell'articolo 35 -bis del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25, e successive

modificazioni, rimane nel centro finché non all'adozione del provvedimento di cui al comma 4 del medesimo articolo 35 -bis, nonché per tutto il tempo in cui è autorizzato a rimanere nel territorio nazionale in conseguenza del ricorso giurisdizionale proposto.»;

c) all'articolo 14: 1) al comma 4, secondo periodo le parole: «ai sensi dell'articolo 19, commi 4 e 5, del decreto legislativo 1° settembre 2011, n. 150» sono sostituite dalle seguenti: «ai sensi dell'articolo 35 -bis, commi 3 e 4, del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25»; 2) al comma 4, terzo periodo, le parole: «Nei casi di cui all'articolo 19, comma 5, del decreto legislativo 1° settembre 2011, n. 150» sono sostituite dalle seguenti: «Nei casi di cui all'articolo 35 -bis, comma 4, del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25»; 3) al comma 5, le parole: «ai sensi dell'articolo 19, comma 5, del decreto legislativo 1° settembre 2011, n. 150,» sono sostituite dalle seguenti: «ai sensi dell'articolo 35 -bis, comma 4, del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25, e successive modificazioni,»;

4) al comma 6, le parole: «tribunale in composizione monocratica» sono sostituite dalle seguenti: «tribunale sede della sezione specializzata in materia di immigrazione protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea;»;

d) dopo l'articolo 22, è inserito il seguente: «Art. 22 -bis (Partecipazione dei richiedenti protezione internazionale ad attività di utilità sociale) . — 1. I prefetti promuovono, d'intesa con i Comuni, anche nell'ambito dell'attività dei Consigli territoriali per l'immigrazione di cui all'articolo 3, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e successive modificazioni, ogni iniziativa utile all'implementazione dell'impiego di richiedenti protezione internazionale, su base volontaria, in attività di utilità sociale in favore delle collettività locali, nel quadro delle disposizioni normative vigenti.

2. Ai fini di cui al comma 1, i prefetti promuovono la diffusione delle buone prassi e di strategie congiunte con i Comuni e le organizzazioni del terzo settore, anche attraverso la stipula di appositi protocolli di intesa.

3. Per il coinvolgimento dei richiedenti protezione internazionale nelle attività di cui al comma 1, i Comuni possono predisporre, anche in collaborazione con le organizzazioni del terzo settore, appositi progetti da finanziare con risorse europee destinate al settore dell'immigrazione e dell'asilo. I progetti presentati dai Comuni che prestano i servizi di accoglienza di cui all'articolo 1 -sexies del decreto-legge 30 dicembre 1989, n. 416, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 1990, n. 39, sono esaminati con priorità ai fini dell'assegnazione delle risorse di cui al presente comma.».

A rt. 9. Modifiche al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 in materia di permesso per motivi umanitari e di protezione internazionale

1. Al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 9: 1) il comma 1 -bis è sostituito dal seguente: «1 -bis. Il permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo rilasciato allo straniero titolare di protezione internazionale come definita dall'articolo 2, comma 1, lettera a) , del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, reca, nella rubrica “annotazioni”, la dicitura “protezione internazionale riconosciuta da [nome dello Stato membro] il [data]”. Se, successivamente al rilascio del permesso di soggiorno UE per soggiornante di lungo periodo allo straniero titolare di protezione internazionale, la responsabilità della protezione internazionale, secondo le norme internazionali e nazionali che ne disciplinano il trasferimento, è trasferita ad altro Stato membro prima del rilascio, da parte di tale Stato membro, del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, su richiesta dello stesso Stato, la dicitura “protezione internazionale riconosciuta da [nome dello Stato membro] il [data]” è aggiornata, entro tre mesi dalla richiesta, con l'indicazione dello Stato membro a cui la stessa è stata trasferita e la data del trasferimento. Se, successivamente al rilascio del permesso di soggiorno UE per soggiornante di lungo periodo, un altro Stato membro riconosce al soggiornante la protezione internazionale prima del rilascio, da parte di tale Stato membro, del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo, su richiesta dello stesso Stato, entro

tre mesi dalla richiesta, nella rubrica “annotazioni” è apposta la dicitura “protezione internazionale riconosciuta da [nome dello Stato membro] il [data]”»;

2) dopo il comma 11 è inserito il seguente: «11 -bis . Nei confronti dello straniero, il cui permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo riporta l’annotazione relativa alla titolarità di protezione internazionale, e dei suoi familiari, l’allontanamento è effettuato verso lo Stato membro che ha riconosciuto la protezione internazionale, previa conferma da parte di tale Stato della attualità della protezione. Nel caso ricorrano i presupposti di cui all’articolo 20 del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, l’allontanamento può essere effettuato fuori dal territorio dell’Unione europea, sentito lo Stato membro che ha riconosciuto la protezione internazionale, fermo restando il rispetto del principio di cui all’articolo 19, comma 1.»; b) all’articolo 29: 1 ) al comma 7, il primo periodo è sostituito dal seguente: «7. La domanda di nulla osta al ricongiungimento familiare, corredata della documentazione relativa ai requisiti di cui al comma 3, è inviata, con modalità informatiche, allo Sportello unico per l’immigrazione presso la prefettura - ufficio territoriale del Governo competente per il luogo di dimora del richiedente, il quale, con le stesse modalità, ne rilascia ricevuta»; 2) al comma 8, le parole: «entro centottanta giorni» sono sostituite dalle seguenti: «entro novanta giorni».

Art. 10. Modifiche al decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30

1. All’articolo 20 -ter del decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: «in composizione monocratica» sono sostituite dalle seguenti: «sede della sezione specializzata in materia di immigrazione protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell’Unione europea»;

b) sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Quando l’interessato è trattenuto in un centro di cui all’articolo 14 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, la sua partecipazione all’udienza per la convalida avviene, ove possibile, a distanza, mediante un collegamento audiovisivo, tra l’aula d’udienza e il centro. Il collegamento audiovisivo si svolge in conformità alle specifiche tecniche stabilite con decreto direttoriale d’intesa tra i Ministeri della giustizia e dell’interno entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, e, in ogni caso, con modalità tali da assicurare la contestuale, effettiva e reciproca visibilità delle persone presenti in entrambi i luoghi e la possibilità di udire quanto vi viene detto. È sempre consentito al difensore, o a un suo sostituto, di essere presente nel luogo ove si trova il richiedente. Un operatore della polizia di Stato appartenente ai ruoli di cui all’articolo 39, secondo comma, della legge 1° aprile 1981, n. 121, è presente nel luogo ove si trova il richiedente e ne attesta l’identità dando atto che non sono posti impedimenti o limitazioni all’esercizio dei diritti e delle facoltà a lui spettanti. Egli dà atto dell’osservanza delle disposizioni di cui al secondo periodo del presente comma nonché, se ha luogo l’audizione del richiedente, delle cautele adottate per assicurarne la regolarità con riferimento al luogo ove si trova. A tal fine interpella, ove occorra, il richiedente e il suo difensore. Delle operazioni svolte è redatto verbale a cura del medesimo operatore della polizia di Stato.».

Art. 11. Applicazioni straordinarie di magistrati per l’emergenza connessa con i procedimenti di riconoscimento dello status di persona internazionalmente protetta e altri procedimenti giudiziari connessi ai fenomeni dell’immigrazione

1 . In deroga alla disciplina degli articoli 110 e seguenti dell’ordinamento giudiziario, di cui al regio decreto 30 gennaio 1941, n. 12, e successive modificazioni, il Consiglio superiore della magistratura predispone un piano straordinario di applicazioni extradistrettuali diretto a fronteggiare l’incremento del numero di procedimenti giurisdizionali connessi con le richieste di accesso al regime di protezione internazionale e umanitaria da parte dei migranti presenti sul territorio nazionale e di altri procedimenti giudiziari connessi ai fenomeni dell’immigrazione. A tale fine il Consiglio procede all’individuazione degli uffici giudiziari sede della sezione specializzata in materia di immigrazione e protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell’Unione europea interessati dal maggiore incremento dei suddetti procedimenti e del numero dei magistrati

da applicare, fino a un massimo di venti unità, e stabilisce secondo criteri di urgenza le modalità per la procedura di interpello e la sua definizione.

2 . In deroga a quanto previsto dal comma 5 dell'articolo 110 dell'ordinamento giudiziario, di cui al regio decreto 30 gennaio 1941, n. 12, e successive modificazioni, l'applicazione ha durata di diciotto mesi, rinnovabile per un periodo non superiore a ulteriori sei mesi.

3 . Il magistrato applicato a seguito di disponibilità manifestata con riferimento agli interpelli di cui al comma 1 ha diritto, ai fini di futuri trasferimenti, a un punteggio di anzianità aggiuntivo pari a 0,10 per ogni otto settimane di effettivo esercizio di funzioni oltre alla misura del 50 per cento dell'indennità di cui all'articolo 2 della legge 4 maggio 1998, n. 133, e successive modificazioni. A tal fine è autorizzata la spesa di euro 391.209 per l'anno 2017, di euro 521.612 per l'anno 2018 e di euro 130.403 per l'anno 2019.

Art. 12. Assunzione di personale da destinare agli uffici delle Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale e della Commissione nazionale per il diritto di asilo

1. Per far fronte alle indifferibili esigenze di servizio, di particolare rilevanza e urgenza, in relazione agli impegni connessi all'eccezionale incremento del numero delle richieste di protezione internazionale e al fine di garantire la continuità e l'efficienza dell'attività degli uffici della Commissione nazionale per il diritto di asilo e delle Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale, il Ministero dell'interno è autorizzato, per il biennio 2017-2018, in aggiunta alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente, a bandire procedure concorsuali e, conseguentemente, ad assumere un contingente di personale a tempo indeterminato, altamente qualificato per l'esercizio di funzioni di carattere specialistico, appartenente alla terza area funzionale dell'Amministrazione civile dell'Interno, nel limite complessivo di 250 unità, anche in deroga alle procedure di mobilità previste dagli articoli 30 e 34 -bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. A tal fine, è autorizzata la spesa di 2.566.538 euro per l'anno 2017 e di 10.266.150 euro a decorrere dall'anno 2018.

Art. 13. Assunzione di funzionari della professionalità giuridico pedagogica, di servizio sociale e mediatore culturale

1. Al fine di supportare interventi educativi, programmi di inserimento lavorativo, misure di sostegno all'attività trattamentale e al fine di consentire il pieno espletamento delle nuove funzioni e compiti assegnati al Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità in materia di esecuzione penale esterna e di messa alla prova, il Ministero della giustizia, è autorizzato ad avviare nel biennio 2017-2018 le procedure concorsuali, anche previo scorrimento di graduatorie in corso di validità alla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'assunzione di un numero massimo di 60 unità di personale da inquadrare nella Area III dei profili di funzionario della professionalità giuridico pedagogico, di funzionario della professionalità di servizio sociale nonché di mediatore culturale e, comunque, nell'ambito dell'attuale dotazione organica del Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità.

2 . Le procedure di cui al comma 1, sono disposte in deroga ai limiti assunzionali previsti dalla normativa vigente in materia di turn over, alle previsioni di cui all'articolo 4, comma 5, del decreto-legge 31 agosto 2013 n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n.125, nonché in deroga all'articolo 30, comma 2 -bis , del decreto legislativo n. 165 del 2001.

3 . Per le finalità di cui al comma 1, è autorizzata la spesa di euro 1.200.000 per l'anno 2017 e di euro 2.400.000 a decorrere dall'anno 2018.

Art. 14. Disposizioni urgenti per la sicurezza e l'operatività della rete diplomatica e consolare

1 . Per il potenziamento della rete diplomatica e consolare nel continente africano, il contingente di cui all'articolo 152 del decreto del Presidente della Repubblica 5 gennaio 1967, n. 18, è incrementato di dieci unità. A tal fine è autorizzata la spesa di euro 101.500 per l'anno 2017, di euro 207.060 per l'anno 2018, di euro 242.604 a decorrere dall'anno 2019.

### Capo III

MISURE PER L'ACCELERAZIONE DELLE PROCEDURE DI IDENTIFICAZIONE E PER LA DEFINIZIONE DELLA POSIZIONE GIURIDICA DEI CITTADINI DI PAESI NON

## APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA NONCHÉ PER IL CONTRASTO DELL'IMMIGRAZIONE ILLEGALE E DEL TRAFFICO DI MIGRANTI

### Art. 15. Rifiuto di ingresso

1. All'articolo 4 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, dopo il comma 6 è inserito il seguente: «6 -bis. Nei casi di cui all'articolo 24, paragrafo 2, lettera b) , del regolamento (CE) n. 1987/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 dicembre 2006, la decisione di inserimento della segnalazione nel sistema di informazione Schengen, ai fini del rifiuto di ingresso ai sensi dell'articolo 24, paragrafo 1, del predetto regolamento, è adottata dal direttore della Direzione centrale della Polizia di prevenzione del Ministero dell'interno, su parere del comitato di analisi strategica antiterrorismo di cui all'articolo 12, comma 3, della legge 3 agosto 2007, n. 124.».

2. All'articolo 135, comma 1, del decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104, dopo la lettera q - quater ), è inserita la seguente: «q -quinqües) le controversie relative alle decisioni adottate ai sensi dell'articolo 24, paragrafo 2, lettera b) , del regolamento (CE) n. 1987/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 dicembre 2006 sull'istituzione, l'esercizio e l'uso del sistema d'informazione Schengen di seconda generazione (SIS II) ».

### Art. 16. Disposizioni in materia di ricorso avverso il decreto di espulsione per motivi di sicurezza nazionale e di prevenzione del terrorismo

1. All'articolo 119, comma 1, del decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104, dopo la lettera m - quinqües ) è inserita la seguente: «m -sexies ) i provvedimenti di espulsione dello straniero adottati dal Ministro dell'interno ai sensi dell'articolo 13, comma 1, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e quelli adottati ai sensi dell'articolo 3 del decretollegge 27 luglio 2005, n. 144, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2005, n. 155:».

### Art. 17. Disposizioni per l'identificazione dei cittadini stranieri rintracciati in posizione di irregolarità sul territorio nazionale o soccorsi nel corso di operazioni di salvataggio in mare

1. Al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, dopo l'articolo 10 -bis è inserito il seguente: «Art. 10 -ter (Disposizioni per l'identificazione dei cittadini stranieri rintracciati in posizione di irregolarità sul territorio nazionale o soccorsi nel corso di operazioni di salvataggio in mare) . —

1. Lo straniero rintracciato in occasione dell'attraversamento irregolare della frontiera interna o esterna ovvero giunto nel territorio nazionale a seguito di operazioni di salvataggio in mare è condotto per le esigenze di soccorso e di prima assistenza presso appositi punti di crisi allestiti nell'ambito delle strutture di cui al decreto-legge 30 ottobre 1995, n. 451, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 dicembre 1995, n. 563, e delle strutture di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142. Presso i medesimi punti di crisi sono altresì effettuate le operazioni di rilevamento fotodattiloscopico e segnaletico, anche ai fini di cui agli articoli 9 e 14 del regolamento UE n. 603/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 giugno 2013 ed è assicurata l'informazione sulla procedura di protezione internazionale, sul programma di ricollocazione in altri Stati membri dell'Unione europea e sulla possibilità di ricorso al rimpatrio volontario assistito.

2. Le operazioni di rilevamento fotodattiloscopico e segnaletico sono eseguite, in adempimento degli obblighi di cui agli articoli 9 e 14 del regolamento UE n. 603/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 giugno 2013, anche nei confronti degli stranieri rintracciati in posizione di irregolarità sul territorio nazionale.

3. Il rifiuto reiterato dello straniero di sottoporsi ai rilievi di cui ai commi 1 e 2 configura rischio di fuga ai fini del trattenimento nei centri di cui all'articolo 14. Il trattenimento è disposto caso per caso, con provvedimento del questore, e conserva la sua efficacia per una durata massima di trenta giorni dalla sua adozione, salvo che non cessino prima le esigenze per le quali è stato disposto. Si applicano le disposizioni di cui al medesimo articolo 14, commi 2, 3 e 4. Se il trattenimento è disposto nei confronti di un richiedente protezione internazionale, come definita dall'articolo 2, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, è competente alla convalida il Tribunale sede della sezione specializzata in materia di immigrazione, protezione internazionale e libera circolazione dei cittadini dell'Unione europea.

4. L'interessato è informato delle conseguenze del rifiuto di sottoporsi ai rilievi di cui ai commi 1 e 2.».

**Art. 18. Misure di contrasto dell'immigrazione illegale**

1. All'articolo 12, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, dopo il comma 9 -sexies , è aggiunto, in fine, il seguente: «9 -septies . Il Dipartimento della pubblica sicurezza del Ministero dell'interno assicura, nell'ambito delle attività di contrasto dell'immigrazione irregolare, la gestione e il monitoraggio, con modalità informatiche, dei procedimenti amministrativi riguardanti le posizioni di ingresso e soggiorno irregolare anche attraverso il Sistema Informativo Automatizzato. A tal fine sono predisposte le necessarie interconnessioni con il Centro elaborazione dati interforze di cui all'articolo 8 della legge 1° aprile 1981, n. 121, con il Sistema informativo Schengen di cui al regolamento CE 1987/2006 del 20 dicembre 2006 nonché con il Sistema Automatizzato di Identificazione delle Impronte ed è assicurato il tempestivo scambio di informazioni con il Sistema gestione accoglienza del Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione del medesimo Ministero dell'interno.».

2. Per l'attivazione del Sistema informativo automatizzato di cui al comma 1 si provvede, per 0,75 milioni di euro per l'anno 2017, 2,5 milioni di euro per l'anno 2018 e 0,75 milioni di euro per l'anno 2019, a valere sulle risorse del Fondo per la sicurezza interna cofinanziato dall'Unione europea nell'ambito del periodo di programmazione 2014/2020.

3. All'articolo 51, comma 3 -bis, del codice di procedura penale dopo le parole: «416, sesto e settimo comma,» sono inserite le seguenti: «416, realizzato allo scopo di commettere taluno dei delitti di cui all'articolo 12, commi 3 e 3 -ter , del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286,».

**Art. 19. Disposizioni urgenti per assicurare l'effettività delle espulsioni e il potenziamento dei centri di permanenza per i rimpatri**

1. La denominazione: «centro di identificazione ed espulsione» di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, è sostituita, ovunque presente in disposizioni di legge o regolamento, dalla seguente: «centro di permanenza per i rimpatri».

2. Al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) all'articolo 14, comma 5, dopo il sesto periodo è inserito il seguente: «Tale termine è prorogabile di ulteriori 15 giorni, previa convalida da parte del giudice di pace, nei casi di particolare complessità delle procedure di identificazione e di organizzazione del rimpatrio.»;
- b) all'articolo 16, dopo il comma 9, è aggiunto il seguente: «9 -bis . Nei casi di cui ai commi 1 e 5, quando non è possibile effettuare il rimpatrio dello straniero per cause di forza maggiore, l'autorità giudiziaria dispone il ripristino dello stato di detenzione per il tempo strettamente necessario all'esecuzione del provvedimento di espulsione.».

3. Al fine di assicurare la più efficace esecuzione dei provvedimenti di espulsione dello straniero, il Ministro dell'interno, d'intesa con il Ministro dell'economia e delle finanze, adotta le iniziative per garantire l'ampliamento della rete dei centri di cui all'articolo 14, comma 1, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, in modo da assicurare la distribuzione delle strutture sull'intero territorio nazionale. La dislocazione dei centri di nuova istituzione avviene, sentito il presidente della regione interessata, privilegiando i siti e le aree esterne ai centri urbani che risultino più facilmente raggiungibili e nei quali siano presenti strutture di proprietà pubblica che possano essere, anche mediante interventi di adeguamento o ristrutturazione, resi idonei allo scopo, tenendo conto della necessità di realizzare strutture di capienza limitata idonee a garantire condizioni di trattenimento che assicurino l'assoluto rispetto della dignità della persona. Nei centri di cui al presente comma il Garante dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale esercita tutti i poteri di verifica e di accesso di cui all'articolo 7, comma 5, lettera e) , del decreto-legge 23 dicembre 2013, n. 146, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2014, n. 10. Per le spese di realizzazione dei centri, pari a 13 milioni di euro, si provvede a valere sulle risorse

del fondo di cui all'articolo 1, comma 140, della legge 11 dicembre 2016, n. 232. Per le spese di gestione dei centri è autorizzata la spesa di euro 3.843.000 nel 2017, di euro 12.404.350 nel 2018 e di euro 18.220.090 a decorrere dal 2019.

4. Al fine di garantire l'esecuzione delle procedure di espulsione, respingimento o allontanamento degli stranieri irregolari dal territorio dello Stato, anche in considerazione dell'eccezionale afflusso di cittadini stranieri provenienti dal Nord Africa, è autorizzata in favore del Ministero dell'interno per l'anno 2017, la spesa di euro 19.125.000 a valere sulle risorse del programma FAMI - Fondo Asilo, migrazione e integrazione cofinanziato dall'Unione europea nell'ambito del periodo di programmazione 2014/2020.

5. Al fine di assicurare lo svolgimento delle attività umanitarie presso i centri per i rimpatri dei cittadini stranieri e garantire la gestione dei predetti centri e di quelli per l'accoglienza degli immigrati e dei richiedenti asilo, all'articolo 6, comma 6, primo periodo, del decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178, le parole: «secondo periodo» sono sostituite dalle seguenti: «terzo periodo».

#### Capo IV

#### DISPOSIZIONI FINANZIARIE TRANSITORIE E FINALI

##### Art. 20. Relazione del Governo sullo stato di attuazione

1. Entro il 30 giugno di ciascuno dei tre anni successivi alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Governo presenta alle Commissioni parlamentari competenti una relazione che evidenzia lo stato di attuazione delle disposizioni del presente decreto, con particolare riferimento agli effetti prodotti e ai risultati conseguiti.

##### Art. 21. Disposizioni transitorie

1. Le disposizioni di cui agli articoli 3, 4, 6, comma 1, lettere d) , f) e g) , 7, comma 1, lettere a) , b) , d) ed e) , 8, comma 1, lettere a) , b) , numeri 2), 3) e 4), e c) , e 10 si applicano alle cause e ai procedimenti giudiziari sorti dopo il centottantesimo giorno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Alle cause e ai procedimenti giudiziari introdotti anteriormente alla scadenza del termine di cui al periodo precedente si continuano ad applicare le disposizioni vigenti prima dell'entrata in vigore del presente decreto.

2. Le disposizioni di cui all'articolo 6, comma 1, lettera c), si applicano relativamente alle domande di protezione internazionale presentate dopo il centottantesimo giorno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Per le domande di protezione internazionale presentate anteriormente alla scadenza del termine di cui al periodo precedente si continuano ad applicare le disposizioni vigenti prima della data di entrata in vigore del presente decreto.

3. Ai fini dell'adeguamento delle specifiche tecniche connesse all'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 6, comma 1, lettere a) , b) ed e) , le notificazioni degli atti e dei provvedimenti del procedimento per il riconoscimento della protezione internazionale effettuate fino al novantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto sono effettuate con le modalità in vigore prima della predetta data.

4. Ai fini dei necessari adeguamenti del sistema informatico, le disposizioni di cui all'articolo 9, comma 1, lettera c), si applicano alle domande presentate dopo il centottantesimo giorno dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

##### Art. 22. Disposizioni finanziarie

1. Agli oneri derivanti dagli articoli 2, comma 3, 6, comma 1, lettera a) , b) ed e), 11, comma 3, 12, 13, 14 e 19, comma 3, pari a 8.293.766 euro per l'anno 2017, a 25.990.691 euro per l'anno 2018, a 31.450.766 euro per l'anno 2019 e a 31.320.363 euro a decorrere dall'anno 2020, si provvede: a) quanto a 184.734 euro a decorrere dall'anno 2017, mediante corrispondente utilizzo di quota parte dei proventi di cui all'articolo 9 -bis, della legge 5 febbraio 1992, n. 91, già iscritti in bilancio ai sensi dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo del 12 maggio 2016, n. 90; b) quanto a 6.409.538 euro per l'anno 2017, a 22.670.500 euro per l'anno 2018 e a 28.486.240 euro a decorrere dall'anno 2019, mediante corrispondente utilizzo di quota parte delle entrate di cui all'articolo 18, comma 1, lettera a) , della legge 23 febbraio 1999, n. 44, affluite

all'entrata del bilancio dello Stato, che restano acquisite all'Erario; c) quanto a 1.699.494 euro per l'anno 2017, a 3.135.457 euro per l'anno 2018, a 2.779.792 euro per l'anno 2019 e a 2.649.389 euro a decorrere dall'anno 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2017-2019, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2017, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero dell'economia e delle finanze per 6.785 euro a decorrere dall'anno 2017, l'accantonamento relativo al Ministero della giustizia per 1.591.209 euro per l'anno 2017, per 2.921.612 euro per l'anno 2018, per 2.530.403 per l'anno 2019 e per 2.400.000 euro a decorrere dall'anno 2020 e l'accantonamento relativo al Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale per 101.500 euro per l'anno 2017, per 207.060 euro per l'anno 2018 e per 242.604 euro a decorrere dall'anno 2019.

2. Le restanti disposizioni del provvedimento non comportano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono alle relative attività con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. 3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 23. Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge. 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. Dato a Roma, addì 17 febbraio 2017

MATTARELLA

GENTILONI SILVERI, Presidente del Consiglio dei ministri M INNITI, Ministro dell'interno O RLANDO, Ministro della giustizia A LFANO, Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale PADOAN, Ministro dell'economia e delle finanze

Visto, il Guardasigilli: ORLANDO

## PERSONE CON DISABILITA'

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

**DECRETO 23 novembre 2016** - Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016. (GU n. 45 del 23.2.17)

**IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELLA SALUTE**

**E**

**IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE**

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104, recante «Leggequadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate», e in particolare, l'art. 3, comma 3, che definisce la connotazione di gravità della condizione di disabilità, e l'art. 4, che ne definisce le modalità di accertamento;

Vista la legge 12 marzo 1999, n. 68, recante «Norme per il diritto al lavoro dei disabili»;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali», e in particolare, l'art. 14 concernente i progetti individuali per le persone disabili;

Vista la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e ratificata dall'Italia ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, e in particolare, l'art. 3, che definisce i principi generali, e l'art. 19, concernente la vita indipendente e l'inclusione nella società;

Visto il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 16 dicembre 2014, concernente il regolamento relativo al Casellario dell'assistenza, di cui all'art. 13 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122;

Vista la legge 22 giugno 2016, n. 112, recante «Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare», e in particolare:

l'art. 3, che, al comma 1, istituisce il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, la cui dotazione è determinata in 90 milioni di euro per l'anno 2016, in 38,3 milioni di euro per l'anno 2017 e in 56,1 milioni di euro annui a decorrere dal 2018, e al comma 2, stabilisce che l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo è subordinato alla sussistenza di requisiti da individuare con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Con le medesime modalità il Ministro del lavoro e delle politiche sociali provvede annualmente alla ripartizione delle risorse del Fondo;

l'art. 4, che stabilisce le finalità del Fondo;

Visto il decreto 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, di riparto del Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2016; Vista la legge 31 dicembre 2009, n. 196, recante «Legge di contabilità e finanza pubblica», e, in particolare, l'art. 14;

Visto l'art. 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 che, a decorrere dal 1° gennaio 2010, abroga l'art. 5 della legge 30 novembre 1989, n. 386, relativo alla partecipazione delle Province autonome di Trento e Bolzano alla ripartizione di fondi speciali istituiti per garantire livelli minimi di prestazioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale; Acquisita l'intesa della Conferenza Unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, espressa nella seduta del 10 novembre 2016;

Decreta:

#### Art. 1. Definizioni

1. Ai soli fini del presente decreto sono adottate le seguenti definizioni:

a) «Persona con disabilità grave»: persona con disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992, accertata nelle modalità indicate all'art. 4 della medesima legge;

b) «Persona con disabilità grave priva del sostegno familiare»: persona con disabilità grave, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, priva di sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno del sostegno familiare;

c) «Fondo»: il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, di cui all'art. 3 della legge n. 112 del 2016;

d) «Progetto personalizzato»: il progetto individuale per la persona con disabilità di cui all'art. 14 della legge n. 328 del 2000;

e) «Sostegni»: le misure, i servizi, le prestazioni e i trasferimenti individuati nel progetto personalizzato in grado di supportare il percorso di vita della persona con disabilità e la sua inclusione;

f) «Budget di progetto»: la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, strumentali, professionali e umane atte a garantire la piena fruibilità dei sostegni indicati per qualità, quantità ed intensità nel progetto personalizzato.

#### Art. 2. Valutazione multidimensionale e progetto personalizzato

1. Agli interventi di cui al presente decreto, nei limiti delle risorse del Fondo, le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare accedono previa valutazione multidimensionale, effettuata da equipe multi professionali in cui siano presenti almeno le componenti clinica e sociale, secondo i principi della valutazione bio-psicosociale e in coerenza con il sistema di classificazione ICF (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute). Le equipe

multi professionali sono regolamentate dalle regioni senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Nelle more della revisione delle procedure di accertamento della disabilità e della definizione di strumenti nazionali di valutazione, anche in attuazione del Piano per la non autosufficienza, di cui all'art. 7 del citato decreto interministeriale 26 settembre 2016, la valutazione multidimensionale analizza le diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità in prospettiva della sua migliore qualità di vita, ed in particolare, almeno le seguenti aree:

- a) cura della propria persona, inclusa la gestione di interventi terapeutici;
- b) mobilità;
- c) comunicazione e altre attività cognitive;
- d) attività strumentali e relazionali della vita quotidiana.

2. La valutazione di cui al comma 1 è finalizzata alla definizione del progetto personalizzato per la persona con disabilità grave. Il progetto individua gli specifici sostegni di cui la persona con disabilità grave necessita, a partire dalle prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie ed inclusi gli interventi e i servizi di cui all'art. 3, a valere sulle risorse del Fondo, in coerenza con la valutazione multidimensionale e con le risorse disponibili, in funzione del miglioramento della qualità di vita e della corretta allocazione delle risorse medesime. Nel caso la persona sia già stata valutata e disponga di un progetto per finalità diverse da quelle di cui al presente decreto, la valutazione e la progettazione sono integrate con gli interventi e i servizi di cui all'art. 3. Il progetto personalizzato contiene il budget di progetto, quale insieme di tutte le risorse umane, economiche, strumentali da poter utilizzare in maniera flessibile, dinamica ed integrata.

3. Il progetto personalizzato è definito assicurando la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave, tenendo conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze e prevedendo altresì il suo pieno coinvolgimento nel successivo monitoraggio e valutazione. Laddove la persona con disabilità grave non sia nella condizione di esprimere pienamente la sua volontà, è sostenuta dai suoi genitori o da chi ne tutela gli interessi, fermo restando quanto previsto all'art. 3, comma 1, secondo periodo.

4. Il progetto personalizzato individua, sulla base della natura del bisogno prevalente emergente dalle necessità di sostegni definite nel progetto, una figura di riferimento (case manager) che ne curi la realizzazione e il monitoraggio, attraverso il coordinamento e l'attività di impulso verso i vari soggetti responsabili della realizzazione dello stesso.

5. Il progetto personalizzato definisce metodologie di monitoraggio, verifica periodica ed eventuale revisione, tenuto conto della soddisfazione e delle preferenze della persona con disabilità grave.

Art. 3. Interventi e servizi per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

1. Nel rispetto dell'art. 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ed in particolare, del comma 1, lettera a), gli interventi e i servizi di cui al presente articolo sono proposti e condivisi con la persona con disabilità grave priva del sostegno familiare garantendole la possibilità di autodeterminarsi e il rispetto della libertà di scelta. A tal fine vanno garantiti, con le minori limitazioni possibili e con particolare riguardo alle persone con disabilità intellettiva e del neuro sviluppo, gli strumenti previsti dalla vigente legislazione relativi al sostegno nella presa delle decisioni, nonché devono essere adottate strategie volte a facilitare la comprensione delle misure proposte.

2. Per le persone con disabilità grave in vista del venir meno del sostegno genitoriale, il progetto personalizzato di cui all'art. 2 prevede un percorso programmato di accompagnamento verso l'autonomia e di uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare.

3. Per le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare già inserite in un percorso di residenzialità extra-familiare, nel progetto di cui all'art. 2 sono rivalutate le condizioni abitative alla luce della coerenza con soluzioni che riproducano un ambiente abitativo e relazionale di tipo familiare, come individuate al comma 4, al fine di prevedere, ove opportuno, percorsi programmati di deistituzionalizzazione.

4 . Le soluzioni alloggiative per le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, da prevedere nel progetto di cui all'art. 2, finanziate a valere sulle risorse del Fondo, nelle modalità di cui all'art. 5, comma 4, presentano caratteristiche di abitazioni, inclusa l'abitazione di origine, o gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, ai sensi dell'art. 4 della legge n. 112 del 2016. In particolare:

- a) deve trattarsi di soluzioni che offrano ospitalità a non più di 5 persone;
- b) deroghe al principio di cui alla lettera a) possono essere stabilite dalle regioni, in via eccezionale, motivate in base ai particolari bisogni assistenziali delle persone inserite, nella forma di più moduli abitativi nella medesima struttura; in ogni caso, a valere sulle risorse del Fondo, non sono previsti finanziamenti per strutture con singoli moduli abitativi che ospitino più di 5 persone, per un totale di non più di 10 persone complessive nella struttura, inclusi eventuali posti per situazioni di emergenza e/o sollievo, in un massimo di 2;
- c) deve trattarsi di spazi accessibili, organizzati come spazi domestici che possano essere vissuti come la propria casa, prevedendo ove possibile l'utilizzo di oggetti e mobili propri. Nel rispetto delle misure di sicurezza e di prevenzione dei rischi, devono essere garantiti spazi in cui sia tutelata la riservatezza, in particolare le camere da letto, preferibilmente singole, ed adeguati spazi per la quotidianità e il tempo libero;
- d) deve essere promosso l'utilizzo di nuove tecnologie per migliorare l'autonomia delle persone con disabilità grave, in particolare tecnologie domotiche, di connettività sociale, assistive e di ambient assisted living;
- e) devono essere ubicate in zone residenziali, ovvero anche rurali esclusivamente all'interno di progetti di agricoltura sociale coerenti con le finalità di cui all'art. 2, comma 1, della legge 18 agosto 2015, n. 141, e comunque in un contesto territoriale non isolato, essere aperte alla comunità di riferimento, permettere la continuità affettiva e relazionale degli ospiti;
- f) fermi restando i requisiti che garantiscono l'accessibilità e la mobilità interna, non sono previsti in via generale requisiti strutturali, se non quelli minimi previsti dalle norme per le case di civile abitazione.

5 . La persona con disabilità grave priva del sostegno familiare è accompagnata nel percorso verso l'autonomia attraverso l'inserimento, ove opportuno e secondo le modalità previste nel progetto di cui all'art. 2, in programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile. Tali programmi possono essere finanziati, ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera d) , della legge n. 112 del 2016, a valere sulle risorse del Fondo.

6 . Gli interventi e servizi di cui al presente decreto, in ogni caso, non rispondono solo al soddisfacimento di bisogni abitativi, ma si inseriscono in un contesto di sviluppo e valorizzazione di competenze verso l'autonomia e di promozione dell'inclusione sociale. A tal fine, i progetti personalizzati sono condivisi, ove appropriato, con i competenti servizi per il collocamento mirato, di cui alla legge n. 68 del 1999, ed includono la possibilità di inserimento in programmi di politiche attive del lavoro, anche nella forma di tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, di cui all'Accordo in Conferenza Stato-regioni del 22 gennaio 2015.

7 . In situazioni di emergenza, ed in particolare, in situazioni in cui i genitori non sono temporaneamente nella condizione di fornire alla persona con disabilità grave i sostegni genitoriali necessari ad una vita dignitosa e non è possibile ovviare ai medesimi con servizi di assistenza domiciliare che permettano la permanenza della persona con disabilità grave nel proprio domicilio, può essere consentito a valere sulle risorse del Fondo, ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera c), della legge n. 112 del 2016, il finanziamento di interventi di permanenza temporanea in strutture dalle caratteristiche diverse da quelle definite al comma 4, previa verifica dell'assenza di soluzioni abitative ad esse conformi, seppur temporanee. Gli interventi, da realizzarsi nel superiore interesse della persona con disabilità grave, si inseriscono in ogni caso in un percorso che identifica i tempi del rientro nella situazione familiare, cessata la situazione di emergenza, e si limitano, a valere sulle risorse del Fondo, all'assunzione dell'onere della quota sociale, in tutto o in parte, delle prestazioni

erogate in ambito residenziale, ferme restando le prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale. È comunque garantito il rispetto della volontà della persona con disabilità grave, ove possibile, dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi.

#### Art. 4. Beneficiari

1. Beneficiari degli interventi e servizi di cui all'art. 3, nei limiti delle risorse del Fondo, sono le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Le modalità di accesso agli interventi e ai servizi sono individuate dalle regioni mediante l'adozione degli indirizzi di programmazione di cui all'art. 6, comma 1.

2. Fermi restando gli interventi previsti in favore delle persone con disabilità grave dalla normativa vigente, nonché dalla ordinaria rete dei servizi territoriali, l'accesso alle misure a carico del Fondo è prioritariamente garantito alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare che in esito alla valutazione multidimensionale, di cui all'art. 2, comma 2, necessitano con maggiore urgenza degli interventi di cui al presente decreto. Nel valutare l'urgenza si tiene conto delle limitazioni dell'autonomia, dei sostegni che la famiglia è in grado di fornire, della condizione abitativa ed ambientale, nonché delle condizioni economiche della persona con disabilità e della sua famiglia. Per le persone con disabilità grave già inserite in un percorso di residenzialità extra-familiare, particolare attenzione è riservata alla rivalutazione delle caratteristiche di tali residenze ai sensi dell'art. 3, comma 3, e all'eventualità che tali soluzioni costituiscano barriere all'inclusione della persona con disabilità grave, facilitandone l'isolamento.

3. In esito alla valutazione di cui al comma 2 è in ogni caso garantita una priorità di accesso alle seguenti:

a) persone con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

b) persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;

c) persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, come individuate all'art. 3, comma 4.

4. Nell'erogazione dei finanziamenti le regioni tengono conto dei criteri di priorità indicati ai commi 2 e 3. Le regioni promuovono altresì interventi volti al riutilizzo di patrimoni per le finalità di cui al presente decreto, resi disponibili dai familiari o da reti associative di familiari di persone con disabilità grave in loro favore, indipendentemente dai criteri di priorità di cui ai commi 2 e 3.

5. Fermo restando che gli interventi di cui al presente decreto sono rivolti alle persone la cui disabilità non sia determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, è assicurata continuità negli interventi e servizi erogati, indipendentemente dal raggiungimento di qualsivoglia limite d'età.

#### Art. 5. Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

1. Le risorse assegnate al Fondo per l'anno 2016, pari ad euro 90 milioni, sono attribuite alle regioni, per gli interventi e i servizi di cui all'art. 3.

2. A ciascuna regione è attribuita una quota di risorse come da tabella 1, che costituisce parte integrante del presente decreto, calcolata sulla base della quota di popolazione regionale nella fascia d'età 18-64 anni, secondo i dati Istat sulla popolazione residente.

3. I criteri di cui al comma 2 sono utilizzati in via sperimentale nel 2016. Per gli anni successivi al 2016 tali criteri sono oggetto di specifica valutazione ed eventuale integrazione o revisione, da adottarsi con le medesime modalità del presente decreto.

4. A valere sulle risorse del Fondo possono essere finanziati i seguenti:

a) percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, di cui all'art. 3, commi 2 e 3;

- b) interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art. 3, comma 4;
- c) programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile, di cui all'art. 3, comma 5, ed, in tale contesto, tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, di cui all'art. 3, comma 6;
- d) interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'art. 3, comma 4, mediante il possibile pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità;
- e) in via residuale, interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare, di cui all'art. 3, comma 7. Gli interventi e i servizi di cui alle lettere a) , b) e c) sono inclusi nel budget di progetto.

5. Nelle more della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni nel campo sociale da garantire alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, gli interventi e i servizi di cui all'art. 3 costituiscono la base su cui definire specifici obiettivi di servizio e relativo fabbisogno, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, nei limiti delle risorse del Fondo di cui al presente articolo. Ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge n. 112 del 2016, alla definizione degli obiettivi di servizio si provvede mediante decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata. 6. Le risorse di cui al presente decreto sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare da parte delle regioni, nonché da parte delle autonomie locali. I finanziamenti per gli interventi e i servizi di cui al comma 4, ove di natura socio-sanitaria, sono finalizzati alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza e non sono sostitutivi, ma aggiuntivi e complementari, a quelli sanitari. 7. Ai sensi dell'art. 4, comma 2, della legge n. 112 del 2016, al finanziamento dei programmi e all'attuazione degli interventi di cui al comma 4, nel rispetto del principio di sussidiarietà e delle rispettive competenze, possono partecipare le regioni, gli enti locali, gli enti del terzo settore, nonché altri soggetti di diritto privato con comprovata esperienza nel settore dell'assistenza alle persone con disabilità e le famiglie che si associano per le finalità di cui al presente decreto.

#### Art. 6. Erogazione e monitoraggio

1. Le regioni adottano indirizzi di programmazione per l'attuazione degli interventi e dei servizi di cui all'art. 3, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, e comunque prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità. La programmazione degli interventi di cui al presente decreto si inserisce nella più generale programmazione per macro-livelli e obiettivi di servizio delle risorse afferenti al Fondo nazionale per le politiche sociali, nonché nella programmazione degli interventi a valere sul Fondo per le non autosufficienze, secondo le modalità specificate con i relativi decreti di riparto.

2. Gli indirizzi di programmazione adottati, di cui al comma 1, sono comunicati al Ministero del lavoro e delle politiche sociali che procederà all'erogazione delle risorse spettanti a ciascuna regione una volta valutata, entro trenta giorni dalla ricezione del programma attuativo, la coerenza con le finalità di cui all'art. 3. Gli indirizzi di programmazione sono eventualmente modificati a seguito della definizione degli obiettivi di servizio, adottati nelle modalità di cui all'art. 5, comma 5, e sono comunque aggiornati almeno ogni tre anni. La comunicazione degli aggiornamenti al Ministero del lavoro e delle politiche sociali è propedeutica all'erogazione delle corrispondenti annualità del Fondo. 3. Ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 112 del 2016, le regioni definiscono altresì i criteri e le modalità per l'erogazione dei finanziamenti, le modalità per la pubblicità dei finanziamenti erogati e per la verifica dell'attuazione delle attività svolte e le ipotesi di revoca dei finanziamenti concessi. 4. Al fine di verificare l'efficace gestione delle risorse di cui all'art. 5, nonché la destinazione delle stesse al perseguimento delle finalità di cui all'art. 3, le

regioni comunicano al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nelle forme e nei modi previamente concordati, tutti i dati necessari al monitoraggio dei flussi finanziari e, nello specifico, i trasferimenti effettuati e gli interventi finanziati con le risorse del Fondo, con particolare riferimento al numero di beneficiari per singola tipologia di intervento e alle caratteristiche delle soluzioni alloggiative finanziate. Fermo restando quanto previsto al comma 1, a decorrere dal 2018 l'erogazione delle risorse spettanti a ciascuna regione deve essere comunque preceduta dalla rendicontazione sull'effettiva attribuzione ai beneficiari delle risorse trasferite nel secondo anno precedente l'erogazione medesima.

5. Le informazioni sulla presa in carico e gli interventi attivati ai sensi del presente decreto, anche al fine di migliorarne la programmazione, il monitoraggio e la rendicontazione, sono messe a disposizione del Casellario dell'assistenza, di cui all'art. 13 del decreto-legge n. 78 del 2010, secondo le modalità previste dal decreto interministeriale 16 dicembre 2014 e, in particolare, mediante la trasmissione del modulo SINA di cui all'art. 5, comma 3, lettera b), del medesimo decreto interministeriale. Le informazioni, trasmesse da tutti gli enti erogatori degli interventi, sono utilizzate ai fini della validazione del numero complessivo di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare assistite dagli interventi del Fondo. A tal fine, con riferimento agli interventi e ai servizi di cui all'art. 5, comma 4, fatta eccezione per quelli di cui alla lettera d), erogati a valere sul Fondo, è compilato il campo «2.3.4 - Codice prestazione» della sezione 3 della tabella 2 del citato decreto interministeriale 16 dicembre 2014, utilizzando la voce «A1.21», indipendentemente dalle caratteristiche della prestazione e dal fatto che la prestazione sia sottoposta a prova dei mezzi, ed il campo «2.3.5 - Denominazione prestazione» della medesima sezione 3 indicando «Fondo PCD prive del sostegno familiare». Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, previo visto e registrazione della Corte dei conti.

Roma, 23 novembre 2016

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali P OLETTI

Il Ministro della salute L ORENZIN

Il Ministro dell'economia e delle finanze PADOAN

Registrato alla Corte dei conti il 13 febbraio 2017 Uff. controllo atti MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro e politiche sociali, reg.ne prev. n. 129

#### TABELLA 1

#### FONDO PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DISABILITÀ GRAVE PRIVE DEL SOSTEGNO FAMILIARE - RISORSE DESTINATE ALLE REGIONI ANNO 2016

Regioni Quota di popolazione nella classe di età 18-64 anni Risorse (€)

Abruzzo 2,2% 1.980.000

Basilicata 1,0% 900.000

Calabria 3,4% 3.060.000

Campania 10,1% 9.090.000

Emilia-Romagna 7,3% 6.570.000

Friuli-Venezia Giulia 2,0% 1.800.000

Lazio 10,1% 9.090.000

Liguria 2,5% 2.250.000

Lombardia 16,7% 15.030.000

Marche 2,6% 2.340.000

Molise 0,5% 450.000

Piemonte 7,2% 6.480.000

Puglia 6,9% 6.210.000

Sardegna 2,9% 2.610.000

Sicilia 8,6% 7.740.000

Toscana 6,1% 5.490.000

Umbria 1,5% 1.350.000

Valle d'Aosta 0,2% 180.000  
 Veneto 8,2% 7.380.000  
 TOTALE ... 100,0% 90.000.000

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

**LEGGE 27 febbraio 2017 , n. 1 .**

**Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2016, n. 243, recante interventi urgenti per la coesione sociale e territoriale, con particolare riferimento a situazioni critiche in alcune aree del Mezzogiorno. (GU n. 49 del 28.2.17)**

**Testo del decreto-legge 29 dicembre 2016, n. 243 (in *Gazzetta Ufficiale* – Serie generale – n. 304 del 30 dicembre 2016) , coordinato con la legge di conversione 27 febbraio 2017, n. 18 (in questa stessa *Gazzetta Ufficiale* alla pag. 1) , recante: “Interventi urgenti per la coesione sociale e territoriale, con particolare riferimento a situazioni critiche in alcune aree del Mezzogiorno.**

**NB**

**Si riportano gli articoli attinenti alle politiche sociali**

*Art. 3 - quinquies*

Interventi in materia di sicurezza del territorio e contrasto della criminalità

*1. Nell'anno 2017, per fronteggiare particolari esigenze operative in alcune aree del Mezzogiorno, comprese quelle di cui all'articolo 1 del decreto-legge 10 dicembre 2013, n. 136, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 febbraio 2014, n. 6, nonché le straordinarie necessità conseguenti agli eventi sismici dell'anno 2016, la forza media di ufficiali ausiliari delle forze di completamento dell'Arma dei carabinieri, di cui alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 937 del codice dell'ordinamento militare, di cui al decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66, è incrementata di 10 unità. Ai relativi oneri finanziari, quantificati in euro 511.413,10, si provvede mediante corrispondente riduzione, per l'anno 2017, del fondo di cui all'articolo 617 del medesimo codice di cui al decreto legislativo n. 66 del 2010.*

*Riferimenti normativi:*

**NB**

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

*Capo II*

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI LAVORO,  
 POLITICHE SOCIALI E ISTRUZIONE

Art. 5.

*Incremento del fondo per le non autosufficienze*

1. Lo stanziamento del Fondo per le non autosufficienze, di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, è incrementato di 50 milioni di euro per l'anno 2017.

2. All'onere di cui al comma 1, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

*Riferimenti normativi:*

**NB**

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

*Art. 7 - ter*

Misure di accelerazione e semplificazione organizzativa per l'attuazione delle politiche di coesione

*1. Per rafforzare l'attuazione della programmazione 2014- 2020, sostenere la crescita economica e accelerare la realizzazione degli interventi delle politiche di coesione, l'Agenzia per la coesione territoriale, nell'esercizio delle competenze previste dal comma 3 dell'articolo 10 del decreto-legge*

*31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, e di quelle comunque successivamente attribuite, può stipulare apposite convenzioni con le società in house delle amministrazioni dello Stato nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente.*

*Riferimenti normativi:*

**NB**

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

## PREVIDENZA

### MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

**Approvazione della delibera adottata dal Comitato nazionale dei delegati della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza per gli ingegneri ed architetti liberi professionisti, in data 28-29 aprile 2016.** (GU n. 40 del 17.2.17)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0000987/ING-L-150 del 27 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 adottata dal Comitato nazionale dei delegati della INARCASSA in data 28-29 aprile 2016, concernente l'introduzione dell'art. 34 -bis nel Regolamento generale di previdenza 2012, recante: «Tutela della paternità per i liberi professionisti».

**Approvazione della delibera n. 184/2016 adottata dal Consiglio di amministrazione della Cassa italiana di previdenza ed assistenza dei geometri liberi professionisti in data 13 dicembre 2016.** (GU n. 44 del 22.2.17)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0001194/GEO-L-131 del 1° febbraio 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. 184/2016 adottata dal Consiglio di amministrazione della CIPAG in data 13 dicembre 2016, concernente la determinazione del contributo di maternità per l'anno 2017, in misura pari a € 8,00 pro-capite.

## PRIVATO SOCIALE

### MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

**DECRETO 16 gennaio 2017.** Liquidazione coatta amministrativa della «Lago Turano società cooperativa sociale», in Colle di Tora e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 39 del 16.2.17)

#### 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 Confcooperative ha chiesto che la società «Lago Turano società cooperativa sociale» sia ammessa alla procedura di scioglimento per atto dell'Autorità con nomina del liquidatore ex art. 2545 -septiesdecies del codice civile;

Vista l'istruttoria effettuata dalla competente autorità di vigilanza, dalla quale sono emersi gli estremi per l'adozione del provvedimento di liquidazione coatta amministrativa ex art. 2545 -terdecies del codice civile;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, e dall'ultimo bilancio depositato al 31 dicembre 2011, che

evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 157.873,00, si sono riscontrati debiti pari ad € 190.606,00 ed un patrimonio netto negativo pari ad € - 37.673,00; 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; Tenuto conto che la suddetta comunicazione, inviata all'indirizzo di posta elettronica risultante dal registro delle imprese non è stato consegnato nella relativa casella e che la successiva raccomandata con ricevuta di ritorno inviata al legale rappresentante è tornata con la dicitura «per compiuta giacenza»;

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 «Lago Turano società cooperativa sociale», con sede in Colle di Tora (RI) (codice fi scale 00932640576) 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. Stefania Bellei, nata a Roma il 4 giugno 1972 (C.F. BLLSFN72H44H501Y), e ivi domiciliata in via Angelo Brofferio n. 6. A rt. 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, 16 gennaio 2017 D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto O RSINI

**DECRETO 16 gennaio 2017.** Liquidazione coatta amministrativa della «Disneyland - Società cooperativa sociale - Onlus», in Bari e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 40 del 17.2.17)

#### 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 Confcooperative ha chiesto che la società «Disneyland - Società cooperativa sociale - Onlus» con sede in Bari sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa è riferito all'anno 2015 ed evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 735504,00 si riscontra una massa debitoria di € 923.624,00 ed un patrimonio netto negativo pari ad € - 118.120,00;

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

Visto l'art. 2545 -terdecies del codice civile e ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società; Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Disneyland - Società cooperativa sociale - Onlus», con sede in Bari (codice fi scale 04613930728) 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. Massimo Scannicchio (codice fi scale SCNMSM66R16A662L), nato a Bari il 16 ottobre 1966, domiciliato in Bari, in Via Trento, n. 3. A rt. 2. Con successivo provvedimento sarà defnito 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, 16 gennaio 2017  
D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto ORSINI

**DECRETO 1° febbraio 2017 .** Scioglimento della «L'Arcipelago Consorzio cooperative sociali - Società cooperativa sociale - in sigla L'Arcipelago soc. coop. sociale», in Caserta e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 41 del 18.2.17)

**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; V isto l'art. 1, legge n. 400/1975 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 fi ni dello scioglimento d'ufficio ex art. 2545 -septiesdecies del codice civile;

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

Viste le risultanze ispettive effettuate dal revisore incaricato dalla Confederazione cooperative italiane 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 al legale rappresentante;

Preso atto che la comunicazione di cui sopra, avvenuta tramite posta elettronica certificata, non è stata consegnata e che la successiva raccomandata inviata alla sede legale della cooperativa è stata restituita con la dicitura «trasferito» e che, pertanto, non sono pervenute osservazioni e/o controdeduzioni;

Vista la nota del 18 luglio 2016 con la quale la Confcooperative dichiara che la cooperativa «L'Arcipelago consorzio cooperative sociali - Società cooperativa sociale - in sigla L'Arcipelago soc. coop. sociale» non è più aderente all'associazione stessa;

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 22 dicembre 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; 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 «L'Arcipelago consorzio cooperative sociali - Società cooperativa sociale - in sigla L'Arcipelago soc. coop. sociale», con sede in Caserta (codice fi scale n. 02869760617), 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. Antonio Peduto, nato ad Altavilla Silentina (Salerno) il 30 novembre 1958 (codice fi scale PDTNTN58S30A230C) ed ivi domiciliato, via del Dopolavoro n. 186.

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, 1° febbraio 2017

Il direttore generale: MOLETI

## PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

### **DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 29 dicembre 2016.**

Adozione delle note metodologiche relative alla procedura di calcolo per la determinazione dei fabbisogni standard ed il fabbisogno standard per ciascun comune delle regioni a statuto ordinario relativi alle funzioni di istruzione pubblica, alle funzioni riguardanti la gestione del territorio e dell'ambiente - servizio smaltimento rifiuti, alle funzioni nel settore sociale - servizi di asili nido, alle funzioni generali di amministrazione e controllo, alle funzioni di polizia locale, alle funzioni di viabilità e territorio, alle funzioni nel campo dei trasporti (trasporto pubblico locale) ed alle funzioni nel settore sociale al netto dei servizi di asili nido. (GU n. 44 del 22.2.17)

## SANITA'

### **MINISTERO DELLA GIUSTIZIA**

**DECRETO 28 dicembre 2016 , n. 265** -.Regolamento recante norme in materia di manifestazione della volontà di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, in attuazione dell'articolo 6, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40. (GU n. 40 del 17.2.17)

IL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA

E IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge 19 febbraio 2004, n. 40, recante norme in materia di procreazione medicalmente assistita ed, in particolare, l'articolo 6;

Visti gli articoli 1 e 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante istituzione del Servizio sanitario nazionale;

Vista la legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni, recante diritto del minore ad una famiglia, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 maggio 1995, recante schema generale di riferimento dalla «Carta dei servizi pubblici»;

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

Visto il decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, recante attuazione della direttiva 2004/23/CE sulla definizione delle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule;

Visto il decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 16, recante attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umane;

Visto l'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 15 marzo 2012, sui «Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture sanitarie autorizzate di cui alla legge 19 febbraio 2004, n. 40 per la qualità e la sicurezza nella donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di cellule umane», ai sensi dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191 (Rep. Atti n. 59/CSR);

Visto l'articolo 1, comma 298, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, che ha istituito, presso l'Istituto superiore di sanità, Centro nazionale trapianti e nell'ambito del Sistema Informativo Trapianti (SIT) di cui alla legge 10 aprile 1999, n. 91, il Registro nazionale dei donatori di cellule riproduttive a scopi di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo;

Considerata la necessità di acquisire per iscritto la volontà di entrambi i soggetti, di cui all'articolo 5, della legge 19 febbraio 2004, n. 40, di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;

Considerata la necessità di fornire elementi conoscitivi utili all'espressione della volontà attraverso il consenso informato;

Atteso che le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono soggette ad una possibile evoluzione e che i contenuti del consenso informato devono, di conseguenza, essere adeguati ad essa; Ravvisata la necessità di individuare i punti essenziali utili alla formulazione del consenso, lasciando alla struttura o al centro di procreazione medicalmente assistita, per i punti ove previsto, la stesura delle specifiche connesse alla tecnica;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, concernente la disciplina dell'attività di Governo e l'ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri;

Visto il decreto del Ministro della salute 1° luglio 2015, recante linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 luglio 2015, n. 161;

Vista la sentenza della Corte costituzionale del 1° aprile 2009, n. 151, depositata in cancelleria l'8 maggio 2009 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, Serie speciale, n. 109 del 13 maggio 2009, con la quale è stata dichiarata, tra l'altro, l'illegittimità costituzionale dell'articolo 14, comma 2, della legge 19 febbraio 2004, n. 40, limitatamente alle parole «ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre» e l'illegittimità costituzionale dell'articolo 14, comma 3, della medesima legge n. 40/2004 «nella parte in cui non prevede che il trasferimento degli embrioni, da realizzare non appena possibile, come stabilisce tale norma, debba essere effettuato senza pregiudizio della salute della donna»;

Vista la sentenza della Corte costituzionale del 9 aprile 2014, n. 162, depositata il 10 giugno 2014 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana del 18 giugno 2014, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 4, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40, nella parte in cui stabilisce per la coppia di cui all'articolo 5, comma 1, della medesima legge, il

divieto del ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo; nonché dell'articolo 9, commi 1 e 3, limitatamente alle parole «in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3», e dell'articolo 12, comma 1, della medesima legge, che stabilisce le sanzioni amministrative pecuniarie per la violazione del predetto divieto;

Udito il parere del Consiglio di Stato espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nella seduta dell'8 settembre 2016;

Visto il parere del Garante per la protezione dei dati personali, reso, ai sensi dell'articolo 154, del predetto codice e comunicato con nota del 10 novembre 2016, prot. n. 468;

ADOTTANO il seguente regolamento:

A rt. 1. Finalità e contenuti del consenso informato

1. Gli elementi minimi di conoscenza necessari alla formazione del consenso informato in caso di richiesta di accesso alla procreazione medicalmente assistita (PMA), ai sensi dell'articolo 6, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40, concernono:

a) la possibilità di ricorrere agli strumenti offerti dalla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di affidamento ed adozione, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita;

b) la disciplina giuridica della procreazione medicalmente assistita, con specifici riferimenti ai seguenti profili: i requisiti oggettivi e soggettivi di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, ai sensi degli articoli 1, commi 1 e 2, 4, comma 1, e 5, comma 1, della legge 19 febbraio 2004, n. 40; le conseguenze giuridiche per l'uomo, per la donna e per il nascituro, ai sensi degli articoli 8, 9 e 12, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40; le sanzioni di cui all'articolo 12, commi 2, 4, 5 e 6, legge 19 febbraio 2004, n. 40;

c) i problemi bioetici conseguenti all'applicazione delle tecniche;

d) le diverse tecniche impiegabili, incluse le tecniche di PMA di tipo eterologo e la possibilità per uno dei componenti della coppia di donare gameti, nonché le procedure e le fasi operative di ciascuna tecnica, con particolare riguardo alla loro invasività nei confronti della donna e dell'uomo, ai sensi dell'articolo 6 della legge 19 febbraio 2004, n. 40;

e) l'impegno dovuto dai richiedenti con riguardo anche ai tempi di realizzazione, all'eventuale terapia farmacologica da seguire, agli accertamenti strumentali e di laboratorio da esperire, alle visite ambulatoriali ed ai ricoveri, anche in day hospital, da effettuare;

f) gli effetti indesiderati o collaterali relativi ai trattamenti;

g) le probabilità di successo delle diverse tecniche espresse come possibilità di nascita di un bambino vivo;

h) i rischi per la madre e per il nascituro, accertati o possibili, quali evidenziabili dalla letteratura scientifica;

i) i rischi associati alle tecniche di PMA di tipo eterologo e i provvedimenti presi per attenuarli, con particolare riferimento agli esami clinici cui è stato sottoposto il donatore, inclusa la visita di genetica medica, e ai relativi test impiegati, rappresentando che tali esami non possono garantire, in modo assoluto, l'assenza di patologie per il nascituro;

l) l'impegno di comunicare al centro, in caso di accesso a tecniche PMA di tipo eterologo, eventuali patologie insorte, anche a distanza di tempo, nella donna, nel nascituro o nel nato, e di cui è ragionevole ipotizzare la presenza antecedentemente alla donazione;

m) la possibilità che il nato da PMA di tipo eterologo, una volta adulto, possa essere oggetto di anamnesi medica inappropriata, se non a conoscenza delle modalità del proprio concepimento;

n) la volontarietà e gratuità della donazione di gameti, ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, nonché la non rivelabilità dell'identità del o dei riceventi al donatore o alla sua famiglia e viceversa, ai sensi dell'articolo 14, comma 3, del medesimo decreto legislativo;

o) i possibili effetti psicologici per i singoli richiedenti, per la coppia e per il nato, conseguenti all'applicazione delle tecniche di PMA, con particolare riguardo alle specifiche criticità delle tecniche di PMA di tipo eterologo;

p) la possibilità di crioconservazione dei gameti maschili e femminili per successivi trattamenti di fecondazione assistita, ed eventualmente anche al fine della donazione per fecondazione di tipo eterologo; q) la possibilità di revoca del consenso da parte dei richiedenti fino al momento della fecondazione dell'ovulo;

r) la possibilità, da parte del medico responsabile della struttura, di non procedere alla procreazione medicalmente assistita esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario, motivata in forma scritta;

s) i limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni, di cui all'articolo 14, della legge 19 febbraio 2004, n. 40;

t) la possibilità di crioconservazione degli embrioni in conformità a quanto disposto dall'articolo 14 della legge n. 40 del 2004 e dalla sentenza della Corte costituzionale n. 151 del 2009; a tal fine deve essere precisato che le tecniche di produzione degli embrioni non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario alla procreazione, e che il trasferimento degli embrioni così creati deve essere effettuato non appena possibile, senza pregiudizio della salute della donna. Deve altresì essere illustrato e discusso il rischio di produrre embrioni soprannumerari, con la conseguenza di destinare quelli in eccedenza alla crioconservazione. Ogni decisione deve essere motivata in forma scritta e deve esserne conservata copia nella cartella clinica;

u) i costi economici totali derivanti dalla procedura adottata;

v) l'informativa sul trattamento dei dati personali raccolti, ai sensi dell'articolo 13, comma 1, del decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196, in conformità al modello contenuto nell'Allegato 2, che costituisce parte integrante del presente regolamento.

2. Le strutture autorizzate ai sensi dell'articolo 10 della legge 19 febbraio 2004, n. 40, e dell'Accordo Stato-regioni del 15 marzo 2012 sono tenute, per il tramite dei propri medici, a fornire ai richiedenti, in maniera chiara ed esaustiva, nel corso di uno o più colloqui, gli elementi informativi di cui al comma 1 preliminarmente alla sottoscrizione del consenso informato ed al conseguente avvio del trattamento di procreazione medicalmente assistita. Tale consenso è acquisito, unitamente al consenso relativo al connesso trattamento dei dati personali, acquisite le informazioni fornite ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n. 196 del 2003, di cui alla lettera v), del comma 1, secondo lo schema riportato nell'allegato 2 del presente regolamento, qualora quest'ultimo atto di consenso non sia già stato precedentemente e separatamente acquisito. Senza necessità di integrare il consenso già acquisito, gli elementi informativi di cui al comma 1, lettere c), f), g), h) ed o), sono forniti in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita. 4. Le strutture private autorizzate sono altresì tenute a fornire con chiarezza ai richiedenti i costi economici totali derivanti dalle diverse procedure, preliminarmente alla sottoscrizione del consenso informato ed al conseguente avvio del trattamento di procreazione medicalmente assistita.

Art. 2. Modalità di espressione del consenso informato

1. La volontà di accedere al trattamento di procreazione medicalmente assistita è espressa con apposita dichiarazione, sottoscritta e datata, in duplice esemplare, dai richiedenti, congiuntamente al medico responsabile della struttura autorizzata ai sensi dell'articolo 10 della legge 19 febbraio 2004, n. 40, e dell'Accordo Stato-regioni del 15 marzo 2012. Una delle copie è consegnata ai richiedenti e una trattenuta agli atti della struttura, che provvede alla sua custodia nel tempo. 2. L'allegato 1 del presente regolamento, del quale costituisce parte integrante, contiene gli elementi minimi che devono essere riportati nel modello di dichiarazione di consenso informato di cui al comma 1 del presente articolo.

Art. 3. Disposizioni finali Il regolamento di cui al decreto del Ministro della giustizia e del Ministro della salute 16 dicembre 2004, n. 336, è abrogato. Il presente regolamento, 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, 28 dicembre 2016 Il Ministro della giustizia ORLANDO Il Ministro della salute LORENZIN Visto, il Guardasigilli: ORLANDO

Registrato alla Corte dei conti il 7 febbraio 2017 Ufficio controllo atti P.C.M. Ministeri giustizia e affari esteri, reg.ne prev. n. 315

**NB**

**Per gli allegati si fa rinvio alla lettura integrale del testo**

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

**INTESA 19 gennaio 2017 .** Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019». (Rep. atti n. 10/CSR). (GU n. 41 del 18.2.17)

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

Nell'odierna seduta del 19 gennaio 2017:

Visto l'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato-regioni o di Conferenza unificata, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

Vista l'Intesa tra il Governo e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in questa Conferenza nella seduta del 22 febbraio 2012 sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014» (Rep. Atti n. 54/CSR);

Vista l'Intesa tra il Governo e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in questa Conferenza nella seduta del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. Atti n. 82/ CSR);

Vista l'Intesa tra il Governo e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in questa Conferenza nella seduta del 13 novembre 2014 sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale per gli anni 2014-2018» (Rep. Atti n. 156/CSR);

Vista l'Intesa tra il Governo e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in questa Conferenza nella seduta del 7 settembre 2016 sullo «Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)» (Rep. Atti n. 157/CSR) ed, in particolare, l'art. 4 e l'allegato B, ed altresì l'allegato 1, sezione A3;

Visto l'art. 1, comma 408, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, che prevede a decorrere dall'anno 2017, nell'ambito del finanziamento del Servizio sanitario nazionale una specifica finalizzazione, pari a 100 milioni di euro per l'anno 2017, a 127 milioni di euro per l'anno 2018, a 186 milioni di euro a decorrere dall'anno 2019, per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini;

Visti i pareri resi dal Consiglio superiore di sanità nella seduta del 9 giugno 2015 e del 3 dicembre 2015;

Vista la nota in data 17 gennaio 2017, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di Intesa indicata in oggetto, unitamente al Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;

Vista la nota in pari data, con la quale il predetto documento è stato diramato alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano; Acquisito nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle regioni e province autonome sulla proposta in esame;

Sancisce intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019» che, in allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante. Roma, 19 gennaio 2017 Il Presidente: COSTA

**MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE**

**DECRETO 26 gennaio 2017** Assegnazione delle risorse finanziarie, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2017, all'Ente strumentale alla Croce Rossa italiana, all'Associazione della Croce Rossa italiana e alle regioni. (BUR n. 42 del 20.2.17)

**IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE**

Visto il decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178, in materia di riorganizzazione dell'Associazione italiana della Croce Rossa (C.R.I.), a norma dell'art. 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183;

Visti in particolare i seguenti articoli del citato decreto legislativo n. 178 del 2012 e successive modificazioni:

l'art. 1, comma 1, che stabilisce che le funzioni esercitate dall'Associazione italiana della Croce Rossa siano trasferite, a decorrere dal 1° gennaio 2016, alla costituenda Associazione della Croce Rossa italiana, promossa dai soci della C.R.I., la quale è persona giuridica di diritto privato ai sensi del Libro Primo, titolo II, capo II, del Codice civile, è iscritta di diritto nel registro nazionale, nonché nei registri regionali e provinciali, delle associazioni di promozione sociale, è di interesse pubblico, è ausiliaria dei pubblici poteri nel settore umanitario ed è posta sotto l'alto Patronato del Presidente della Repubblica;

l'art. 2, comma 1, che dispone che la C.R.I. sia riordinata secondo le disposizioni dello stesso decreto legislativo n. 178 del 2012 e dal 1° gennaio 2016 fino alla data della sua liquidazione assuma la denominazione di «Ente strumentale alla Croce Rossa italiana» (Ente), mantenendo la personalità giuridica di diritto pubblico come ente non economico, sia pure non più associativo, con la finalità di concorrere temporaneamente allo sviluppo dell'Associazione;

l'art. 2, comma 5, che stabilisce che le risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato, diverse da quelle di cui all'art. 1, comma 6, che sarebbero state erogate alla C.R.I. nell'anno 2014, secondo quanto disposto dalla normativa vigente in materia, nonché risorse finanziarie, di pari ammontare a quelle determinate per l'anno 2014, salvo quanto disposto dall'art. 6, comma 6, per l'anno 2016, siano attribuite all'ente e all'associazione, con decreti del Ministro della salute, del Ministro dell'economia e delle finanze e del Ministro della difesa, ciascuno in relazione alle proprie competenze, ripartendole tra ente e associazione in relazione alle funzioni di interesse pubblico ad essi affidati, senza determinare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica;

l'art. 6, comma 2, che dispone che alla data del 1° gennaio 2016 il personale della C.R.I. e quindi dell'Ente sia utilizzato temporaneamente dall'associazione, mantenendo il proprio stato giuridico e il proprio trattamento economico a carico dell'Ente e che entro i successivi novanta giorni l'associazione definisca un organico provvisorio di personale valido fino al 31 dicembre 2017 e dispone altresì che il predetto organico sia valutato in sede di adozione dei decreti di cui all'art. 2, comma 5, sentite le organizzazioni sindacali, al fine di garantire fino al 1° gennaio 2018 l'esercizio da parte dell'Associazione dei suoi compiti istituzionali in modo compatibile con le risorse a ciò destinate; l'art. 6, comma 6, che dispone, in materia di mobilità del personale, l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 7, comma 2 -bis, del decreto-legge 31 dicembre 2014, n. 192, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 febbraio 2015, n. 11, al personale risultante eccedentario rispetto al fabbisogno definito ai sensi dell'art. 3, comma 4, terzo periodo; l'art. 6, comma 7, che prevede assunzioni, anche in posizione di sovrannumero e ad esaurimento, con procedure di mobilità, da parte degli enti e delle aziende del Servizio sanitario nazionale, del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato della C.R.I. e quindi dell'ente con funzioni di autista soccorritore e autisti soccorritori senior, limitatamente a coloro che abbiano prestato servizio in attività convenzionate con gli enti medesimi per un periodo non inferiore a cinque anni, stabilendo altresì che i conseguenti oneri a carico dei predetti enti siano finanziati con il trasferimento delle relative risorse occorrenti al trattamento economico del personale assunto, derivanti dalla quota di finanziamento del Servizio sanitario nazionale erogata annualmente alla C.R.I. e quindi all'Ente;

l'art. 8, comma 2, come modificato, da ultimo, dall'art. 10, comma 7 -ter, del decreto-legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2016, n. 21, che

dispone, fra l'altro, che il finanziamento annuale all'associazione non possa superare l'importo complessivamente attribuito all'ente e all'associazione ai sensi dell'art. 2, comma 5, per l'anno 2014, decurtato del 10 per cento per il 2017 e del 20 per cento a decorrere dall'anno 2018; Vista la delibera del CIPE 29 aprile 2015, n. 52, recante la ripartizione tra le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano della quota indistinta del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2014, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale - Serie generale del 19 agosto 2015, n. 191, nella quale è stabilito, quale concorso al finanziamento della Croce Rossa italiana, l'importo di 146.412.742 euro;

Visti i propri decreti 29 gennaio 2016, 4 luglio 2016 e 22 settembre 2016 pubblicati rispettivamente nelle Gazzette Ufficiali 19 febbraio 2016, n. 41, 26 luglio 2016, n. 173, 4 novembre 2016, n. 258; Considerato che il richiamato decreto 4 luglio 2016 ha fissato, in attuazione del richiamato art. 8, comma 2, il valore del finanziamento per il 2017 in 131.771.467,80 euro;

Vista l'informativa sull'«Assunzione con procedure di mobilità presso gli enti e le aziende del Servizio sanitario nazionale del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato proveniente dall'Associazione italiana della Croce rossa (CRI) con funzioni di autista soccorritore (art. 6, comma 7, del decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178)» iscritta all'ordine del giorno della Conferenza per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 22 dicembre 2016;

Vista la deliberazione n. 87 del 23 dicembre 2016 del Comitato dell'Ente strumentale alla Croce Rossa italiana recante l'approvazione del nuovo piano di cui al comma 5 dell'art. 2 del decreto legislativo 178/2012 relativo al primo semestre 2017 che individua il fabbisogno finanziario relativo all'ente, all'associazione e alle regioni;

Considerata l'opportunità di procedere, sulla base del richiamato piano operativo, all'assegnazione delle risorse limitatamente al primo semestre dell'anno 2017, rinviando ad altro decreto l'assegnazione delle risorse per il secondo semestre, anche al fine di tenere puntualmente conto dei processi di mobilità che si realizzeranno nel medesimo periodo e dell'eventuale assunzione di ulteriori funzioni da parte dell'associazione;

Ritenuto pertanto di confermare, per l'anno 2017, il valore del finanziamento disponibile per le finalità di cui al citato decreto legislativo n. 178 del 2012, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, nell'importo complessivo di 131.771.467,80 euro e di assegnarlo, limitatamente al primo semestre del medesimo anno, per un valore complessivamente pari a 65.885.733,90 euro, negli importi di seguito dettagliati, sulla base del richiamato piano operativo:

- 1) 48.097.079,88 in favore dell'Ente strumentale alla Croce Rossa;
- 2) 12.006.064,94 in favore dell'Associazione Croce Rossa;
- 3) 5.782.589,08 in favore delle Regioni, di cui: 4 50.187,13 in favore della Regione Emilia Romagna; 394.045,12 in favore della Regione Friuli Venezia Giulia; 410.917,68 in favore della Regione Liguria; 3.347.153,74 in favore della Regione Lombardia; 521.846,30 in favore della Regione Marche; 417.620,97 in favore della Regione Toscana; 178.711,99 in favore della Regione Umbria; 62.106,18 in favore della Provincia Autonoma di Trento;

Decreta:

Il finanziamento disponibile per le finalità di cui al decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, è confermato in 131.771.467,80 euro.

Per il primo semestre dell'anno 2017 è assegnato l'importo complessivo di 65.885.733,90 euro, di cui:

- 1) 48.097.079,88 in favore dell'Ente strumentale alla Croce Rossa;
- 2) 12.006.064,94 in favore dell'Associazione Croce Rossa;
- 3) 5.782.589,08 in favore delle Regioni, di cui:
- 4 50.187,13 in favore della Regione Emilia Romagna;

394.045,12 in favore della Regione Friuli Venezia Giulia;  
 410.917,68 in favore della Regione Liguria;  
 3.347.153,74 in favore della Regione Lombardia;  
 521.846,30 in favore della Regione Marche;  
 417.620,97 in favore della Regione Toscana;  
 178.711,99 in favore della Regione Umbria;  
 62.106,18 in favore della Provincia Autonoma di Trento.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Roma, 26 gennaio 2017 Il Ministro: PADOAN  
 Registrato alla Corte dei conti l'8 febbraio 2017 Ufficio controllo atti Ministero economia e finanze, reg.ne prev. n. 154

## **MINISTERO DELLA SALUTE**

**DECRETO 31 gennaio 2017.** Entrata in vigore dei testi, nelle lingue inglese e francese, dei capitoli generali e delle monografie, pubblicati nella Farmacopea europea 9<sup>a</sup> edizione. (GU n. 42 del 20.2.17)

<b>SICUREZZA</b>
------------------

### **DECRETO-LEGGE 20 febbraio 2017 , n. 14 .**

Disposizioni urgenti in materia di sicurezza delle città. (GU n. 42 del 20.2.17)

#### **IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA**

Visti gli articoli 77 e 87 della Costituzione;

Ritenuta la straordinaria necessità ed urgenza di introdurre strumenti volti a rafforzare la sicurezza delle città e la vivibilità dei territori e di promuovere interventi volti al mantenimento del decoro urbano;

Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 10 febbraio 2017; Su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro dell'interno, di concerto con i Ministri della giustizia e per gli affari regionali;

E MANA il seguente decreto-legge:

#### **Capo I COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA INTEGRATA E DELLA SICUREZZA URBANA**

##### **Sezione I**

##### **SICUREZZA INTEGRATA**

##### **Art. 1. Oggetto e definizione**

1. La presente Sezione disciplina, anche in attuazione dell'articolo 118, terzo comma, della Costituzione, modalità e strumenti di coordinamento tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano ed enti locali in materia di politiche pubbliche per la promozione della sicurezza integrata. 2. Ai fini del presente decreto, si intende per sicurezza integrata l'insieme degli interventi assicurati dallo Stato, dalle Regioni, dalle Province autonome di Trento e Bolzano e dagli enti locali, nonché da altri soggetti istituzionali, al fine di concorrere, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze e responsabilità, alla promozione e all'attuazione di un sistema unitario e integrato di sicurezza per il benessere delle comunità territoriali.

##### **Art. 2. Linee generali per la promozione della sicurezza integrata**

1. Ferme restando le competenze esclusive dello Stato in materia di ordine pubblico e sicurezza, le linee generali delle politiche pubbliche per la promozione della sicurezza integrata sono adottate, su proposta del Ministro dell'interno, con accordo sancito in sede di Conferenza Unificata e sono rivolte, prioritariamente, a coordinare, per lo svolgimento di attività di interesse comune, l'esercizio delle competenze dei soggetti istituzionali coinvolti, anche con riferimento alla collaborazione tra le forze di polizia e la polizia locale.

Art. 3. Strumenti di competenza dello Stato, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano

1 . In attuazione delle linee generali di cui all'articolo 2, lo Stato e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano possono concludere specifici accordi per la promozione della sicurezza integrata, anche diretti a disciplinare gli interventi a sostegno della formazione e dell'aggiornamento professionale del personale della polizia locale.

2 . Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, anche sulla base degli accordi di cui al comma 1, possono sostenere, nell'ambito delle proprie competenze e funzioni, iniziative e progetti volti ad attuare interventi di promozione della sicurezza integrata nel territorio di riferimento, ivi inclusa l'adozione di misure di sostegno finanziario a favore dei comuni maggiormente interessati da fenomeni di criminalità diffusa. 3 . Lo Stato, nelle attività di programmazione e predisposizione degli interventi di rimodulazione dei presidi di sicurezza territoriale, tiene conto delle eventuali criticità segnalate in sede di applicazione degli accordi di cui al comma 1. 4. Lo Stato e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano individuano, anche in sede di Conferenza Unificata, strumenti e modalità di monitoraggio dell'attuazione degli accordi di cui al comma 1.

## Sezione II

### S ICUREZZA URBANA

Art. 4. Definizione

1 . Ai fini del presente decreto, si intende per sicurezza urbana il bene pubblico che afferisce alla vivibilità e al decoro delle città, da perseguire anche attraverso interventi di riqualificazione e recupero delle aree o dei siti più degradati, l'eliminazione dei fattori di marginalità e di esclusione sociale, la prevenzione della criminalità, in particolare di tipo predatorio, la promozione del rispetto della legalità e l'affermazione di più elevati livelli di coesione sociale e convivenza civile, cui concorrono prioritariamente, anche con interventi integrati, lo Stato, le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali, nel rispetto delle rispettive competenze e funzioni.

Art. 5. Patti per l'attuazione della sicurezza urbana

1. In coerenza con le linee generali di cui all'articolo 2, con appositi patti sottoscritti tra il prefetto ed il sindaco, nel rispetto di linee guida adottate, su proposta del Ministro dell'interno, con accordo sancito in sede di Conferenza Stato-città e autonomie locali, possono essere individuati, in relazione alla specifici città dei contesti, interventi per la sicurezza urbana, tenuto conto anche delle esigenze delle aree rurali confinanti con il territorio urbano.

2 . I patti per la sicurezza urbana di cui al comma 1 perseguono, prioritariamente, i seguenti obiettivi: a) prevenzione dei fenomeni di criminalità diffusa e predatoria, attraverso servizi e interventi di prossimità, in particolare a vantaggio delle zone maggiormente interessate da fenomeni di degrado;

b) promozione del rispetto della legalità, anche mediante mirate iniziative di dissuasione di ogni forma di condotta illecita, comprese l'occupazione arbitraria di immobili e lo smercio di beni contraffatti o falsificati, nonché la prevenzione di altri fenomeni che comunque comportino turbativa del libero utilizzo degli spazi pubblici;

c) promozione del rispetto del decoro urbano, anche valorizzando forme di collaborazione interistituzionale tra le amministrazioni competenti, finalizzate a coadiuvare l'ente locale nell'individuazione di aree urbane su cui insistono musei, aree e parchi archeologici, complessi monumentali o altri istituti e luoghi della cultura interessati da consistenti flussi turistici, ovvero adibite a verde pubblico, da sottoporre a particolare tutela ai sensi dell'articolo 9, comma 3.

Art. 6. Comitato metropolitano

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 20 della legge 1° aprile 1981, n. 121, per l'analisi, la valutazione e il confronto sulle tematiche di sicurezza urbana relative al territorio della città metropolitana, è istituito un comitato metropolitano, copresieduto dal prefetto e dal sindaco metropolitano, cui partecipano, oltre al sindaco del comune capoluogo, qualora non coincida con il sindaco metropolitano, i sindaci dei comuni interessati. Possono altresì essere invitati a partecipare

alle riunioni del comitato metropolitano soggetti pubblici o privati dell'ambito territoriale interessato. 2 . Per la partecipazione alle riunioni non sono dovuti compensi, gettoni di presenza o altri emolumenti comunque denominati.

Art. 7. Ulteriori strumenti e obiettivi per l'attuazione di iniziative congiunte

1. Nell'ambito degli accordi di cui all' articolo 3 e dei patti di cui all'articolo 5, possono essere individuati specifici obiettivi per l'incremento dei servizi di controllo del territorio e per la sua valorizzazione. Alla realizzazione degli obiettivi di cui al primo periodo possono concorrere, sotto il profilo del sostegno strumentale, finanziario e logistico, ai sensi dell'articolo 6 -bis del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119, enti pubblici, anche non economici, e soggetti privati.

2. Nei casi di cui al comma 1, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 439, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Art. 8. Modifiche al testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267

1 . Al testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, sono apportate le seguenti modificazioni: a) all'articolo 50: 1 . al comma 5, dopo il primo periodo, è aggiunto il seguente: «Le medesime ordinanze sono adottate dal sindaco, quale rappresentante della comunità locale, in relazione all'urgente necessità di interventi volti a superare situazioni di grave incuria o degrado del territorio o di pregiudizio del decoro e della vivibilità urbana, con particolare riferimento alle esigenze di tutela della tranquillità e del riposo dei residenti, anche intervenendo in materia di orari di vendita, anche per asporto, e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.»;

2. al comma 7, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Il Sindaco, al fine di assicurare le esigenze di tutela della tranquillità e del riposo dei residenti in determinate aree delle città interessate da afflusso di persone di particolare rilevanza, anche in relazione allo svolgimento di specifici eventi, può disporre, per un periodo comunque non superiore a sessanta giorni, con ordinanza non contingibile e urgente, limitazioni in materia di orari di vendita, anche per asporto, e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.» b) all'articolo 54: 1. il comma 4 -bis è sostituito dal seguente: «4 -bis . I provvedimenti adottati ai sensi del comma 4 sono diretti a prevenire e contrastare le situazioni che favoriscono l'insorgere di fenomeni criminosi o di illegalità, quali lo spaccio di stupefacenti, lo sfruttamento della prostituzione, l'accattonaggio con impiego di minori e disabili, ovvero riguardano fenomeni di abusivismo, quale l'illecita occupazione di spazi pubblici, o di violenza, anche legati all'abuso di alcool o all'uso di sostanze stupefacenti.» 2. Nelle materie di cui al comma 1, lettera a) , numero 1, del presente articolo, i comuni possono adottare regolamenti ai sensi del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Capo II 4DISPOSIZIONI A TUTELA DELLA SICUREZZA DELLE CITTÀ E DEL DECORO URBANO

Art. 9. Misure a tutela del decoro di particolari luoghi

1 . Fatto salvo quanto previsto dalla vigente normativa a tutela delle aree interne delle infrastrutture, fisse e mobili, ferroviarie, aeroportuali, marittime e di trasporto pubblico locale, urbano ed extraurbano, e delle relative pertinenze, chiunque ponga in essere condotte che limitano la libera accessibilità e fruizione delle predette infrastrutture, in violazione dei divieti di stazionamento o di occupazione di spazi ivi previsti, è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 100 a euro 300. Contestualmente alla rilevazione della condotta illecita, al trasgressore viene ordinato, nelle forme e con le modalità di cui all'articolo 10, l'allontanamento dal luogo in cui è stato commesso il fatto.

2. Ferma restando l'applicazione delle sanzioni amministrative previste dagli articoli 688 e 726 del Codice penale e dall'articolo 29 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114, il provvedimento di allontanamento di cui al comma 1 è disposto altresì nei confronti di chi commette le violazioni previste dalle predette disposizioni nelle aree di cui al medesimo comma. 3 . Fermo il disposto

dell'articolo 52, comma 1 -ter , del decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42, e dell'articolo 1, comma 4, del decreto legislativo 25 novembre 2016, n. 222, i regolamenti di polizia urbana possono individuare aree urbane su cui insistono musei, aree e parchi archeologici, complessi monumentali o altri istituti e luoghi della cultura interessati da consistenti flussi turistici, ovvero adibite a verde pubblico, alle quali si applicano le disposizioni di cui ai commi 1 e 2.

4. Per le violazioni di cui al comma 1, l'autorità competente è il sindaco del comune nel cui territorio le medesime sono state accertate, che provvede ai sensi degli articoli 17 e seguenti della legge 24 novembre 1981, n. 689. I proventi derivanti dal pagamento delle sanzioni amministrative irrogate sono devoluti al comune competente, che li destina all'attuazione di iniziative di miglioramento del decoro urbano.

#### Art. 10. Divieto di accesso

1. L'ordine di allontanamento di cui all'articolo 9, comma 1, secondo periodo e comma 2, è rivolto per iscritto dall'organo accertatore, individuato ai sensi dell'articolo 13 della legge 24 novembre 1981, n. 689. In esso è specificato che ne cessa l'efficacia trascorse quarantotto ore dall'accertamento del fatto e che la sua violazione è soggetta alla sanzione amministrativa pecuniaria applicata ai sensi dell'articolo 9, comma 1, aumentata del doppio. Copia del provvedimento è trasmessa con immediatezza al questore competente per territorio con contestuale segnalazione ai competenti servizi socio-sanitari, ove ne ricorrano le condizioni.

2. Nei casi di reiterazione delle condotte di cui all'articolo 9, commi 1 e 2, il questore, qualora dalla condotta tenuta possa derivare pericolo per la sicurezza, può disporre, con provvedimento motivato, per un periodo non superiore a sei mesi, il divieto di accesso ad una o più delle aree di cui all'articolo 9, espressamente specificate nel provvedimento, individuando, altresì, modalità applicative del divieto compatibili con le esigenze di mobilità, salute e lavoro del destinatario dell'atto.

3. La durata del divieto non può comunque essere inferiore a sei mesi, né superiore a due anni, qualora le condotte di cui all'articolo 9, commi 1 e 2, risultino commesse da soggetto condannato, con sentenza definitiva o confermata in grado di appello, nel corso degli ultimi cinque anni per reati contro la persona o il patrimonio. Qualora il responsabile sia soggetto minorenni, il questore ne dà notizia al procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni.

4. In relazione al provvedimento di cui al comma 3 si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 6, commi 2 -bis, 3 e 4, della legge 13 dicembre 1989, n. 401.

5. In sede di condanna per reati contro la persona o il patrimonio commessi nei luoghi o nelle aree di cui all'articolo 9, la concessione della sospensione condizionale della pena può essere subordinata all'imposizione del divieto di accedere a luoghi o aree specificamente individuati.

6. Ai fini dell'applicazione del presente articolo e dell'articolo 9, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, il Ministro dell'interno determina i criteri generali volti a favorire il rafforzamento della cooperazione, informativa ed operativa, tra le Forze di polizia, di cui all'articolo 16 della legge 1° aprile 1981, n. 121, e i Corpi e servizi di polizia municipale, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

#### Art. 11. Disposizioni in materia di occupazioni arbitrarie di immobili

1. Il prefetto, nella determinazione delle modalità esecutive di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria concernenti occupazioni arbitrarie di immobili, nell'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 13 della legge 1° aprile 1981, n. 121, impartisce, sentito il comitato provinciale per l'ordine e la sicurezza pubblica, disposizioni per prevenire, in relazione al numero degli immobili da sgomberare, il pericolo di possibili turbative per l'ordine e la sicurezza pubblica e per assicurare il concorso della Forza pubblica all'esecuzione di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria concernenti i medesimi immobili.

2. Le disposizioni di cui al comma 1 definiscono l'impiego della Forza pubblica per l'esecuzione dei necessari interventi, secondo criteri di priorità che tengono conto della situazione dell'ordine e della sicurezza pubblica negli ambiti territoriali interessati, dei possibili rischi per l'incolumità e la salute pubblica, dei diritti dei soggetti proprietari degli immobili, nonché dei livelli assistenziali che

possono essere assicurati agli aventi diritto dalle regioni e dagli enti locali. 3. L'eventuale annullamento, in sede di giurisdizione amministrativa, dell'atto con il quale sono state emanate le disposizioni di cui al comma 1, può dar luogo, salvi i casi di dolo o colpa grave, esclusivamente al risarcimento in forma specifica, consistente nell'obbligo per l'amministrazione di disporre gli interventi necessari ad assicurare la cessazione della situazione di occupazione arbitraria dell'immobile.

Art. 12. Disposizioni in materia di pubblici esercizi

1. Nei casi di reiterata inosservanza delle ordinanze emanate, nella stessa materia, ai sensi dell'articolo 50, commi 5 e 7, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, come modificato dal presente decreto, può essere disposta dal questore l'applicazione della misura della sospensione dell'attività per un massimo di quindici giorni, ai sensi dell'articolo 100 del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, recante il testo unico delle leggi di pubblica sicurezza.

2. All'articolo 14 -ter, comma 2, della legge 30 marzo 2001, n. 125, dopo la parola: «vende» sono inserite le seguenti: «o somministra».

Art. 13. Ulteriori misure di contrasto dello spaccio di sostanze stupefacenti all'interno o in prossimità di locali pubblici, aperti al pubblico e di pubblici esercizi

1. Nei confronti delle persone condannate con sentenza definitiva o confermata in grado di appello nel corso degli ultimi tre anni per la vendita o la cessione di sostanze stupefacenti o psicotrope, di cui all'articolo 73 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, per fatti commessi all'interno o nelle immediate vicinanze di locali pubblici, aperti al pubblico, ovvero in uno dei pubblici esercizi di cui all'articolo 5 della legge 25 agosto 1991, n. 287, il questore può disporre, per ragioni di sicurezza, il divieto di accesso agli stessi locali o a esercizi analoghi, specificamente indicati, ovvero di stazionamento nelle immediate vicinanze degli stessi.

2. Il divieto di cui al comma 1 non può avere durata inferiore ad un anno, né superiore a cinque.

3. Nei casi di cui al comma 1, il questore, nei confronti dei soggetti già condannati negli ultimi tre anni con sentenza definitiva, può altresì disporre, per la durata massima di due anni, una o più delle seguenti misure: a) obbligo di presentarsi almeno due volte a settimana presso il locale uffici della Polizia di Stato o presso il comando dell'Arma dei carabinieri territorialmente competente; obbligo di rientrare nella propria abitazione, o in altro luogo di privata dimora, entro una determinata ora e di non uscirne prima di altra ora prefissata; b) divieto di allontanarsi dal comune di residenza; c) obbligo di comparire in un ufficio o comando di polizia specificamente indicato, negli orari di entrata ed uscita dagli istituti scolastici.

4. In relazione al provvedimento di cui al comma 3 si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 6, commi 2 -bis, 3 e 4, della legge 13 dicembre 1989, n. 401.

5. I divieti di cui al comma 1 possono essere disposti anche nei confronti di soggetti minori di diciotto anni che hanno compiuto il quattordicesimo anno di età. Il provvedimento è notificato a coloro che esercitano la responsabilità genitoriale.

6. Salvo che il fatto costituisca reato, per la violazione dei divieti di cui ai commi 1 e 3 si applica, con provvedimento del prefetto, ai sensi della legge 24 novembre 1981, n. 689, la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 10.000 a euro 40.000 e la sospensione della patente di guida da sei mesi a un anno. 7. In sede di condanna per i reati di cui al comma 1 commessi all'interno o nelle immediate vicinanze di locali pubblici, aperti al pubblico, ovvero in uno dei pubblici esercizi di cui all'articolo 5 della legge 25 agosto 1991, n. 287, la concessione della sospensione condizionale della pena può essere subordinata all'imposizione del divieto di accedere in locali pubblici o pubblici esercizi specificamente individuati.

Art. 14. Numero Unico Europeo 112

1. Per le attività connesse al numero unico europeo 112 e alle relative centrali operative realizzate in ambito regionale secondo le modalità definite con i protocolli d'intesa adottati ai sensi dell'articolo 75 -bis, comma 3, del decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259, le Regioni che hanno rispettato gli obiettivi del pareggio di bilancio di cui all'articolo 9 della legge 24 dicembre

2012, n. 243, possono bandire, nell'anno successivo, procedure concorsuali finalizzate all'assunzione, con contratti di lavoro a tempo indeterminato, di un contingente massimo di personale determinato in proporzione alla popolazione residente in ciascuna Regione, sulla base di un rapporto pari ad un'unità di personale ogni trentamila residenti. A tal fine, le Regioni possono utilizzare integralmente i risparmi derivanti dalle cessazioni dal servizio per gli anni 2016, 2017, 2018 e 2019 finalizzate alle assunzioni, in deroga alle previsioni dell'articolo 1, comma 228, primo periodo, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Art. 15. Integrazione della disciplina sulle misure di prevenzione personali

1. Al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, comma 1, lettera c), dopo le parole: «sulla base di elementi di fatto», sono inserite le seguenti: «, comprese le reiterate violazioni del foglio di via obbligatorio di cui all'articolo 2, nonché dei divieti di frequentazione di determinati luoghi previsti dalla vigente normativa,»; b) all'articolo 6, dopo il comma 3, è aggiunto il seguente: «3 -bis . Ai fini della tutela della sicurezza pubblica, gli obblighi e le prescrizioni inerenti alla sorveglianza speciale possono essere disposti, con il consenso dell'interessato ed accertata la disponibilità dei relativi dispositivi, anche con le modalità di controllo previste all'articolo 275 -bis del codice di procedura penale.».

Art. 16. Modifiche all'articolo 639 del codice penale

1. All'articolo 639 del codice penale, dopo il quarto comma è aggiunto il seguente: «Con la sentenza di condanna per i reati di cui al secondo e terzo comma il giudice, ai fini di cui all'articolo 165, primo comma, può disporre l'obbligo di ripristino e di ripulitura dei luoghi ovvero, qualora ciò non sia possibile, l'obbligo a sostenerne le relative spese o a rimborsare quelle a tal fine sostenute, ovvero, se il condannato non si oppone, la prestazione di attività non retribuita a favore della collettività per un tempo determinato comunque non superiore alla durata della pena sospesa, secondo le modalità indicate nella sentenza di condanna.».

Art. 17. Clausola di neutralità finanziaria

1. Dall'attuazione del presente decreto non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente decreto con l'utilizzo delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 18. Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge. 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. Dato a Roma, addì 20 febbraio 2017

MATTARELLA GENTILONI SILVERI, Presidente del Consiglio dei ministri M INNITI, Ministro dell'interno ORLANDO, Ministro della giustizia COSTA, Ministro per gli affari regionali Visto, il Guardasigilli: ORLANDO

# PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 24 FEBBRAIO 2017, arretrati compresi

## AMMINISTRAZIONE REGIONALE

### LAZIO

**DGR 9.2.017, n. 44** Piano della performance 2017-2019. (BUR n. 14 del 16.2.17)

#### Note

Viene adottato il “Piano della performance 2017-2019” con il relativo “Allegato Tecnico” che ne costituisce parte integrante (a cui si fa rinvio).

I dirigenti apicali, nell’ambito del ciclo di gestione della performance, procedono a loro volta all’assegnazione di obiettivi ai dirigenti di II livello appartenenti alla propria struttura attraverso i Programmi annuali direzionali (PAD).

### MOLISDE

DPGR 27.1.17 , n. 5 - Consulta regionale per la valorizzazione di ordini, collegi ed associazioni professionali ai sensi della l.r. 18 ottobre 2004, n. 1 come modificata dall’art. 25 della l.r. 4 maggio 2016, n. 4. Costituzione. il presidente della giunta regionale

#### Note

Con la l.r. 18 ottobre 2004 n. 19 è stata istituita la “consulta regionale per la valorizzazione di ordini, collegi ed associazioni professionali” per il perseguimento il obiettivi di cui all’art. 1 1 della stessa legge.

Fra i componenti della consulta vi è ; nugnes teresa - designata dall’ordine degli assistenti sociali della regione Molise.

### VENETO

**DGR 27.1.17** - Approvazione di schema di Protocollo d’Intesa con la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia per l’interscambio di esperienze e supporti finalizzati allo sviluppo, alla realizzazione, all’avviamento e alla gestione di sistemi informativi per la pubblica amministrazione, ex art. 15, L. 241/1990. (BUR n. 19 del 21.2.17)

#### Note

#### PREMESSA

Il processo di riforma della Pubblica Amministrazione, avviato da anni, si realizza anche attraverso l’attuazione dei principi di cooperazione e di collaborazione ad ogni livello, compreso quello regionale.

La Regione del Veneto è attivamente impegnata nello sviluppo e nell’acquisizione di tecnologie informatiche, anche al fine di sostenere l’ampliamento delle conoscenze metodologiche e funzionali possedute nei sistemi informativi, avvalendosi di forme di “*collaborazione operativa*” con altri Enti pubblici per la realizzazione, l’implementazione e la gestione di soluzioni informative per la Pubblica Amministrazione.

Parallelamente a queste azioni l’Amministrazione regionale ha avviato forme di sviluppo di progetti comuni con altre Pubbliche amministrazioni al fine di condividere i risultati ottenuti e ripartire le risorse impiegate, perseguendo altresì una più efficace, efficiente ed economica gestione della “cosa pubblica”.

In particolare, la Regione del Veneto ha fatto proprio e applicato in questi anni l’invito proveniente degli apparati centrali dell’Amministrazione pubblica a realizzare delle “*economie*” nell’acquisizione e sviluppo di soluzioni informatiche, prediligendo laddove possibile le soluzioni sviluppate da Amministrazioni che hanno già affrontato problematiche comuni.

La pratica della condivisione di progetti e dello sviluppo comune di soluzioni informatiche consente di ridurre le energie necessarie, attraverso la condivisione di software, di metodologie e risorse disponibili, razionalizzando le spese e con un risparmio complessivo per la Pubblica amministrazione.

Le finalità sopra enunciate emergono nella loro entità e rilevanza nel quadro delle attività che la Regione del Veneto ha realizzato negli ultimi anni: sono state formalizzati molti accordi con gli EE.LL. del Veneto, in un'ottica cooperativa e collaborativa, allo scopo precipuo di diffondere i progetti e le soluzioni informatiche di Regione del Veneto.

Grazie alla legge regionale 8 novembre 1988, n. 54, "*Interventi per la costituzione di sistemi informativi e l'informatizzazione degli Enti Locali*", sono numerosi gli Enti Locali del Veneto che si avvalgono di programmi informatici per la gestione dei principali settori dell'Ente (ad es.: anagrafe, stato civile, finanziario, tributi, personale, ecc.), messi a disposizione senza alcun onere dall'Amministrazione regionale nell'ambito della citata L.R. 54/1988.

La Regione del Veneto, a sua volta, ha dato avvio a forme di collaborazione ampie ed estese con altre Regioni italiane al fine di ottenere progetti e soluzioni informatiche per continuare a supportare gli EE.LL. del territorio veneto.

In particolare è stato significativo l'Accordo Quadro, stipulato nell'anno 2005, con la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia (DGR n. 1890 del 19.07.2005) allo scopo di condividere esperienze e supporti finalizzati allo sviluppo, alla realizzazione, all'avviamento ed alla gestione di sistemi informativi per la Pubblica Amministrazione, migliorando l'impiego delle risorse e dei finanziamenti disponibili, nel rispetto dei principi di efficacia ed economicità che orientano l'azione amministrativa.

Dall'attuazione operativa del predetto Accordo Quadro numerosi Enti Locali del Veneto, tra i quali vari Comuni capoluoghi di Provincia, in attuazione della citata L.R. 54/1988, stanno beneficiando di una o più soluzioni informatiche quali "*Ascot Web*" (per la gestione dei servizi amministrativi e tecnici, tra cui: anagrafe, stato civile, finanziario, tributi, personale) e/o "*Office Web*" (per la gestione dei servizi dedicati al commercio), provenienti dalla Regione Friuli Venezia Giulia, che ha garantito altresì l'aggiornamento degli applicativi.

Le predette soluzioni informatiche riguardano funzioni essenziali degli EE.LL. e da tali azioni di sostegno derivano notevoli economie di spesa per gli EE.LL. medesimi che possono contenere le spese informatiche per i servizi in parola.

La Regione del Veneto e la Regione Friuli Venezia Giulia, del resto, al fine di dare attuazione operativa al suddetto Accordo Quadro hanno stipulato nel corso degli anni vari Protocolli d'Intesa realizzando esperienze positive, in linea con i principi espressi dal Codice dell'Amministrazione Digitale, in termini di razionalizzazione della spesa e di riduzione dei tempi dello sviluppo degli applicativi medesimi.

L'ultimo Protocollo d'intesa, in ordine temporale, stipulato con la Regione Friuli Venezia Giulia per gli anni 2015-2016, è stato approvato da Regione del Veneto con DGR n. 2624 del 29 dicembre 2014.

### **IL NUOVO PROTOCOLLO**

Viene stipulato un nuovo Protocollo d'Intesa, a valere per gli anni 2017-2018, con la suddetta Regione Friuli Venezia Giulia, al fine di proseguire la collaborazione relativa alle attività di interesse comune per lo sviluppo, la realizzazione, l'avviamento e la gestione dei sistemi informativi, ai sensi dell'art. 15 della L. 241/1990.

#### **PROTOCOLLO D'INTESA**

#### **PER L'INTERSCAMBIO DI ESPERIENZE E SUPPORTI**

#### **FINALIZZATI ALLO SVILUPPO, ALLA REALIZZAZIONE, ALL'AVVIAMENTO E**

#### **ALLA GESTIONE DI SISTEMI INFORMATIVI INNOVATIVI**

#### **PER LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE. ANNI 2017-2018**

#### **TRA**

la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, con sede in Trieste, Piazza Unità d'Italia, codice fiscale n. 80014930327, nella persona di \_\_\_\_\_, il quale interviene in nome e per conto della stessa in qualità di \_\_\_\_\_

E

la Regione Veneto, con sede in Venezia, Dorsoduro, 3901, codice fiscale 80007580279, nella persona di \_\_\_\_\_, il quale interviene in nome e per conto della stessa in qualità di \_\_\_\_\_

di seguito denominate congiuntamente "le Parti".

#### **PREMESSE**

– vista la collaborazione avviata fin dall'anno 2005 tra la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e la Regione del Veneto per l'interscambio di esperienze e supporti finalizzati allo sviluppo, alla realizzazione, all'avviamento e alla gestione di sistemi informativi innovativi per la pubblica amministrazione;

– visto in particolare la Convenzione Attuativa, sottoscritta il 20 dicembre 2007, avente ad oggetto, tra l'altro:

a) l'impegno da parte della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia a rendere disponibile agli Enti Locali Territoriali della Regione Veneto, per la durata della Convenzione, gli aggiornamenti per le soluzioni Ascot Web ed Office Web;

b) la definizione di progetti comuni nell'ambito delle soluzioni applicative Ascot Web, per l'adozione di piattaforme ed architetture open source;

– atteso che la Regione del Veneto e la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, per mezzo della Convenzione suddetta, si sono poste come obiettivo la realizzazione di sinergie attraverso l'adozione di standard comuni anche tramite l'applicazione del principio del riuso del software nella Pubblica Amministrazione ed hanno realizzato delle esperienze positive in linea con i principi espressi dal Codice dell'Amministrazione Digitale (d.lgs. n. 82/2005 e s.m.i.) in termini di razionalizzazione della spesa e di riduzione dei tempi dello sviluppo degli applicativi;

– visto il "Protocollo d'Intesa per l'interscambio di esperienze e supporti finalizzati allo sviluppo, alla realizzazione, all'avviamento e alla gestione di sistemi informativi innovativi", la cui stipula è stata perfezionata a Trieste in data 04.03.2015, con cui le Parti si sono impegnate a proseguire nella proficua e quasi decennale collaborazione reciproca nelle materie in parola;

– atteso che la Regione del Veneto, ai sensi della L.R. 8 novembre 1988 n.54, art. 1, << nell'ambito della propria azione di programmazione, favorisce la formazione di sistemi informativi omogenei nelle materie di competenza degli enti locali >> ha la necessità di continuare a mantenere gli impegni assunti nei confronti degli EE.LL. del proprio territorio e quindi di continuare a disporre di soluzioni informatiche adeguate alle necessità d'uso dei suddetti enti, garantendone continuità operativa di servizio;

– considerato che le Amministrazioni regionali hanno l'interesse a proseguire la collaborazione in atto in ambito informatico;

– ritenuto di comune accordo, ai fini sopra esposti, di procedere alla stipula di un nuovo Protocollo d'Intesa, a valere per gli anni 2017-2018

– visto anche l'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi", concernente "Accordi fra pubbliche amministrazioni", il quale dispone che "1. Anche al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 14, le amministrazioni pubbliche possono sempre concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune. (...)";

Tutto ciò premesso e considerato, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, le Parti, come sopra rappresentate, convengono e stipulano quanto segue:

**Art. 1 Valore delle premesse**

**1. Le Parti convengono che le premesse e gli atti menzionati costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Protocollo e ne formano altresì il presupposto.**

#### **Art. 2 Oggetto**

**1. Con il presente Protocollo d’Intesa:**

**a. le Parti si impegnano a collaborare reciprocamente in ambito informatico per l’interscambio di esperienze e di supporto finalizzato allo sviluppo, alla realizzazione, all’avviamento e alla gestione di sistemi informativi innovativi per la pubblica amministrazione, in particolare su progetti di interesse comune (ad es. Agenda Digitale, SPID, fattura telematica, pagamenti elettronici, ecc.);**

**b. le Parti si impegnano, in particolare, a collaborare nello sviluppo di moduli applicativi e loro evoluzioni, in grado di integrarsi ed interoperare con le soluzioni di cui all’Allegato 1, parte integrante del presente Protocollo d’Intesa, al fine di rendere fruibili i dati anche da parte di sistemi informatici terzi;**

**c. la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia mette a disposizione della Regione Veneto, per la durata del presente Protocollo, gli aggiornamenti delle applicazioni “Ascot Web” di cui all’Allegato 1 derivanti da manutenzioni correttive, adeguamenti alla normativa ed evoluzioni funzionali, come concordati fra le parti nell’ambito del Comitato di Gestione di cui all’art. 3, al fine di supportare la Regione Veneto nello svolgimento delle proprie azioni volte al territorio;**

**d. non sono in carico alla Regione autonoma Friuli Venezia Giulia gli interventi di adeguamento tecnologico ed infrastrutturale dei sistemi di Regione del Veneto e dei suoi utenti (software di base, DBMS, sistema operativo, browser) volti a garantire la compatibilità con gli aggiornamenti delle applicazioni di cui all’Allegato 1. Non verrà inoltre garantito dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia l’allineamento delle applicazioni di cui all’Allegato 1 ad eventuali personalizzazioni effettuate da fornitori terzi per gli utenti della Regione Veneto, tuttavia la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia farà il possibile per mettere a disposizione della Regione del Veneto gli aggiornamenti delle applicazioni “Ascot Web” di cui all’Allegato 1 in formati “neutrali” rispetto alle predette personalizzazioni degli utenti;**

**e. viene istituito un apposito registro per la condivisione della documentazione relativa agli sviluppi congiunti di cui alla lett. c.**

**2. Gli sviluppi congiunti costituiscono standard interregionale sull’erogazione di informazioni e servizi applicativi per i temi definiti.**

#### **Art. 3 Comitato di Gestione**

**1. Per il perseguimento dell’oggetto del Protocollo d’Intesa, le Parti costituiscono, entro trenta giorni dal presente atto, un Comitato di Gestione composto da un referente espressamente incaricato in rappresentanza di ciascuna amministrazione, o suo delegato.**

**2. Entro il mese di dicembre di ciascun anno il Comitato di Gestione individua l’oggetto specifico delle attività di cui all’art. 2, comma 1, lett. b, le procedure operative, nonché le modalità di monitoraggio e verifica sullo stato di attuazione del Protocollo.**

#### **Art. 4 Costi**

**1. Per lo svolgimento di tutte le attività di cui all’art. 2, la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e la Regione Veneto si impegnano annualmente per una somma globale di euro 261.200,00#, comprensiva di qualsiasi onere di legge, così ripartiti:**

**a. la Regione del Veneto si impegna a conferire annualmente, alla Regione Friuli Venezia Giulia, per tutta la durata della convenzione, un importo pari a euro 181.200,00#, comprensivo di qualsiasi onere di legge, subordinando la completa realizzazione del progetto e l’adozione delle conseguenti iniziative di spesa e delle relative obbligazioni all’ effettivo reperimento delle risorse nei bilanci annuali;**

**b. La Regione autonoma Friuli Venezia Giulia si impegna annualmente al finanziamento dei progetti comuni, per un onere pari a 80.000,00#, comprensivo di qualsiasi onere di legge,**

subordinando la completa realizzazione dei progetti e l'adozione delle conseguenti iniziative di spesa e delle relative obbligazioni all'effettivo reperimento delle risorse nei bilanci annuali.

**2. La Regione autonoma Friuli Venezia Giulia emette le “Richieste di pagamento” a Regione Veneto, per gli importi di cui all’art. 4, comma 1, lett. a), il 1° settembre di ogni anno di validità del presente Protocollo, con pagamento entro 45 giorni.**

**Art. 5 Registrazione e Oneri finanziari**

**1. Le eventuali spese relative alla registrazione del presente atto sono a totale carico della Regione Veneto.**

**2. Il presente atto verrà registrato solo in caso d’uso ai sensi dell’art. 5, comma 2, del D.P.R. 131/1986.**

**Art. 6 Controversie**

**1. Le Parti si impegnano a dirimere in via amichevole e con spirito di massima collaborazione eventuali difficoltà o inconvenienti che dovessero insorgere in sede di interpretazione ed attuazione del presente atto. Per le controversie che non fossero suscettibili di composizione bonaria sarà competente in via esclusiva il Foro di Trieste.**

**Art. 7 Durata**

**1. Il presente Protocollo d’Intesa ha validità dalla sua sottoscrizione e fino al 31 dicembre 2018. 2. E’ comunque facoltà delle Parti, in ragione dell’eventuale mutato contesto e/o di mutate esigenze e/o di valutazioni sull’efficacia degli interventi regionali, rimodulare gli impegni e i relativi oneri, modificare o recedere anticipatamente dal presente Protocollo, fermo restando il necessario adempimento degli impegni già assunti in sua attuazione e che, in caso di recesso, sono individuati dal Comitato di Gestione di cui all’articolo 3.**

**Il Presente atto viene letto, accettato e sottoscritto con firma digitale dalle Parti.**

**Per la Regione Friuli Venezia Giulia Per la Regione Veneto**

---

**ALLEGATO A pag. 4 di 6 DGR nr. 40 del 27 gennaio 2017**

**ALLEGATO N. 1**

**al Protocollo d’Intesa per l’interscambio di esperienze e supporti finalizzati allo sviluppo, alla realizzazione, all’avviamento e alla gestione di sistemi informativi innovativi per la pubblica amministrazione. Anni 2017-2018.**

**APPLICAZIONI ASCOTWEB PRESENTI NEL PORTAFOGLIO L.R. 54/1988 DELLA REGIONE DEL VENETO**

**1. Servizi Demografici Consente l’automazione dei servizi comunali per la gestione dell’area demografica mettendo a disposizione funzioni per: tenuta degli archivi della popolazione residente (APR), tenuta degli archivi dei cittadini italiani residenti all’estero (AIRE), popolazione domiciliata temporaneamente, certificazione, Elettorale, Ufficio Militare, formazione della leva scolastica, gestione del viario, dei numeri civici e delle ripartizioni del territorio comunale, produzione di statistiche demografiche, flussi sequenziali per Enti Centrali.**

**La soluzione comprende i seguenti moduli aggiuntivi:**

- Comunicazioni XML-SAIA per il collegamento diretto con il Centro Nazionale Servizi Demografici con il protocollo XML**
- Integrazione Carta d’identità elettronica per la comunicazione diretta tra i Servizi Demografici e il sistema ministeriale ai fini della produzione della Carta d’Identità Elettronica**
- Automazione delle revisioni elettorali per le liste aggiunte per l’aggiornamento automatico della base di dati**
- Storicizzazione iter pratiche APR**

- **Statistiche Storiche**, per generare elenchi, etichette e file sequenziali ricavati da dati pregressi riferiti agli individui, in base a parametri temporali forniti dall'utente
- **Vigilanza anagrafica**, per coadiuvare la compilazione di una serie di modelli di aggiornamento anagrafico
- **Stampe grafiche per Elettorale e per APR4**

**2. Stato Civile** Consente l'automazione dei servizi comunali per lo Stato Civile mettendo a disposizione funzioni per gestione dei registri di Stato Civile, gestione delle annotazioni sugli atti, permessi di seppellimento, certificazione, definizione personalizzata dei certificati/estratti, formazione atti, stampa degli Indici annuali/decennali, statistiche Istat.

La soluzione è comprensiva della funzionalità aggiuntiva per la gestione dei Moduli in bianco per lo Stato Civile.

**3. Contabilità Finanziaria** Consente l'automazione dei servizi comunali per la contabilità finanziaria relativamente a: bilancio, movimenti contabili di entrata e spesa, rendiconti, contabilità analitica della spesa, contabilità IVA, contabilità del sostituto d'imposta, contabilità delle casse economati, contabilità dei mutui e degli impegni e accertamenti pluriennali, contabilità dei funzionari delegati, contabilità dei rapporti con il tesoriere.

**Moduli Integrativi:**

Alla Contabilità Finanziaria sono connessi i seguenti moduli, realizzati in ambiente xls-visual basic e distribuiti separatamente al momento delle scadenze di legge:

- **Certificato al Bilancio di previsione.**
- **Prospetto di conciliazione.**
- **Certificato al conto di bilancio.**
- **Relazione Previsionale e Programmatica.**

**4. Contabilità Economico Patrimoniale** Consente l'automazione della Contabilità Economico Patrimoniale.

La soluzione comprende la gestione delle funzioni per la gestione del piano dei conti, la derivazione delle scritture dalla contabilità finanziaria, la tenuta delle scritture obbligatorie, scritture automatiche e semiautomatiche.

**5. Contabilità Finanziaria - Gestione Opere** Permette di gestire tutte le fasi generali di un'opera in relazione alle imputazioni di bilancio, ripartizione dell'opera sui movimenti d'entrata e di spesa, stampe e interrogazioni.

**6. Personale – Gestione Economica per singolo ente (P0) e multiente (P0S)** Consente l'automazione del Settore Risorse Umane con particolare riguardo alle attività dell'Ufficio Stipendi (parte economica) e comprende i seguenti moduli: **Anagrafe Matricolare** (Informazioni anagrafiche dei dipendenti), **Giuridico Matricolare** (per la definizione dei periodi di servizio sui quali si basa il calcolo della retribuzione mensile), **Economico Contabile** (per il calcolo degli emolumenti spettanti). La soluzione comprende la gestione delle funzioni per l'anagrafe economico-contabile, per il calcolo degli emolumenti, per la gestione degli elaborati mensili, dei rapporti con terzi, la previsione di spesa, la gestione delle codifiche economiche.

**7. Tributi EELL** Consente l'automazione dei servizi comunali per la gestione delle attività di acquisizione delle denunce, di accertamento e riscossione dei tributi locali quali TARSU, TARES, TARI, TIA, TOSAP (Tassa Occupazione Suolo ed Aree Pubbliche), Imposta Comunale sulla Pubblicità.

**8. ICI/IMU/TASI** Consente l'automazione dei servizi per la formazione e la gestione della base informativa degli immobili e dei titolari di diritti a essi collegati per permettere una gestione efficiente dell'imposta comunale sugli immobili secondo le norme vigenti.

<b>ANZIANI</b>
----------------

**DPGR 8.2.17, n. 029/PRES.** -DPR n. 361/2000, art. 2. associazione di promozione sociale università della terza età "paolo naliato" con sede a udine. approvazione delle modifiche statutarie. (BUR n. 8 del 22.2.17)

## Note

Sono approvate le modifiche statutarie dell'associazione di promozione sociale "università della terza età 'paolo naliato'", avente sede in Udine, deliberate dall'assemblea straordinaria degli associati nella seduta del 19 novembre 2016. 2. il nuovo statuto, il cui testo viene allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, produrrà effetti a seguito dell'iscrizione del presente provvedimento nel registro regionale delle persone giuridiche.

## STATUTO

### art. 1 – natura e organizzazione territoriale

E' costituita a tempo indeterminato, ai sensi dell'art. 14 e seguenti del c.c. nonché della normativa vigente in materia, l'associazione di promozione sociale e culturale denominata: università della terza età "Paolo Naliato", associazione di promozione sociale, A.P.S., di seguito definita UTE. L'UTE ha sede legale e operativa in Udine, di seguito denominata sede centrale, ed altre sedi operanti in altri ambiti territoriali, di seguito denominate "università della terza età Paolo Naliato – sezione di..." (località più rilevante nel proprio ambito territoriale oppure dell'ambito stesso). Le sezioni possono operare anche in sedi didattiche decentrate. Il consiglio direttivo fissa il luogo della sede legale con il relativo indirizzo, purchè nel comune di Udine. Il consiglio direttivo ha parimenti la facoltà di fissare la sede e il relativo indirizzo delle sezioni periferiche.

### art. 2 – finalità

L'UTE è associazione indipendente e autonoma, svolge la propria attività con modalità ispirate ai principi di democrazia, partecipazione, trasparenza e senza scopi di lucro. Persegue finalità di solidarietà, mutualità e utilità sociale a favore delle persone adulte e della più vasta comunità friulana e locale; in particolare opera per promuovere ed alimentare gli interessi culturali, la creatività artistica ed artigianale, il benessere psicofisico, la partecipazione alla vita civile e sociale delle persone socie. L'UTE realizza le proprie finalità programmando e gestendo corsi di lezioni, seminari, convegni, conferenze, mostre, spettacoli, attività creative e fisiche e ogni altra attività connessa agli scopi sociali. Per questi obbiettivi l'UTE può stipulare convenzioni o intese con altri soggetti culturali e sociali o aderendo alle relative iniziative. L'UTE si avvale normalmente delle prestazioni personali volontarie e gratuite dei soci e di altre persone disponibili, se necessario, delle prestazioni di personale dipendente.

### art. 3 – soci

L'UTE è costituita da persone fisiche, maggiorenni. possono essere accettati come soci anche persone giuridiche, se l'adesione è necessaria per sostenere l'UTE. I soci si distinguono in soci ordinari, benemeriti, sostenitori, e sono iscritti in distinti registri sociali e partecipano a pieno titolo alla vita associativa. ogni socio è incardinato in una sezione dell'associazione; la sede centrale equivale a sezione dell'associazione. Le quote associative sono intrasmissibili anche per causa di morte e non sono rivalutabili.

### art. 4 – soci ordinari

Sono soci ordinari le persone che aderiscono all'UTE per frequentare i corsi e le altre attività sociali versando la quota associativa annuale e i contributi spese di funzionamento, di promozione culturale e associativa, di laboratorio. Con la domanda scritta di ammissione il nuovo socio si impegna a rispettare lo statuto, i regolamenti e le deliberazioni degli organi sociali. Agli effetti sociali l'ammissione decorre dalla data di iscrizione nel registro dei soci tenuto anche su supporto elettronico. i soci ordinari decadono da questa condizione:

- a – per rinuncia a far parte dell'UTE, comunicata per iscritto al consiglio direttivo ed efficace a decorrere dall'anno sociale successivo alla comunicazione;
- b – per morosità: il mancato versamento della quota associativa annuale e del contributo spese da effettuarsi entro il 31 gennaio di ogni anno, comporta l'automatica decadenza del socio dall'UTE;
- c - per motivata decisione del consiglio direttivo di esclusione del socio che venga meno all'adempimento degli obblighi derivanti dallo statuto, dai regolamenti e dalle deliberazioni degli organi sociali o arrechi, in qualunque modo, danno morale o materiale all'UTE, oppure perda i

requisiti previsti per l'ammissione da notificare a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento da parte del presidente. contro la decisione del consiglio direttivo il socio escluso può appellarsi, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, al collegio dei probiviri, la cui decisione è definitiva. L'esclusione ha effetto dalla data del provvedimento da riportare nel libro dei soci. i soci ordinari, in tutti i casi di decadenza o di esclusione, non avranno diritto alla restituzione della quota associativa e del contributo spese di funzionamento. I soci ordinari partecipano alla vita associativa con diritto di voto e possono essere eletti alle cariche associative. possono essere considerati soci ordinari dell'UTE, Qualora si iscrivano ai corsi UTE e alle altre attività, i soci di altra associazione con la quale sia stata stipulata apposita intesa approvata dal consiglio direttivo. il consiglio direttivo può, in questo caso, disporre l'esonero dal versamento della quota sociale.

#### art. 5 – soci benemeriti

Sono soci benemeriti le persone che hanno costituito l'associazione, gli ex presidenti, gli ex coordinatori di sezione ed inoltre coloro che si sono distinti per l'impegno svolto a favore dell'UTE e che sono, su proposta del consiglio direttivo, nominati dall'assemblea. sono parimenti nominati soci benemeriti anche le persone fisiche che sostengono l'UTE con significative liberalità economiche. I soci benemeriti hanno tutti i diritti e gli obblighi dei soci ordinari; partecipano alla vita associativa con diritto di voto e possono essere eletti alle cariche associative.

#### art. 6 - soci sostenitori

Sono soci sostenitori le persone che, in qualità di volontari, sono incaricate dal consiglio direttivo di tenere corsi di lezioni teoriche e/o pratiche o attività di organizzazione e promozione associativa. Sono iscritte in apposito registro per l'anno sociale in cui si svolge la loro collaborazione. I soci sostenitori hanno tutti i diritti e gli obblighi dei soci ordinari; partecipano alla vita associativa con diritto di voto e possono essere eletti alle cariche associative. La quota associativa, tuttavia, si considera assolta con lo svolgimento della loro attività, esercitata a titolo gratuito.

#### art. 7 – anno sociale

L'anno sociale decorre dal 1° (primo) settembre al 31 (trentuno) agosto dell'anno successivo.

#### art. 8 – organi

Sono organi dell'associazione:

- a) l'assemblea generale dei delegati dei soci;
- b) il consiglio direttivo;
- c) il presidente;
- d) il consiglio di presidenza;
- e) i coordinatori delle sezioni;
- f) il collegio dei revisori dei conti;
- g) il collegio dei probiviri.

Gli organi dell'associazione sono eletti liberamente secondo le modalità di cui agli articoli seguenti, ogni socio ed ogni delegato hanno un voto singolo ai sensi dell'art. 148, comma 8, lett. e) del d.p.r. 22 dicembre 1986, n. 917.

#### art. 9 - assemblea generale dei delegati

L'assemblea generale è costituita dai delegati eletti dai soci ordinari, benemeriti e sostenitori nelle assemblee sezionali, convocate dal presidente dell'UTE a seguito di deliberazione del c.d., in un'unica sessione. L'avviso di convocazione è esposto agli albi sociali almeno 15 giorni prima ed è reso pubblico a mezzo stampa o comunque reso noto in modo idoneo a portarlo a conoscenza di tutti gli aventi diritto a partecipare all'assemblea. L'avviso deve indicare la sede, il giorno e l'ora di svolgimento dell'assemblea, in prima e seconda convocazione, da tenersi non prima di un'ora di distanza dalla prima, e l'ordine del giorno. le assemblee sezionali, compresa quella della sede centrale, eleggono i propri delegati all'assemblea generale in ragione di un delegato ogni 100 (cento) soci o frazione pari o superiore a 50, regolarmente iscritti alla data del 31 gennaio dell'anno in cui si tiene l'assemblea. L'assemblea generale dei delegati rimane in carica per un triennio e conclude il mandato congiuntamente con il consiglio direttivo. L'assemblea generale ordinaria si

riunisce almeno una volta l'anno per l'approvazione del bilancio preventivo e del rendiconto consuntivo della gestione. all'assemblea compete inoltre:

- approvare il programma triennale - annuale dell'attività dell'UTE;
  - eleggere il presidente anche se non ancora associato;
  - eleggere il consiglio direttivo; - eleggere il collegio dei revisori dei conti;
  - eleggere il collegio dei probiviri;
  - ratificare l'elezione del coordinatore di ognuna delle sezioni votato dai soci della sezione stessa;
- l'assemblea generale è validamente costituita in prima convocazione con la presenza della metà più uno degli aventi diritto e, in seconda convocazione, qualunque sia il numero dei delegati presenti. ogni delegato può farsi rappresentare, nell'assemblea generale, da altro delegato a mezzo delega scritta; ogni delegato può essere portatore di una sola delega. L'assemblea generale è presieduta dal presidente dell'UTE o dal vicepresidente o da altro delegato eletto dall'assemblea che nomina il segretario dell'assemblea che verbalizzerà lo svolgimento della riunione. La nomina del segretario non è necessaria nei casi in cui l'assemblea venga svolta alla presenza di un notaio. Spetta al presidente di constatare il diritto dei presenti a partecipare all'assemblea e la validità della sua costituzione. Tutte le deliberazioni sono approvate a maggioranza semplice dei presenti, salvo quanto disposto dagli artt. 25 e 26; a parità dei voti prevale il voto espresso dal presidente dell'UTE. Il voto viene sempre espresso per alzata di mano, salvo diversa determinazione dell'assemblea generale; le votazioni attinenti il rinnovo delle cariche sociali avverranno per votazione segreta, con le modalità che saranno stabilite dall'assemblea generale. L'assemblea è convocata su deliberazione del consiglio direttivo o su istanza scritta, contenente l'oggetto da trattare, di almeno un decimo dei soci ordinari e delibera con la maggioranza prevista dall'art. 21 c.c.. per l'approvazione dello statuto, per le sue eventuali modificazioni e per l'eventuale scioglimento dell'associazione e relativa devoluzione del patrimonio, l'assemblea dei delegati si riunisce in seduta straordinaria e delibera come previsto agli artt. 25 e 26 dello statuto. le deliberazioni assembleari, i bilanci e i rendiconti sono resi pubblici mediante affissione nella sede sociale, cui tutti i soci possono accedere, per almeno novanta giorni a far tempo dal decimo giorno successivo alla loro adozione ai sensi dell'art. 148, comma 8, lett. e) del d.p.r. 22 dicembre 1986, n. 917.

#### art. 10 – assemblee sezionali – consulta

Le assemblee si costituiscono e deliberano secondo le modalità previste per l'assemblea generale ordinaria e sono presiedute dal presidente dell'UTE o dal vicepresidente o da altro socio delegato dal presidente, coadiuvato dal rispettivo coordinatore di sezione. L'avviso di convocazione è esposto agli albi sociali almeno quindici giorni prima ed è reso pubblico a mezzo stampa o comunque reso noto in modo idoneo a portarlo a conoscenza degli aventi diritto a partecipare all'assemblea. I soci votano il coordinatore della sezione ed eleggono in numero variabile gli altri componenti della consulta di sezione, organismo consultivo che collabora con il coordinatore di sezione per la migliore gestione delle attività. La consulta è convocata e presieduta dal coordinatore che elegge tra i propri componenti per un'analoga durata, il vice coordinatore della sezione e attribuisce eventuali altri incarichi. alle riunioni è invitato a partecipare il presidente dell'UTE. Delle riunioni è redatto verbale in apposito libro verbali. Le assemblee sezionali possono essere altresì convocate dal presidente per discutere delle problematiche interessanti la vita delle sezioni, per proporre ai competenti organi dell'UTE le soluzioni da adottare. Le deliberazioni assembleari sono rese pubbliche mediante affissione nella sede sociale ai sensi dell'art. 148, comma 8, lett. e) del d.p.r. 22 dicembre 1986, n. 917.

#### art. 11 – consiglio direttivo

L'UTE è amministrata da un unico consiglio direttivo, che dura in carica 3 anni ed i cui membri possono essere rieletti. Il consiglio direttivo è composto dal presidente dell'UTE, da non oltre sedici membri eletti e dai coordinatori di ciascuna sezione. possono essere invitati alle riunioni del consiglio direttivo persone esperte in campi specifici dell'organizzazione, senza diritto di voto. Il consiglio direttivo si riunisce almeno sei volte all'anno su convocazione scritta del presidente, o su richiesta di almeno due terzi dei membri del consiglio direttivo. Le riunioni sono convocate dal

presidente del consiglio direttivo da disporre almeno 8 gg. prima della riunione, e sono valide con la presenza della maggioranza dei membri in carica. Il consiglio direttivo è validamente riunito, anche in mancanza di formale convocazione, qualora siano presenti tutti i membri del consiglio direttivo stesso a fronte di motivazioni di carattere urgente. Le delibere sono assunte con voto palese a maggioranza dei presenti e, a parità di voti, prevale il voto del presidente. Il consiglio direttivo, in caso di cessazione dalla carica, per qualsiasi motivo, di qualunque consigliere, provvederà alla sua sostituzione per il restante periodo del triennio con il primo, e così via, dei soci risultanti dalla graduatoria dei votati e non eletti. nel caso di non accettazione della carica o in caso di assenza di candidati votati ma non eletti, il consiglio direttivo può cooptare fino ad un massimo di quattro soci. La delibera di nomina dei consiglieri cooptati deve essere ratificata dalla prima successiva assemblea generale. se però decade la maggioranza del consiglio direttivo il presidente dovrà, nel termine di 60 gg., convocare l'assemblea generale per la elezione del nuovo consiglio direttivo.

#### art. 12 - attribuzioni del consiglio direttivo

Il consiglio direttivo:

- delibera sull'acquisto, acquisizione e vendita di beni immobili;
- delibera la convocazione della assemblea generale;
- delibera sulla costituzione, adesione o partecipazione ad altre associazioni e/o enti aventi natura e scopi analoghi a quelli dell'UTE;
- dà attuazione al programma deliberato dall'assemblea curando il raggiungimento degli scopi dell'UTE;
- formula il bilancio preventivo ed il bilancio consuntivo sottoponendoli, poi, alla approvazione dell'assemblea generale;
- dà esecuzione alle deliberazioni approvate dall'assemblea generale, per quanto di sua competenza;
- provvede a quanto necessario al buon funzionamento dell'ute nel suo complesso o di singole sezioni; - delibera i regolamenti delle varie attività;
- delibera le spese ordinarie e straordinarie;
- può delegare al coordinatore responsabile delle singole sezioni proprie specifiche funzioni;
- approva l'ammissione di nuovi soci ordinari e sostenitori e ne decide, con motivata delibera, l'eventuale esclusione per le motivazioni di cui all'art. 4;
- fissa la quota associativa annuale dei soci ordinari;
- determina il contributo spese di funzionamento che i soci ordinari devono sostenere per poter partecipare ai corsi e alle altre attività dell'UTE;
- elegge, al suo interno, uno o più vicepresidenti;
- nomina, su proposta del presidente, il tesoriere, il segretario dell'UTE e il coordinatore didattico della sede centrale;
- conferisce e revoca l'incarico ai docenti e agli altri collaboratori, disponendone l'iscrizione nell'apposito registro dei soci sostenitori;
- elegge il consiglio di presidenza;
- istituisce nuove sezioni o delibera in ordine alla prosecuzione dell'attività di quelle esistenti;
- può assumere e licenziare personale;
- delibera sulla costituzione, adesione o partecipazione ad altre associazioni e/o enti aventi natura e scopi analoghi a quelli dell'UTE;
- costituisce la "commissione di indirizzo e coordinamento didattico";
- nomina i delegati a particolari ambiti di attività dell'ute; - conferisce gli altri incarichi operativi;
- delega il presidente o nomina, su proposta del presidente, delegati straordinari alla gestione temporanea delle sezioni il cui coordinatore sia assente, impedito o impossibilitato a gestire la sezione o si sia dimesso dalla carica e/o al compimento di singoli atti;
- approva il regolamento per l'elezione alle cariche sociali;
- nomina i soci benemeriti.

#### art. 13 – il consiglio di presidenza

Il consiglio di presidenza è composto oltre che dal presidente – che lo presiede – dai vicepresidenti e da non più di otto soci, scelti anche al proprio esterno per motivate ragioni. I poteri del consiglio di presidenza sono definiti dal consiglio direttivo.

art. 14 – il presidente

Il presidente dura in carica 3 anni e può essere rieletto; ha la rappresentanza legale dell'UTE di fronte a terzi ed in giudizio ed ha la firma sociale. Il presidente:

- convoca e presiede l'assemblea generale e quelle sezionali, il consiglio di presidenza e il consiglio direttivo e ogni altro organismo interno, predisponendone l'ordine del giorno;
- cura il buon andamento della vita dell'UTE e dà esecuzione a quanto deliberato dall'assemblea generale e dal consiglio direttivo;
- può delegare il vicepresidente, altro consigliere o semplice socio a svolgere funzioni e compiti per conto dell'UTE;
- può prendere provvedimenti d'urgenza a tutela dell'UTE o per il suo miglior funzionamento, da comunicare al competente organo dell'UTE. In caso di dimissioni o di cessazione della carica per qualsiasi motivo, l'assemblea generale elegge il nuovo presidente per il restante periodo del triennio. Il vicepresidente sostituisce il presidente in caso di sua assenza, impedimenti, dimissioni.

art. 15 – coordinatore didattico

Il consiglio direttivo nomina il coordinatore didattico della sede centrale e quelli delle rispettive sezioni, qualora il rispettivo coordinatore di sezione non eserciti questo compito. Il coordinatore didattico cura la programmazione dell'attività UTE, valuta i programmi dei singoli corsi e delle altre attività didattiche, operando sempre d'intesa con il presidente e con i singoli coordinatori di sezione. Periodicamente riferisce al consiglio direttivo e/o alle consulte di sezione sulle problematiche insite nell'attività didattica promossa dall'associazione.

art. 16 - segretario

Il segretario cura la segreteria e in particolare redige i verbali delle riunioni degli organi sociali dell'ute, mantiene aggiornati i registri soci. Cura la tenuta dell'archivio e coordina l'attività del personale volontario e dipendente.

art. 17 - tesoriere-cassiere

Il tesoriere-cassiere:

- cura la tenuta della contabilità delle entrate e delle uscite dell'UTE;
- provvede al pagamento delle spese regolamentate documentate e all'incasso delle entrate;
- predispose i bilanci preventivo e consuntivo e le relative relazioni da consegnare al collegio dei revisori dei conti almeno dieci giorni prima dell'assemblea;
- può avvalersi di un cassiere-economista per la gestione della cassa contanti della sede di Udine;
- provvede alla custodia dei beni dell'UTE, dei quali redige ed aggiorna l'apposito libro inventari.

art. 18 - il coordinatore di sezione e la consulta di sezione

Il coordinatore è preposto all'attività della sezione, ambito decentrato dell'UTE e cura la programmazione e gestione delle attività. Il coordinatore provvede, inoltre, su procura del presidente dell'UTE, alla gestione economica ordinaria della sezione. Il coordinatore dura in carica 3 anni e può essere rieletto.

art. 19 – il collegio dei revisori dei conti

Il collegio dei revisori dei conti è composto da 3 membri effettivi e 1 supplente, eletti dall'assemblea generale, che nomina tra essi il presidente del collegio. I revisori durano in carica 3 anni e possono essere rieletti. I membri del collegio dei revisori dei conti non possono ricoprire alcuna altra carica all'interno dell'associazione UTE e possono assistere alle riunioni del consiglio direttivo. Il collegio: - esercita il controllo contabile-amministrativo su tutti gli atti della gestione dell'ute;

- accerta la regolare tenuta delle scritture contabili;
- accerta, con verifiche periodiche trimestrali, la consistenza di cassa presso l'istituto bancario tesoriere;

- esamina i bilanci preventivo e consuntivo annuali predisposti dal tesoriere, sui quali esprime parere, con apposita relazione, all'assemblea generale.

art. 20 – collegio dei probiviri

Il collegio dei probiviri è composto da almeno 3 membri scelti dall'assemblea generale tra personalità distintesi nel campo sociale e della cultura, durano in carica 3 anni, possono essere rinominati e non possono ricoprire alcuna altra carica all'interno dell'UTE.

art. 21 – gratuità delle cariche

Tutte le cariche previste dal presente statuto sono assunte e prestate a titolo gratuito. Il consiglio direttivo potrà determinare rimborsi spese sostenute in nome e per conto dell'associazione.

art. 22 - bilancio preventivo – rendiconto consuntivo – patrimonio

Il bilancio preventivo e il rendiconto consuntivo, le relative relazioni economico-programmatiche vengono presentati dal presidente alla assemblea da convocarsi non oltre il mese di gennaio di ogni anno. Il patrimonio dell'UTE è costituito dai beni mobili ed immobili di proprietà o comunque acquisiti. L'UTE non può distribuire, nemmeno in modo indiretto, utili o avanzi di gestione, nonché fondi, riserve o capitale, durante la vita dell'associazione, salvo che la destinazione o la distribuzione non siano imposte dalla legge.

art. 23 – entrate

Per l'adempimento dei suoi compiti l'associazione dispone delle seguenti entrate:

- quote associative dei soci;
- contributi spese annualmente versati dai soci a copertura delle spese di funzionamento e per lo svolgimento delle attività culturali e sociali programmate;
- redditi derivanti dal patrimonio;
- eventuali contributi, erogazioni, lasciti e donazioni di persone e di enti, sia pubblici che privati.

art. 24 – uscite

Ogni impegno di spesa deve avere la necessaria copertura finanziaria, per il mantenimento del pareggio di bilancio.

art. 25 – durata e scioglimento

La durata dell'UTE è a tempo illimitato. L'eventuale scioglimento dell'associazione deve essere approvato dall'assemblea generale dell'UTE con delibera assunta, sia in prima sia in seconda convocazione, a maggioranza dei tre quarti più uno dei soci aventi diritto al voto e per alzata di mano. Nella stessa assemblea straordinaria sarà nominato il liquidatore che dovrà curare la liquidazione dell'UTE secondo le indicazioni impartite dall'assemblea. Il patrimonio dell'associazione, in caso di suo scioglimento per qualunque causa, dovrà essere devoluto ad altra associazione con finalità analoghe, o ai fini di pubblica utilità, sentito l'organismo di controllo di cui all'art. 3, comma 190, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

art. 26 – modifiche statuto

Le modifiche al presente statuto possono essere fatte solo con delibera dell'assemblea straordinaria generale dei delegati con la presenza, in prima convocazione, della metà più uno dei delegati e, in seconda convocazione, con la presenza di un terzo dei delegati. Le delibere devono essere assunte con la maggioranza dei presenti per alzata di mano.

art. 27 – comunicazioni sociali

In via generale per qualunque proposta, decisione, consenso, o qualsivoglia documento o registrazione che, ai sensi del presente statuto o per legge, deve assumere forma scritta, (compresa la convocazione delle assemblee), può essere utilizzato qualsiasi supporto idoneo ai fini della relativa documentazione e pertanto, a titolo esemplificativo, non solo su supporto cartaceo, ma anche magnetico o elettronico, mediante telefax o posta elettronica. A tal fine si ritiene equipollente alla sottoscrizione in forma originale anche quella in forma digitale. Saranno del pari considerate effettuate le comunicazioni ove il relativo testo sia datato e sottoscritto per presa visione da parte del destinatario.

art. 28 – rinvio per quanto non espressamente previsto dal presente statuto

Si fa riferimento alle norme del codice civile ed alla legislazione vigente in materia delle associazioni senza finalità di lucro.

## **SARDEGNA**

**DD 28.12.16, n, 622** - Attivazione PAI integrato rivolto a persone anziane in cure domiciliari integrate, beneficiarie di un programma “ritornare a casa”. Obiettivo di servizio -II- servizi di cura agli anziani (ADI) intervento 5 – premialità fsc 2007/2013. approvazione avviso pubblico e relativa modulistica. (BUR n. 10 del 23.2.17)

art. 1

Per le motivazioni in premessa, si procede per l’assegnazione di € 720.000,00 a favore degli enti gestori degli ambiti PLUS che presentino un programma di interventi per “attivazione PAI integrato con operatori sociali rivolto a persone maggiori di 65 anni in cure domiciliari integrate beneficiarie di un progetto ritornare a casa”, attraverso l’avviso pubblico, secondi i criteri e le modalità indicate nella deliberazione della giunta regionale n. 63/49 del 25/11/2016.

art. 2

Viene approvato l’avviso pubblico per l’erogazione del finanziamento in parola, l’estratto dello stesso, lo schema di domanda “allegato A”, lo schema di programma di interventi attivazione pai anziani “allegato b; la scheda di richiesta pai integrato anziani “allegato c”, che si allegano quale parte integrante e sostanziale del presente atto.

**DD 14.2.17, n, 30** - Attivazione PAI integrato rivolto a persone anziane in cure domiciliari integrate, beneficiarie di un programma “ritornare a casa”. obiettivo di servizio -II- servizi di cura agli anziani (ADI) intervento 5 – premialità fsc 2007/2013. rettifica avviso pubblico e relativa modulistica di cui alla determinazione 17613/622 del 28/12/2016.

art. 1

Per le motivazioni espresse in premessa, si rettifica l’avviso pubblico e la relativa modulistica approvati con determinazione n.17613/622 del 28/12/2016.

art. 2

Viene approvato l’avviso pubblico rivolto agli enti gestori degli ambiti plus e la relativa modulistica rettificati e articolati nei seguenti documenti:

avviso pai integrato persone anziane inserite in cure domiciliari integrate;

allegato a - domanda di partecipazione;

allegato b - programma di interventi attivazione pai anziani;

allegato c - scheda individuale richiesta pai integrato anziani;

che si allegano quale parte integrante e sostanziale del presente atto.

<b>ASSISTENZA PENITENZIARIA</b>
---------------------------------

## **VENETO**

**DGR 27.1.17, n. 51** - Approvazione dello schema di Accordo tra la Regione del Veneto e la Prefettura di Verona per l'attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna della Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza (REMS) di Nogara (VR). Decreto del Ministero della Salute 1° ottobre 2012. (BUR n. 19 del 21.2.17)

### **Note**

Con il presente provvedimento si approva lo schema di Accordo tra la Regione del Veneto e la Prefettura di Verona che definisce le forme di collaborazione per l'attività perimetrale di sicurezza e

vigilanza esterna nella Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza (REMS) di Nogara (VR) ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1 ottobre 2012.

**ACCORDO TRA LA PREFETTURA DI VERONA E LA REGIONE DEL VENETO PER L'ATTIVITA' PERIMETRALE DI SICUREZZA E VIGILANZA ESTERNA DELLA RESIDENZA PER L'ESECUZIONE DELLA MISURA DI SICUREZZA SANITARIA (REMS) DI NOGARA (VR)**

PREMESSO CHE:

Il D.L. 22 dicembre 2011, n. 211, convertito con modificazioni dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9, e successive modificazioni, ha fissato al 31 marzo 2015 il termine per il completamento del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) ed il trasferimento delle persone ivi ospitate presso le Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza Sanitaria (REMS).

In attuazione di tale disposizione di legge, con Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro della Giustizia, in data 1° ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. 19 novembre 2012 n. 270, sono stati individuati, all'interno dell'Allegato A, i requisiti minimi per l'esercizio delle funzioni sanitarie indispensabili per il funzionamento delle nuove strutture e per il raggiungimento degli obiettivi e di riabilitazione ad esse assegnate.

Il citato Decreto Interministeriale stabilisce che le suddette Residenze (REMS) devono essere realizzate e gestite, anche per gli aspetti di sicurezza interna, dal Servizio Sanitario delle Regioni e prevede, altresì, ove necessario, che – in relazione alle condizioni dei soggetti interessati – le Regioni possano attivare, in ordine all'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, accordi specifici con le Prefetture che tengano conto dell'aspetto logistico delle strutture e garantiscano standard adeguati di sicurezza.

In sede di Conferenza Unificata presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri sono state definite le linee attuative del citato Decreto 1° ottobre 2012.

Il Ministero dell'Interno – Gabinetto - con circolare n. 153000/1210(2) Uff. II – Ord. E Sic. Pub. in datata 30 marzo 2015, nel fornire indicazioni circa la possibilità di attivare forme di collaborazione richieste dalle Regioni in relazione alle informazioni fornite con riguardo alle caratteristiche delle strutture e dei soggetti ivi ospitati, nonché alle misure di sicurezza interna adottate (impianti di videosorveglianza, sistemi di protezione passiva, et., etc.), ha rappresentato che i Prefetti possano valutare l'applicazione di eventuali ulteriori misure perimetrali e di vigilanza dinamica – nell'ambito del più ampio piano di controllo del territorio definito in sede di Comitato provinciale per l'Ordine e la Sicurezza e a livello di Coordinamento delle Forze di Polizia.

Con la stessa circolare, il Ministero dell'Interno ha segnalato l'opportunità che le Regioni valorizzino il coinvolgimento, secondo un modello di sicurezza integrata, dei soggetti privati nel sistema della sicurezza.

Il Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza, con circolare n. 555/O.P./0001232/2015/2 in data 2 aprile 2015, a tale proposito, ha ribadito che il contributo delle Forze di Polizia, nell'ambito degli accordi con la Regione relativamente alla possibilità di attivare eventuali ulteriori misure perimetrali di sicurezza e di vigilanza esterna, dovrà consistere unicamente nell'ambito del più ampio piano di controllo coordinato del territorio.

La Regione del Veneto – Assessorato alla Sanità e programmazione socio sanitaria, con nota prot. n. 490897 in data 1° dicembre 2015, nel far presente che sono stati avviati i procedimenti per la realizzazione di una Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza Sanitaria (REMS) presso l'ex Presidio Ospedaliero di Nogara (VR), destinata al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ha chiesto un incontro per la definizione del rapporto di collaborazione relativamente agli aspetti connessi alla sicurezza ed alla vigilanza perimetrale esterna di detta struttura.

Che, in adesione a tale richiesta, il 14 dicembre 2015 si è tenuto presso la Prefettura di Verona, alla presenza dell'Assessore Regionale alla Sanità e programmazione socio sanitaria, la Riunione

tecnica di Coordinamento delle Forze di Polizia per l'esame congiunto delle necessità riferite all'apertura delle Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza sanitaria (REMS), destinata al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, presso l'ex Presidio Ospedaliero di Nogara; struttura che a regime potrà contenere un totale di 40 pazienti (suddivisi in due moduli da massimo 20 posti ciascuno), tra cui soggetti notevolmente pericolosi.

In sede di detta Riunione, fermi restando gli adempimenti in capo alla Regione del Veneto per dotare la citata struttura delle necessarie misure di protezione e di sicurezza interna per gestire adeguatamente le diverse caratteristiche psicopatologiche dei pazienti ospitati, sono state definite le modalità di contributo delle Forze di Polizia per l'attività perimetrale di sicurezza e vigilanza all'esterno della stessa.

Nella successiva Riunione tecnica di Coordinamento svoltasi in data 18 marzo 2016 è stata esaminata la questione connessa ai servizi di accompagnamento degli ospiti della REMS di Nogara; in esito a tale Riunione è stato espresso l'unanime avviso che, ai sensi della vigente normativa in materia: - il compito di provvedere agli accompagnamenti degli ospiti della R.E.M.S. di Nogara spetta, per ogni tipo di esigenza, alla Polizia Penitenziaria, analogamente ai servizi di piantonamento; - le Forze dell'Ordine ad ordinamento generale debbono unicamente sorvegliare l'esterno della struttura attraverso un dispositivo di vigilanza dinamica.

In merito a tale questione la Prefettura di Verona con nota n. 13160 del 23 marzo 2016 ha interessato il Ministero dell'Interno, partecipando il citato avviso emerso nella predetta Riunione tecnica di Coordinamento svoltasi in data 18 marzo 2016.

Il Ministero dell'Interno – Gabinetto, con nota n. 15399/110(2) dell'11 aprile 2016, in risposta al quesito formulato da questa Prefettura, “nel richiamare le disposizioni contenute nell'art. 2 dell'Accordo sottoscritto tra il Governo e le Regioni nella Conferenza Unificata, tenutasi il 26 febbraio 2015, nonché i contenuti della circolare emanata da questo Gabinetto in data 30 marzo 2015, si ribadisce che le R.E.M.S. devono essere gestite per gli aspetti di sicurezza interna dal Servizio Sanitario delle Regioni”, ha evidenziato che “ai fini della sicurezza perimetrale e di vigilanza esterna della struttura le medesime Regioni possono attivare specifici accordi con le Prefetture per stabilire un coordinamento con le Forze di Polizia”; in conclusione, il Ministero dell'Interno ha sottolineato che “... anche in linea con l'avviso del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, si condivide l'orientamento, emerso a seguito della Riunione Tecnica di Coordinamento delle Forze di Polizia dello scorso 18 marzo, espresso da codesta Prefettura con nota del 23 marzo u.s.”.

A seguito di alcuni inconvenienti in merito alla questione degli accompagnamenti per motivi diversi da quelli di giustizia, si è reso necessario, in sede di Riunione tecnica di Coordinamento delle Forze di Polizia svoltasi in data 22 settembre 2016, prevedere che lo schema di Accordo a suo tempo predisposto venga integrato, indicando più chiaramente che la competenza in materia di accompagnamenti degli internati non spetti all'Arma dei Carabinieri in quanto alla stessa spettano soltanto i servizi di vigilanza all'esterno della struttura, peraltro in linea con la normativa di settore, con le indicazioni fornite dal Ministero dell'Interno e con le disposizioni contenute nell'Accordo della Conferenza Unificata tenutasi il 25 febbraio 2015.

RITENUTO di definire, sulla base di apposito Accordo, le forme di collaborazione tra la Prefettura di Verona e la Regione del Veneto per garantire la sicurezza dell'ex Ospedale di Nogara (VR) quale Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza sanitaria (REMS);

VISTO il D.L. 22 dicembre 2011, n. 211, convertito con modificazioni dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9, e successive modificazioni.

VISTO il Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro della Giustizia in data 1° ottobre 2012.

**LE PARTI CONCORDANO CHE:**

- la Regione del Veneto, per il tramite dell'Azienda competente per territorio, oggi Ulss n. 9 Scaligera, adotterà presso la REMS di Nogara tutte le misure di sicurezza passiva - a titolo meramente esemplificativo: recinzioni, vetri antisfondamento; telecamere, ecc. - di difesa attiva -

portierato/guardiania mediante personale in divisa non armato fornito da un istituto di vigilanza privata - e quanto altro occorra per garantire un adeguato standard di sicurezza della struttura in relazione alle condizioni dei soggetti ivi ospitati; • la Regione del Veneto, per il tramite della precitata Azienda territoriale, oggi Ulss n. 9 Scaligera, con particolare riguardo al sistema di videosorveglianza da collegarsi con Istituto di Vigilanza Privata, curerà che tale sistema sia munito di impianto di registrazione, assicurando alle Forze di Polizia l'accesso allo stesso in caso di esigenza;

- sarà attivato a cura della Regione del Veneto, per il tramite dell'Azienda oggi Ulss n. 9 Scaligera, un collegamento diretto "punto a punto" con la competente Compagnia dei Carabinieri per comunicare qualsiasi esigenza o criticità sotto il profilo della sicurezza e consentire l'immediato intervento delle Forze dell'Ordine;
- la Prefettura dà atto che REMS di Nogara sarà inserita nell'elenco degli obiettivi sensibili e sottoposta a vigilanza dinamica da parte delle Forze di Polizia;
- i competenti Uffici della Regione del Veneto, per quanto occorra attraverso l'Azienda Ulss n. 9 Scaligera, prenderanno contatti con la Questura di Verona ed il Comando Provinciale dei Carabinieri al fine di analizzare la situazione ed acquisire indicazioni in merito agli interventi da eseguire per rendere il sistema di protezione della REMS adeguato alle esigenze di sicurezza;
- l'Azienda competente per territorio, oggi Azienda Ulss n. 9 Scaligera, provvederà a definire d'intesa con le Forze dell'Ordine locali le procedure operative per la collaborazione tra operatori della REMS e dell'istituto di vigilanza privata e il personale delle Forze dell'Ordine nei casi di necessità inerenti unicamente l'attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna;
- in linea con le disposizioni contenute nell'Accordo della Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015, articolo 2, compete al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria procedere ai trasferimenti dagli Istituti Penitenziari alla REMS per l'applicazione e l'esecuzione delle misure di sicurezza, nonché alle traduzioni per motivi di giustizia; il piantonamento in caso di ricovero presso strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale esterne alla REMS è effettuato dal personale appartenente al Corpo di Polizia Penitenziaria, se disposto dall'Autorità Giudiziaria.
- il compito di provvedere agli accompagnamenti degli internati in occasione dei trasferimenti dei medesimi dalla REMS in luoghi di cura esterni e viceversa, nonché presso comunità o abitazione, nei casi di fruizione di licenze, semilibertà e libertà vigilata, saranno eseguiti a cura esclusiva della stessa Struttura sanitaria, come previsto nell'art. 2 dell'Accordo sottoscritto in sede di Conferenza Unificata il 26 febbraio 2015. In caso di impossibilità a garantire l'esecuzione in sicurezza di tali accompagnamenti per motivi sanitari degli internati da parte del REMS, il personale del DAP - ai sensi dell'art. 42 bis della legge 354/1975 e degli artt. 1 e 2 del Decreto del Ministero della Giustizia dell'11.04.1997 – fornirà il necessario supporto.

Ove necessario, il presente Accordo potrà formare oggetto di revisione su richiesta di una delle due parti.

per LA PREFETTURA DI VERONA per LA REGIONE DEL VENETO

“Il presente Accordo, a pena di nullità, è sottoscritto con firma digitale, ai sensi dell'articolo 24 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, con firma elettronica avanzata, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, lettera q-bis), del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, ovvero con altra firma elettronica qualificata.”

## BILANCIO

### VENETO

**DGR 31.1.17, N. 81** - Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio per il triennio 2017-2019. (BUR n. 19 del 21.2.17)

#### Note

#### PREMESSA

L'articolo 18-bis, D.Lgs. 118/2011, prevede che le Regioni, al fine di consentire la comparazione dei bilanci, adottino un sistema di indicatori semplici denominato "Piano degli indicatori e dei risultati attesi di Bilancio" misurabili e riferiti ai programmi e agli altri aggregati del bilancio,

costruiti secondo criteri e metodologie comuni. Il sistema degli indicatori per le Regioni e i loro organismi strumentali è definito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze su proposta della Commissione sull'armonizzazione contabile degli enti territoriali e l'adozione del piano è obbligatoria a decorrere dall'esercizio successivo all'emanazione di tale decreto.

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze con proprio decreto del 09.12.2015, ha approvato il sistema comune di indicatori di risultato delle Regioni, dei loro enti e organismi strumentali e, per sua espressa disposizione, le prime applicazioni del piano sono da riferirsi al rendiconto della gestione 2016 e al bilancio di previsione 2017-2019.

Nel B.U.R. n. 127 del 30.12.2016, sono stati pubblicati il "Collegato alla legge di stabilità regionale 2017" (L.R. 30.12.2016, n. 30), la "Legge di stabilità regionale 2017" (L.R. 30.12.2016, n. 31) e la legge "Bilancio di previsione 2017-2019" (L.R. 30.12.2016, n. 32).

Alla luce di quanto rappresentato, il "Piano degli indicatori e dei risultati attesi di Bilancio per il triennio 2017-2019", **Allegato A**, parte integrante alla presente deliberazione (a cui si fa rinvio), rappresenta il sistema degli indicatori semplici, misurabili e riferiti ai programmi e agli altri aggregati del Bilancio, adottato dalla Regione del Veneto, e che verrà divulgato anche attraverso la pubblicazione sul proprio sito internet istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

**DGR 7.2.17, n. 108** - Direttive per la gestione del bilancio di previsione 2017-2019. (BUR n. 19 del 21.2.17)

#### **Note**

#### **PREMESSA**

Le leggi regionali n. 30, 31 e 32 del 30.12.2016, hanno approvato rispettivamente il Collegato alla legge di stabilità 2017, la Legge di stabilità 2017 ed il Bilancio di previsione 2017-2019. Questi provvedimenti sono stati pubblicati nel BUR n. 127 del 30.12.2016 e, in quanto dichiarati urgenti, sono esecutivi agli effetti di legge a partire dal giorno successivo alla loro pubblicazione.

Ai sensi dell'art. 9, comma 1, L.R. 39/2001, la DGR 1 del 10.01.2017 ha approvato il "Documento tecnico di accompagnamento al bilancio di previsione 2017-2019".

Successivamente, ai sensi dell'art. 9, comma 2, L.R. 39/2001, il Segretario Generale della Programmazione con Decreto n. 1/2017, ha approvato il "Bilancio finanziario gestionale 2017-2019".

Con il presente provvedimento sono emanate all'indirizzo dei dirigenti regionali, le direttive per la gestione dei capitoli di entrata e di spesa del bilancio di previsione 2017-2019, loro attribuiti con il Bilancio finanziario gestionale 2017-2019, allo scopo di regolare l'attività operativa in un contesto economico, istituzionale e di finanza pubblica che si profila particolarmente complesso.

La gestione del bilancio 2017-2019 deve attenersi ad un quadro articolato, in particolar modo dettato dall'applicazione dell'ordinamento in materia di armonizzazione e sistemi contabili (D.Lgs. 118/2011) e dalla normativa relativa agli obiettivi di finanza pubblica per Regioni, anno 2017 e successivi, contenuta nella L. 232/2016.

Il significativo peggioramento dei conti pubblici, ha accentuato la richiesta da parte del Governo di notevoli sacrifici alle Regioni nel processo di razionalizzazione e contenimento della spesa che dovrà realizzarsi nel 2017 e nei successivi esercizi.

Per quanto riguarda le modalità applicative utili al raggiungimento degli obiettivi di indebitamento netto in capo alle Regioni, le stesse dovranno conseguire un saldo non negativo in termini di competenza tra entrate e spese.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Vengono approvate le "Direttive per la gestione del bilancio di previsione 2017-2019" (**Allegato A** al presente provvedimento), volte ad indirizzare le Strutture a specifici comportamenti amministrativi coerenti con i vincoli normativi sopra menzionati, con le procedure della gestione finanziaria regolate dall'ordinamento contabile oltre che con gli obiettivi posti dalla normativa di spesa.

**DIRETTIVE PER LA GESTIONE DEL BILANCIO DI PREVISIONE 2017 -2019**

## **Premessa**

La gestione del bilancio 2017 - 2019 deve attenersi ad un quadro articolato e complesso, in particolar modo dettato dall' applicazione del nuovo ordinamento in materia di armonizzazione e sistemi contabili (D.Lgs. 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 artt. 1 e 2 della legge 5 maggio 2009 n. 42" ) e dalla normativa relativa agli obiettivi di finanza pubblica per Regioni - anno 2017 e successivi - contenuta nella Legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019). Di seguito sono formulati specifici comportamenti cui le Strutture regionali devono attenersi al fine di procedere alla corretta gestione contabile, nel perseguimento sia degli equilibri di bilancio che del rispetto dei vincoli normativi vigenti.

**1. D.Lgs. n.118/2011. Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio di regioni, enti locali e loro organismi.**

La portata dei cambiamenti introdotti dal D.Lgs. n. 118/2011 e la completa applicazione delle nuove norme a partire dall'esercizio finanziario 2016, ha richiesto una profonda revisione del modello amministrativo-contabile regionale.

Di seguito, al fine di facilitare le Strutture regionali nella propria attività gestionale, si riportano sinteticamente alcune delle principali novità introdotte con la riforma.

I documenti sotto richiamati, sono disponibili nella pagina intranet della Sezione Bilancio.

**Bilancio di previsione 2017 – 2019**

Il Bilancio di previsione 2017 – 2019 è stato approvato dal Consiglio regionale con legge regionale 30 dicembre 2016, n.32.

Il bilancio, redatto secondo gli schemi previsti dall'allegato 9 del D.Lgs. n. 118/2011, comprende le previsioni di competenza e di cassa del primo esercizio del periodo considerato e le previsioni di competenza degli esercizi successivi.

Il Bilancio di previsione 2017 - 2019 è un unico documento ed ha carattere autorizzatorio triennale.

Il principio di competenza finanziaria "potenziata" obbliga ad imputare ad ogni esercizio solo le obbligazioni attive e passive che vengono a scadenza, fermo restando l'obbligo di rilevare tali obbligazioni nel momento in cui sorgono. Il bilancio di previsione evidenzia pertanto, per un periodo triennale, quante risorse saranno effettivamente disponibili in entrata e quante effettivamente esigibili in spesa.

L'entrata è classificata in titoli (fonte di provenienza delle entrate) e tipologie (natura delle entrate nell'ambito di ciascuna fonte di provenienza); l'unità di voto, a livello consiliare, è costituita dalle tipologie.

La spesa è rappresentata per missioni (funzioni principali e obiettivi strategici perseguiti dalle amministrazioni utilizzando risorse finanziarie, umane e strumentali ad esse destinate), programmi (rappresentano gli aggregati omogenei di attività volte a perseguire gli obiettivi definiti nell'ambito delle missioni) ed in titoli (articolazione dei programmi secondo natura economica della spesa); l'unità di voto, a livello consiliare, è costituita dai programmi.

Per ciascuna unità di voto, costituita dalla tipologia di entrata e dal programma di spesa, il bilancio di previsione indica:

- a) l'ammontare presunto dei residui attivi o passivi alla chiusura dell'esercizio precedente a quello del triennio cui il bilancio si riferisce;
- b) l'importo definitivo delle previsioni di competenza e di cassa dell'anno precedente il triennio cui si riferisce il bilancio, risultanti alla data di elaborazione del bilancio di previsione;
- c) l'ammontare delle entrate che si prevede di accertare o delle spese di cui autorizza l'impegno in ciascuno degli esercizi cui il bilancio si riferisce;

d) l'ammontare delle entrate che si prevede di riscuotere e delle spese di cui si autorizza il pagamento nel primo esercizio del triennio, senza distinzioni tra riscossioni e pagamenti in conto competenza e in conto residui.

#### **Documento Tecnico di Accompagnamento al Bilancio di previsione 2017-2019**

La Giunta regionale, successivamente all'approvazione della legge di bilancio da parte del Consiglio regionale, con delibera del 10 gennaio 2017, n. 1 ha approvato il Documento Tecnico di Accompagnamento al Bilancio di previsione 2017-2019 (di seguito denominato D.T.A.).

Il D.T.A. approva per ciascun esercizio la ripartizione delle unità di voto del bilancio in categorie e macroaggregati.

Le tipologie di entrata vengono articolate in categorie (corrispondenti al 4° livello del Piano dei

conti finanziario), individuando l'oggetto dell'entrata nell'ambito della tipologia di appartenenza.

Nell'ambito delle categorie è data separata evidenza delle eventuali quote di entrate non ricorrenti.

I programmi di spesa vengono ripartiti in macroaggregati (corrispondenti al 2° livello del Piano dei conti finanziario) individuando la puntuale natura economica della spesa. Anche per quanto riguarda la spesa, nell'ambito dei macroaggregati, è data separata evidenza delle eventuali quote di spesa non ricorrente.

#### **Bilancio Finanziario Gestionale 2017 - 2019**

Dopo l'approvazione del D.T.A. da parte della Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 9 comma 2 della legge regionale 29 novembre 2001 n. 39 (Ordinamento del Bilancio e della contabilità della Regione), il Segretario Generale della Programmazione con proprio Decreto del 13 gennaio 2017, n. 1 ha approvato il Bilancio Finanziario Gestionale 2017 – 2019.

Il Bilancio Finanziario Gestionale, per ciascun esercizio cui si riferisce il Bilancio di previsione,

provvede a ripartire le categorie di entrata in capitoli ed i macroaggregati di spesa in capitoli ed in articoli ai fini della gestione e rendicontazione. Assegna, inoltre, ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità di cui all'articolo 30 della L.r. 39/2001, i capitoli e le risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi individuati.

I capitoli in entrata e gli articoli in spesa sono raccordati al quarto livello del piano dei conti finanziario.

Al Bilancio Finanziario Gestionale, ai sensi del comma 13 dell'articolo 39 del D.Lgs. n. 118/2011, è allegato un prospetto riguardante le previsioni di competenza e di cassa dei capitoli di entrata e di spesa del perimetro sanitario individuate dall'articolo 20, comma 1 del D.Lgs. n.118/2011, per ciascun esercizio considerato del bilancio di previsione.

#### **Fondi di riserva e Fondi Speciali**

L'ordinamento contabile regionale in materia di fondi di riserva e fondi speciali, dispone che nel bilancio regionale siano iscritti per competenza e cassa:

- il fondo di riserva per le spese obbligatorie
- il fondo di riserva per le spese impreviste
- il fondo speciale per le spese correnti
- il fondo speciale per le spese d'investimento

Tali fondi non sono utilizzabili per l'imputazione diretta di atti di spesa, ma solo ai fini del prelievo di somme da iscrivere in aumento agli stanziamenti di spesa esistenti.

#### **Fondo di riserva per spese obbligatorie.**

Le spese obbligatorie sono quelle relative al pagamento di stipendi, assegni, pensioni ed altre spese fisse, le spese per interessi passivi, quelle derivanti da obblighi comunitari e internazionali, le spese per ammortamenti di mutui, nonché quelle così identificate per espressa disposizione normativa.

**Il responsabile finanziario della Regione, o un direttore regionale da lui delegato, dispone i prelievi del fondo e l'iscrizione delle relative somme in aumento agli stanziamenti di spesa del bilancio.**

**L'elenco dei capitoli di spesa aventi carattere obbligatorio è allegato al bilancio di previsione.**

**Fondo di riserva per le spese impreviste.**

**Il fondo di riserva per le spese impreviste è utilizzato per far fronte ad eventuali deficienze negli**

**stanziamenti di spesa del bilancio, quando ciò non costituisca un principio di spesa continuativa.**

**I prelievi dal fondo per le spese impreviste e l'iscrizione delle somme ai relativi stanziamenti di**

**spesa del bilancio sono disposti dalla Giunta regionale.**

**L'elenco delle spese che possono essere finanziate con il fondo di riserva per spese impreviste è**

**allegato al bilancio di previsione.**

**Fondi speciali.**

**Il fondo speciale per le spese correnti, il fondo speciale per le spese d'investimento sono utilizzati**

**per far fronte agli oneri derivanti da leggi regionali che si perfezionano dopo l'approvazione del bilancio e che sono approvate dal Consiglio regionale entro il termine dell'esercizio cui si riferisce il bilancio stesso.**

**Altri Fondi ed Accantonamenti**

**L'articolo 46 del D.Lgs. n. 118/2011 dà facoltà alle Regioni di stanziare accantonamenti riguardanti passività potenziali sui quali non è possibile impegnare e pagare.**

**Nel bilancio di previsione 2017 – 2019 sono stati allocati i seguenti Fondi.**

**Fondi crediti di dubbia esigibilità.**

**Il “Fondo crediti di dubbia esigibilità – parte corrente” ed il “Fondo crediti di dubbia esigibilità – parte conto capitale” sono determinati in considerazione dell'ammontare dei crediti di dubbia e difficile esazione presenti nel bilancio di previsione, secondo le modalità indicate nel principio applicato della contabilità finanziaria di cui all'allegato n. 4/2 del D.Lgs. n. 118/2011.**

**Fondi rischi spese legali.**

**Il “Fondo Rischi spese legali - parte corrente” ed il “Fondo Rischi spese legali - parte conto capitale” prevedono gli accantonamenti delle risorse necessarie alla copertura del rischio di maggiori spese legate al contenzioso in attesa degli esiti del giudizio.**

**La Giunta regionale dispone i prelievi dai fondi e l'iscrizione delle relative somme in aumento agli stanziamenti di spesa del bilancio.**

**Fondo per le perdite delle società partecipate.**

**In applicazione dell'art.21 del D.Lgs n. 175 del 19 agosto 2016 “Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica”, decreto che ha sostituito la precedente normativa dettata ai commi 550 552, art. 1, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014)”, nel caso in cui società partecipate dall'ente presentino un risultato di esercizio negativo, l'ente deve accantonare nell'anno successivo in apposito fondo vincolato un importo pari al risultato negativo non immediatamente ripianato, in misura proporzionale alla quota di partecipazione.**

**Fondo rischi per escussione**

**Ai sensi del punto 5.5. dei principi applicati alla contabilità finanziaria del D.Lgs. 118/2011, se l'ente fornisce delle garanzie sulle passività emesse da terzi, nel rispetto del principio della prudenza, si ritiene opportuno che nell'esercizio in cui è concessa la garanzia, l'ente effettui un**

accantonamento tra le spese correnti tra i “Fondi di riserva e altri accantonamenti”. Tale accantonamento consente di destinare una quota del risultato di amministrazione a copertura dell'eventuale onere a carico dell'ente in caso di escussione del debito garantito.

## **2. “Pareggio di bilancio”**

### **2.1. Normativa**

La normativa relativa agli obiettivi di finanza pubblica delle Regioni per l'anno 2017 è contenuta nella legge 232 dell'11 dicembre 2016 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019” (articolo 1, comma 463 e seguenti).

L'ammontare complessivo del concorso alla tutela degli equilibri di finanza pubblica del comparto regioni a statuto ordinario, derivante dalle manovre degli anni 2014, 2015, 2016 e 2017 risulta pari a circa 9 miliardi di euro di minori trasferimenti (comprese le manovre assorbite dal fondo sanitario nazionale).

Gli obiettivi di indebitamento netto in capo alle Regioni, pari a circa 10 miliardi se si tiene conto del contributo derivante del passaggio dal patto di stabilità al pareggio, comportano la necessità di realizzare non il pareggio ma un avanzo di amministrazione pari a un importo di 2,69 miliardi.

Per quanto riguarda le modalità applicative utili al raggiungimento degli obiettivi di indebitamento netto in capo alle Regioni, le stesse dovranno conseguire un saldo non negativo in termini di competenza tra entrate e spese sia in fase di previsione che di rendiconto.

Le entrate finali sono quelle ascrivibili ai titoli 1, 2, 3, 4 e 5 dello schema di bilancio previsto dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, e le spese finali sono quelle ascrivibili ai titoli 1, 2 e 3

del medesimo schema di bilancio. Per gli anni 2017-2019, nelle entrate e nelle spese finali in termini di competenza è considerato il fondo pluriennale vincolato, di entrata e di spesa, al netto

della quota riveniente dal ricorso all'indebitamento. Non rileva la quota del fondo pluriennale vincolato di entrata che finanzia gli impegni cancellati definitivamente dopo l'approvazione del

rendiconto dell'anno precedente.

Il dettato normativo, inoltre contiene disposizioni di dettaglio che definiscono puntualmente le modalità applicative dell'equilibrio e il sistema di monitoraggio.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica comporta pesanti sanzioni:

- nel triennio successivo la regione è tenuta ad effettuare un versamento all'entrata del bilancio

dello Stato, di importo corrispondente a un terzo dello scostamento registrato;

- nell'anno successivo a quello di inadempienza l'ente non può impegnare spese correnti, al netto delle spese per la sanità, in misura superiore all'importo dei corrispondenti impegni dell'anno precedente ridotti dell'1 per cento;

- nell'anno successivo a quello di inadempienza l'ente non può ricorrere all'indebitamento per gli investimenti;

- nell'anno successivo a quello di inadempienza l'ente non può procedere ad assunzioni di personale a qualsiasi titolo, con qualsivoglia tipologia contrattuale, compresi i rapporti di collaborazione coordinata e continuativa e di somministrazione, anche con riferimento ai processi di stabilizzazione in atto;

- nell'anno successivo a quello di inadempienza, il presidente, il sindaco e i componenti della giunta in carica nell'esercizio in cui è avvenuta la violazione sono tenuti a versare al bilancio dell'ente il 30 per cento delle indennità di funzione e dei gettoni di presenza spettanti nell'esercizio della violazione.

### **2.2. Scenario**

**Il comparto regioni, contribuisce agli obiettivi di finanza pubblica per l'anno 2017 con l'obiettivo di conseguire un avanzo di bilancio, mentre l'amministrazione centrale, per ora non è soggetta alle regole del pareggio di bilancio, al contrario, ha chiesto all'UE la possibilità di utilizzare le clausole di flessibilità di bilancio ossia la possibilità di finanziare in deficit la spesa.**

**In particolare, nelle more dell' Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in merito all'attuazione della legge 11 dicembre 2016, n.232, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019" la Regione del Veneto, nell'anno 2017, dovrà conseguire un risultato positivo del saldo di competenza di cui al comma 466 dell'articolo 1 della legge n. 232/2016 per un importo non ancora determinato ma che, presumibilmente, non si discosterà dai quasi 151 milioni di euro di saldo obiettivo di finanza pubblica previsto per l'appena trascorso 2016.**

**Occorre tenere in debita considerazione anche il fatto che, nel calcolo del "Pareggio di bilancio", stabilito dalla normativa statale, non viene considerato tra le entrate, l'avanzo di amministrazione, rendendo di fatto molto difficile garantire in particolare la realizzazione delle**

**politiche di spesa delegate alla competenza regionale, alcune delle quali ad elevato impatto sociale.**

### **2.3. Utilizzo del risultato di amministrazione**

**Ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. 118/2011, il risultato di amministrazione, distinto in fondi liberi,**

**fondi accantonati, fondi destinati agli investimenti e fondi vincolati, è accertato con l'approvazione del rendiconto della gestione dell'ultimo esercizio chiuso, ed è pari al fondo di cassa aumentato dei residui attivi e diminuito dei residui passivi.**

**La disciplina armonizzata relativa all'utilizzo dell'avanzo di amministrazione è stata definita dedicando la massima attenzione ai principi del pareggio e dell'equilibrio tendenziali fissati nell'art.81, sesto comma della Costituzione, che richiedono il rispetto dell'obbligo di copertura con puntualità rigorosa nei confronti delle spese incidenti sull'esercizio in corso e l'esatta individuazione delle ragioni normative dei fondi vincolati, garantendo la chiarezza e la verificabilità dell'informazione.**

**Alla luce di quanto sopra esposto, non è ammesso l'utilizzo del risultato di amministrazione prima dell'approvazione del rendiconto dell'esercizio precedente.**

**Successivamente all'approvazione del rendiconto, in considerazione di quanto detto nel precedente paragrafo relativamente al fatto che nel calcolo del "Pareggio di bilancio", non può essere considerato tra le entrate l'avanzo di amministrazione, sarà necessario intraprendere un'attenta valutazione in merito a quali saranno gli spazi finanziari effettivamente disponibili per consentirne l'applicazione.**

### **2.4. Monitoraggio andamento "Pareggio di bilancio"**

**Oltre a quanto illustrato ai paragrafi precedenti e successivi, nel corso dell'esercizio, sulla scorta dell'attività di monitoraggio e controllo nella realizzazione dei flussi di entrata e dei programmi di spesa, nonché di eventuali modifiche normative che dovessero intervenire, potranno essere emanate ulteriori direttive. Questo sempre nella logica di assicurare il pieno rispetto del "Pareggio" e di supportare, compatibilmente con i limiti posti, la necessità di privilegiare al massimo l'utilizzo dei margini di spesa consentiti e le necessità operative che vengono a maturazione da parte delle Strutture.**

**Il Direttore dell'Area Risorse Strumentali curerà il monitoraggio periodico sull'andamento dei flussi di competenza utili al rispetto dei vincoli di pareggio del bilancio.**

## **3. Variazioni del Bilancio di previsione, del Documento tecnico di accompagnamento e del Bilancio finanziario gestionale per gli esercizi 2017-2019.**

**Di seguito, si dettano le linee guida per le Strutture regionali necessarie per predisporre le opportune richieste di variazione del Bilancio di previsione, del Documento Tecnico di**

**Accompagnamento (D.T.A.) e del Bilancio finanziario gestionale, predisposte sulla base delle disposizioni contenute nel D.Lgs n. 118/2011 e nella L.R.39/2001 laddove la stessa non risulti incompatibile con il citato Decreto.**

### **3.1. Variazioni a seguito di assegnazioni di risorse vincolate a scopi specifici.**

**Ai sensi del comma 2, lettera a), dell'articolo 51 del D.Lgs n. 118/2011, la Giunta regionale è autorizzata ad apportare variazioni in termini di competenza e/o cassa al bilancio di previsione**

**2017-2019 e al D.T.A. relativamente a nuove assegnazioni statali, comunitarie e/o provenienti da altri soggetti.**

**Il responsabile della Struttura assegnataria di budget, verificato e tenuto conto delle disposizioni previste dal principio contabile applicato concernente la contabilità finanziaria (Allegato n. 4/2 del D.Lgs n. 118/2011), in particolar modo per quanto attiene all'esigibilità, dovrà inviare motivata richiesta alla Direzione Bilancio e Ragioneria, unitamente a:**

**- Modulo richiesta iscrizione nuove assegnazioni” - Modulo 3.1. - debitamente compilato in ogni sua parte, disponibile nell'area intranet della Regione, nella sezione dedicata al Bilancio;**  
**- documenti giustificativi debitamente datati e firmati (decreto di riparto, convenzioni, ecc);**  
**in modo da consentire alla Direzione Bilancio e Ragioneria di effettuare le necessarie verifiche e di svolgere l'istruttoria per attribuire la corretta classificazione delle assegnazioni e delle relative spese**

**nelle poste del bilancio, al fine di predisporre il provvedimento di variazione da parte della Giunta regionale.**

**Successivamente all'approvazione dell'atto (variazione del bilancio di previsione e D.T.A.), la Struttura proponente dovrà provvedere a richiedere la ripartizione dello stanziamento di competenza**

**e/o di cassa in articoli per ciascun capitolo di spesa, al fine di adeguare lo stanziamento al IV livello del Piano dei Conti Finanziario di cui all'Allegato n. 6/1 del D.Lgs. n. 118/2011, tramite la procedura “Nu.S.I.Co” accessibile dalla voce del menu “Armonizzazione” – “Articolazione capitoli” per consentire la variazione del Bilancio finanziario gestionale 2017-2019 da parte del**

**Direttore della Direzione Bilancio e Ragioneria.**

#### **3.1.1 Ulteriori indicazioni per le assegnazioni comunitarie.**

**Fatto salvo quanto detto sopra, l'aggiornamento dei principi contabili introdotti dal DLgs. 118/2011 e, in particolare, dell'allegato 4/2, ha previsto al paragrafo 3.12 che “Le entrate derivanti dai finanziamenti UE utilizzate per il finanziamento di spese correnti sono classificate tra i Trasferimenti correnti, comprese le quote dei Fondi UE destinati agli investimenti utilizzate per finanziare spese correnti (nel rispetto dei regolamenti comunitari).”, pertanto le Strutture che presentano richiesta di istituzione di nuovi capitoli di entrata e di spesa dovranno garantire la precisa corrispondenza della natura economica dell'entrata e della spesa comunitaria.**

**Per quanto riguarda l'individuazione del soggetto erogatore delle risorse, le Strutture dovranno**

**prestare particolare attenzione nell'identificazione dello stesso, riportando nel modello previsto la corretta imputazione del Piano dei Conti.**

#### **3.2. Variazioni compensative di risorse vincolate a scopi specifici**

**Ai sensi del comma 2, lettera b), dell'articolo 51 del D.Lgs n. 118/2011, la Giunta regionale è autorizzata ad apportare variazioni compensative al Bilancio di previsione 2017-2019 e al D.T.A. tra le dotazioni delle missioni e dei programmi riguardanti l'utilizzo di risorse comunitarie e vincolate, nel rispetto della finalità della spesa definita nel provvedimento di assegnazione delle risorse, o qualora le variazioni siano necessarie per l'attuazione di interventi previsti da intese istituzionali di programma o da altri strumenti di programmazione negoziata o da altri soggetti.**

Il responsabile della Struttura assegnataria di budget, verificato e tenuto conto delle disposizioni previste dal principio contabile generale della contabilità finanziaria (Allegato n. 4/2 del D.Lgs n. 118/2011), in particolar modo per quanto attiene all'esigibilità, dovrà inviare motivata richiesta alla Direzione Bilancio e Ragioneria, unitamente a:

- “Modulo richiesta variazione compensativa 2017-2019” - Modulo 3.2. - debitamente compilato in ogni sua parte, disponibile nell'area intranet della Regione, nella sezione dedicata al Bilancio;

- documenti giustificativi debitamente datati e firmati;

in modo da consentire alla Direzione Bilancio e Ragioneria di effettuare le necessarie verifiche e di svolgere l'istruttoria per predisporre il provvedimento di variazione da parte della Giunta regionale.

Successivamente all'approvazione dell'atto (variazione del bilancio di previsione e D.T.A.), la Struttura proponente dovrà provvedere a richiedere la ripartizione dello stanziamento di competenza e/o di cassa in articoli per ciascun capitolo di spesa, al fine di adeguare lo stanziamento al IV livello del Piano dei Conti Finanziario di cui all'Allegato n. 6/1 del D.Lgs. n. 118/2011, tramite la procedura “Nu.S.I.Co” accessibile dalla voce del menu “Armonizzazione” – “Articolazione capitoli”, per consentire la variazione del Bilancio finanziario gestionale 2017-2019 da parte del Direttore della Direzione Bilancio e Ragioneria.

### 3.3. Variazioni compensative delle spese per il trasferimento del personale

Con il bilancio di previsione 2017-2019 è stata data attuazione alle disposizioni di cui all'articolo 14 del D.Lgs. n. 118/2011, laddove viene previsto che la spesa del personale regionale venga ripartita per le singole Missioni e Programmi rappresentati a bilancio.

Ai sensi del comma 2, lettera c), dell'articolo 51 del D.Lgs. n. 118/2011, la Giunta regionale è autorizzata ad apportare variazioni compensative del bilancio di previsione 2017-2019 fra le dotazioni delle Missioni e dei Programmi limitatamente alle spese per il personale conseguenti a provvedimenti di trasferimento del personale all'interno dell'amministrazione.

La Direzione Organizzazione e Personale dovrà inviare motivata richiesta alla Direzione Bilancio e Ragioneria, unitamente a:

- “Modulo richiesta variazione compensativa 2017-2019” - Modulo 3.2. - debitamente compilato in ogni sua parte, disponibile nell'area intranet della Regione, nella sezione dedicata al Bilancio;

- documenti giustificativi debitamente datati e firmati.

Successivamente all'approvazione dell'atto (variazione del bilancio di previsione e D.T.A.), la Direzione Organizzazione e Personale dovrà provvedere a richiedere la ripartizione dello stanziamento di competenza e/o di cassa in articoli per ciascun capitolo di spesa, al fine di adeguare lo stanziamento al IV livello del Piano dei Conti Finanziario di cui all'Allegato n. 6/1 del D.Lgs. n. 118/2011, tramite la procedura “Nu.S.I.Co” accessibile dalla voce del menu “Armonizzazione” – “Articolazione capitoli”, per consentire la variazione del Bilancio finanziario gestionale 2017-2019 da parte del Direttore della Direzione Bilancio e Ragioneria.

### 3.4. Variazioni compensative tra Categorie di entrata appartenenti alla stessa Tipologia.

La Giunta regionale con proprio atto può apportare variazioni compensative al D.T.A. tra le dotazioni dei capitoli di entrata appartenenti a diverse Categorie nell'ambito della stessa Tipologia.

Il responsabile della Struttura assegnataria di budget dovrà inviare motivata richiesta alla Direzione Bilancio e Ragioneria, unitamente a:

- “Modulo richiesta variazione compensativa 2017-2019” - Modulo 3.4 - debitamente compilato in ogni sua parte, disponibile nell'area intranet della Regione, nella sezione dedicata al Bilancio;

- documenti giustificativi debitamente datati e firmati ; in modo da consentire alla Direzione Bilancio e Ragioneria di effettuare le necessarie verifiche al fine di predisporre il provvedimento di variazione da parte della Giunta regionale e permettere la variazione del

**Bilancio finanziario gestionale 2017-2019 da parte del Direttore della Direzione Bilancio e Ragioneria.**

**3.5. Variazioni compensative tra Macroaggregati diversi di spesa appartenenti allo stesso Programma.**

La Giunta regionale con proprio atto può apportare variazioni compensative al D.T.A tra le dotazioni di capitoli di spesa appartenenti a Macroaggregati diversi nell'ambito dello stesso Programma purché ricompresi nel medesimo Titolo (spesa corrente /spesa in c/capitale).

Il responsabile della Struttura assegnataria di budget dovrà inviare motivata richiesta alla Direzione Bilancio e Ragioneria, unitamente a:

- “Modulo richiesta variazione compensativa 2017-2019” - Modulo 3.5. - debitamente compilato in ogni sua parte, disponibile nell'area intranet della Regione, nella sezione dedicata al Bilancio; in modo da consentire alla Direzione Bilancio e Ragioneria di effettuare le necessarie verifiche.

Si fa presente che le motivate richieste di variazione compensativa devono essere munite del visto di approvazione dell'Assessore competente per materia.

Successivamente all'approvazione dell'atto da parte della Giunta regionale (variazione al D.T.A.), la Struttura proponente dovrà provvedere a richiedere la ripartizione dello stanziamento di competenza e/o di cassa in articoli per ciascun capitolo di spesa, al fine di adeguare lo stanziamento al IV livello del Piano dei Conti Finanziario di cui all'Allegato n. 6/1 del D.Lgs. n. 118/2011, tramite la procedura “Nu.S.I.Co” accessibile dalla voce del menu “Armonizzazione” – “Articolazione capitoli” per consentire la variazione del Bilancio finanziario gestionale 2017-2019 da parte del Direttore della Direzione Bilancio e Ragioneria

**3.6. Variazioni compensative tra capitoli di entrata appartenenti alla stessa Categoria.**

Ai sensi dell'articolo 9 comma 2-ter della L.R. 29/11/2001, n. 39, la Giunta regionale è autorizzata ad apportare variazioni compensative del bilancio finanziario gestionale tra le dotazioni dei capitoli di entrata appartenenti alla stessa Categoria.

Il responsabile della Struttura assegnataria di budget dovrà inviare motivata richiesta alla Direzione Bilancio e Ragioneria, unitamente a:

- “Modulo richiesta variazione compensativa 2017-2019” - Modulo 3.6 - debitamente compilato in ogni sua parte, disponibile nell'area intranet della Regione, nella sezione dedicata al Bilancio;

- documenti giustificativi debitamente datati e firmati; in modo da consentire alla Direzione Bilancio e Ragioneria di effettuare le necessarie verifiche al fine di predisporre il provvedimento di variazione da parte della Giunta regionale.

**3.7. Variazioni compensative tra capitoli di spesa appartenenti allo stesso Macroaggregato.**

Ai sensi dell'articolo 9 comma 2-ter della L.R. 29/11/2001, n. 39, la Giunta regionale è autorizzata ad apportare variazioni compensative del bilancio finanziario gestionale tra le dotazioni dei capitoli di spesa appartenenti allo stesso Macroaggregato, purché nell'ambito dello stesso Programma.

Il responsabile della Struttura assegnataria di budget dovrà inviare motivata richiesta alla Direzione Bilancio e Ragioneria, con l'indicazione dei capitoli e dei relativi articoli di cui si richiede la variazione dello stanziamento di competenza e/o di cassa, munita del visto di approvazione dell'Assessore competente per materia, in modo da consentire alla Direzione Bilancio e Ragioneria di effettuare le necessarie verifiche al fine di predisporre il provvedimento di variazione da parte della Giunta regionale.

**3.8. Ripartizione compensativa dello stanziamento di competenza e/o cassa fra articoli appartenenti al medesimo capitolo di spesa**

Al fine di adeguare lo stanziamento al IV livello del Piano dei Conti Finanziario di cui all'Allegato n. 6/1 del D.Lgs. n. 118/2011, le richieste di ripartizione compensativa dello stanziamento di competenza e/o di cassa fra articoli appartenenti al medesimo capitolo di

spesa, da parte delle Strutture assegnataria di budget, vanno effettuate tramite la procedura “Nu.S.I.Co” accessibile dalla voce del menu “Armonizzazione” – “Articolazione capitoli”.

Una volta rese definitive, le richieste dovranno essere firmate dal Dirigente responsabile ed inviate alla Direzione Bilancio e Ragioneria con nota di accompagnamento, per consentire la formalizzazione delle stesse nel decreto di variazione del Bilancio finanziario gestionale 2017-2019 da parte del Direttore della Direzione Bilancio e Ragioneria.

### **3.9. Variazioni di Bilancio riguardanti l’istituzione del Fondo Pluriennale Vincolato di Gestione.**

Con l’adozione del principio della competenza finanziaria potenziata, le obbligazioni giuridiche perfezionate sono registrate nelle scritture contabili al momento della nascita dell’obbligazione,

imputandole all’esercizio in cui l’obbligazione viene a scadenza che coincide con il momento in cui diventa esigibile.

Le strutture regionali pertanto provvedono a registrare presso la Direzione Bilancio e Ragioneria, i decreti di impegno sulla base dell’esigibilità della spesa, ed assumono, in relazione alle risorse vincolate ed accertate, gli impegni nel bilancio 2017-2019, allocandoli ai rispettivi articoli dei capitoli di spesa, in modo da consentire l’imputazione delle obbligazioni passive scadenti nei diversi esercizi secondo lo schema temporale riportato nei rispettivi decreti.

Sulla base dell’esito positivo della verifica della regolarità contabile apposta ai decreti di impegno da parte della Direzione Bilancio e Ragioneria, ai sensi dell’articolo 22 bis della L.R. n. 39/2001, il responsabile finanziario della Regione, con proprio provvedimento, provvede all’istituzione del fondo pluriennale vincolato e contestuale ripartizione degli stanziamenti di competenza fra gli articoli del medesimo capitolo di spesa, apportando le opportune variazioni al bilancio di previsione 2017-2019, al D.T.A e al Bilancio finanziario gestionale, al fine di garantire la copertura finanziaria delle obbligazioni passive sulla base della scadenza giuridica.

### **3.10. Variazioni di bilancio con prelievo dal Fondo rischi spese legali**

Il Bilancio di previsione 2017 -2019 prevede i seguenti capitoli “fondo”:

- 102220/U “Fondo rischi spese legali - parte corrente (art. 46, c. 3, D.Lgs. 23/06/2011, n.118)”;
- 102223/U “Fondo rischi spese legali - parte c/capitale (art. 46, c. 3, D.Lgs. 23/06/2011, n.118)”

la cui responsabilità gestionale è stata posta in capo all’Avvocatura.

La disciplina sulle modalità di utilizzo di tali fondi è contenuta nell’articolo 20 bis della L.R. n.39/2001, prevedendo in particolare che su tali capitoli non sia possibile impegnare le spese direttamente e che i prelievi dai suddetti fondi siano disposti con provvedimento di variazione di competenza della Giunta regionale.

Qualora si verificassero le condizioni e i presupposti previsti dal citato articolo 20 bis e tenuto conto delle disposizioni dettate dal principio contabile generale della contabilità finanziaria (Allegato n. 4/2 del D.Lgs n. 118/2011), in particolar modo per quanto attiene all’esigibilità, la Struttura regionale interessata dovrà far riferimento all’Avvocatura circa la procedura da adottare.

A seguito dell’esito dell’istruttoria da parte dell’Avvocatura, la stessa provvederà a proporre richiesta di variazione alla Direzione Bilancio e Ragioneria, indicando nello specifico le motivazioni che hanno portato ad avanzare la richiesta, l’importo da prelevare e i capitoli di spesa esistenti o da istituire con i relativi importi per far fronte al contenzioso in essere.

### **3.11. Variazioni di bilancio con prelievo dal Fondo di riserva per le spese obbligatorie**

L’articolo 48 del D.Lgs. n. 118/2011, stabilisce che sono spese obbligatorie quelle relative al pagamento di stipendi, assegni, pensioni ed altre spese fisse, le spese per interessi passivi, quelle

derivanti da obblighi comunitari e internazionali, le spese per ammortamenti di mutui, nonché

quelle così identificate per espressa disposizione normativa.

Su tale base, il bilancio di previsione elenca in apposito allegato i capitoli di spesa aventi carattere obbligatorio.

Le richieste di prelievo dal Fondo di riserva per le spese obbligatorie, devono essere formulate dal Dirigente responsabile ed inviate al responsabile finanziario della Regione e per conoscenza alla Direzione Bilancio e Ragioneria, unitamente all'indicazione dei capitoli e relativi articoli di cui si richiede l'implementazione. In base a quanto stabilito dall'articolo 17 della L.R. 29/11/2001, n. 39, il responsabile finanziario della Regione – o un direttore regionale da lui delegato - dispone con proprio atto il prelevamento dal fondo e l'iscrizione delle relative somme in aumento agli stanziamenti di spesa del bilancio apportando le opportune variazioni al bilancio di previsione 2017-2019, al D.T.A e al Bilancio finanziario gestionale.

### **3.12. Variazioni di bilancio con prelievo dal Fondo di riserva per le spese impreviste**

Ai sensi dell'articolo 18 della L.R. 29/11/2001, n. 39 il fondo di riserva per le spese impreviste è

utilizzato per far fronte ad eventuali deficienze negli stanziamenti di spesa del bilancio, quando ciò non costituisca un principio di spesa continuativa.

L'elenco delle spese che possono essere finanziate con il fondo di riserva per spese impreviste è

allegato al bilancio di previsione.

Le richieste di prelievo dal Fondo di riserva per le spese impreviste, debitamente motivate, devono essere formulate dal Direttore responsabile ed inviate alla Direzione Bilancio e Ragioneria, unitamente all'indicazione dei capitoli e relativi articoli di cui si richiede l'implementazione.

I prelievi dal fondo per le spese impreviste e l'iscrizione delle somme ai relativi stanziamenti di

spesa del bilancio sono disposti dalla Giunta regionale che apporta le opportune variazioni al bilancio di previsione 2017-2019, al D.T.A e al Bilancio finanziario gestionale.

### **3.13. Variazioni di bilancio con prelievo dal Fondo per le perdite delle società partecipate.**

Il Bilancio di previsione 2017 -2019 prevede il seguente capitolo 102605 "Fondo per le perdite delle società partecipate - altre spese correnti", la cui responsabilità gestionale è stata posta in capo alla Struttura di Progetto Piano Straordinario Valorizzazione Partecipazioni Societarie.

La disciplina sulle modalità di utilizzo di tale fondo è contenuta all'art.21 concernente "Norme

finanziarie sulle società partecipate dalle amministrazioni locali" del D.Lgs n. 175 del 19/08/2016 "Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica", mentre l'articolo 46 comma 3 del D.Lgs. 118/2011 dispone che su tale capitolo non sia possibile impegnare le spese direttamente.

I prelievi dal suddetto fondo sono disposti con provvedimento di variazione di competenza della

Giunta regionale.

Qualora si presentasse la necessità, la Struttura di Progetto Piano Straordinario Valorizzazione Partecipazioni Societarie dovrà inoltrare richiesta di variazione alla Direzione Bilancio e Ragioneria, indicando nello specifico le motivazioni che hanno portato ad avanzare la richiesta,

l'importo da prelevare e i capitoli di spesa esistenti o da istituire con i relativi importi.

### **3.14. Variazioni di bilancio autorizzate con legge regionale**

Nel corso dell'esercizio il bilancio regionale può essere oggetto di variazioni autorizzate con legge ai sensi dell'articolo 51 comma 1 del D.Lgs. n. 118/2011.

Nel caso in cui il Consiglio regionale approvi una legge che apporti una variazione al Bilancio di previsione 2017-2019 la Direzione Bilancio e Ragioneria provvederà a richiedere alla struttura competente per materia tutte le informazioni propedeutiche per poter procedere, con apposita Deliberazione della Giunta regionale, ad integrare il D.T.A al bilancio di previsione 2017-2019.

A tale scopo verrà chiesto di predisporre il - “Modulo per l’istituzione di un nuovo capitolo di spesa a seguito approvazione di leggi regionali” - Modulo 3.15. - debitamente compilato in ogni sua parte, disponibile nell’area intranet della Regione, nella sezione dedicata al Bilancio; o il

- “Modulo per l’istituzione di un nuovo capitolo di entrata a seguito approvazione di leggi regionali” - Modulo 3.16. - debitamente compilato in ogni sua parte scaricabile, disponibile nell’area intranet della Regione, nella sezione dedicata al Bilancio.

Successivamente all’approvazione dell’atto (variazione del D.T.A.), la Struttura proponente dovrà provvedere a richiedere la ripartizione dello stanziamento di competenza e/o di cassa in articoli per ciascun capitolo di spesa, al fine di adeguare lo stanziamento al IV livello del Piano dei Conti Finanziario di cui all’Allegato n. 6/1 del D.Lgs. n. 118/2011, tramite la procedura “Nu.S.I.Co” accessibile dalla voce del menu “Armonizzazione” – “Articolazione capitoli” per consentire la variazione del Bilancio finanziario gestionale 2017-2019 da parte del Direttore della Direzione Bilancio e Ragioneria.

#### **4. Assegnazione dei capitoli ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità**

Il Segretario Generale della Programmazione con proprio Decreto del 13 gennaio 2017, n. 1 ha approvato il Bilancio Finanziario Gestionale 2017–2019, nel quale, ai fini della gestione e rendicontazione, oltre a ripartire le categorie di entrata in capitoli ed i macroaggregati di spesa in capitoli ed in articoli, ha assegnato ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità di cui all’articolo 30 della L.R. 39/2001, i capitoli e le risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi individuati.

Con il medesimo atto il Segretario Generale della Programmazione ha ritenuto opportuno delegare, ai sensi dell’articolo 9 comma 2 della L.R. 39/2001, il Direttore della Direzione Bilancio e Ragioneria a provvedere a tutti gli atti che si dovessero rendere necessari per recepire, nel Bilancio finanziario gestionale 2017-2019, eventuali modifiche derivanti dalla gestione dell’ente, ivi compresa l’assegnazione dei capitoli ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità, precisando che eventuali modifiche nell’assegnazione dei capitoli, saranno disposte previa acquisizione di specifica e motivata comunicazione da parte del/dei Direttore/i di Area competente/i.

Fermo restando che l’assegnazione di un capitolo ad un centro di responsabilità vale anche per le specifiche autorizzazioni informatiche per la gestione delle entrate e delle spese, è comunque

facoltà del responsabile di budget autorizzare altre strutture alla esecuzione delle varie fasi gestionali.

In tal caso se ne dovrà dare espressa comunicazione alla Direzione Bilancio e Ragioneria, che provvederà alle relative abilitazioni, inviando il modulo SAC (scheda per richiesta abilitazione

utilizzo capitoli su delega del responsabile di budget) disponibile nell’area intranet della Direzione Bilancio e Ragioneria.

#### **5. Contenimento di determinate tipologie di spesa**

Con riferimento alle vigenti disposizioni di contenimento della spesa, si richiamano le direttive già impartite dalla Giunta Regionale con propria deliberazione n. 1166 del 19 luglio 2016 avente ad oggetto: “Contenimento della spesa pubblica. Anno 2016. Integrazione alle direttive di cui ai provvedimenti della Giunta regionale n. 987 del 5 giugno 2012, n. 1521 del 12 agosto 2013, n. 1531 del 12 agosto 2014 e n. 1058 dell’11 agosto 2015”. Dell’eventuale

aggiornamento di dette direttive sarà data immediata comunicazione a tutte le strutture regionali.

## **6. Gestione in conto competenza**

I direttori responsabili di budget o i loro delegati assumono gli atti di gestione dell'entrata e della spesa nei termini di seguito indicati.

### **6.1. Accertamenti di entrata**

Il soggetto responsabile accerta l'entrata assumendo un atto gestionale conforme a quanto richiesto dall'art. 53 del D.Lgs.118/2011 ed alle prescrizioni del punto 3 del Principio contabile applicato dell'Allegato 4/2 del D.Lgs. 118/2011.

In relazione alla specifica tipologia di entrata, dovrà essere verificata la conformità alle disposizioni dei punti 3.6 e seguenti del principio contabile applicato.

Gli atti di accertamento devono contenere tutti gli elementi richiesti per la registrazione nel sistema informativo-contabile con codificazione completa della transazione elementare (artt. 5, 6 e 7 del D.Lgs. 118/2011).

Nell'atto adottato, a seguito di obbligazione attiva giuridicamente perfezionata, devono essere verificati ed attestati, sulla base di idonea documentazione, i seguenti elementi fondamentali dell'accertamento:

- a) la ragione del credito;
- b) il titolo giuridico che supporta il credito stesso;
- c) l'individuazione del soggetto debitore;
- d) l'ammontare del credito;
- e) la relativa scadenza.

L'atto gestionale dovrà inoltre contenere le seguenti informazioni essenziali:

1. l'indicazione del capitolo di bilancio al quale si imputa l'entrata, con indicazione del Piano dei Conti fino al V livello. Dal 2017, il codice gestionale SIOPE si identifica con la codifica del Piano dei Conti, pertanto, per la corretta imputazione, si invita a consultare il nuovo Glossario SIOPE disponibile nella Sezione Intranet della Direzione Bilancio e Ragioneria;
2. il CUP (codice unico di progetto) identificativo del progetto d'investimento pubblico realizzato dall'amministrazione, dove richiesto;
3. il CIG (codice identificativo di gara), nei casi in cui è previsto.

La mancanza o indeterminatezza di elementi ed informazioni come sopra elencati, non consente l'apposizione del visto di regolarità contabile.

### **6.2. Impegni di spesa**

Il soggetto responsabile assume gli impegni di spesa sulla base di quanto disposto dall'art. 56 del D.Lgs. 118/2011 e dal punto 5 del principio applicato della contabilità finanziaria di cui all'allegato n. 4/2 del D.Lgs. 118/2011.

Ogni procedimento che comporta spesa deve trovare, fin dal suo avvio, la relativa attestazione di copertura finanziaria ed essere annotato nelle scritture contabili dell'esercizio nel quale l'obbligazione diviene esigibile<sup>1</sup>. Qualora, al termine dell'esercizio, l'obbligazione non sia ancora giuridicamente perfezionata la relativa spesa sarà cancellata e costituirà economia di bilancio.

Gli atti di impegno devono contenere tutti gli elementi richiesti per la registrazione nel sistema

informativo-contabile con codificazione completa della transazione elementare (artt. 5, 6 e 7 del

D.lgs. 118/2011).

Gli atti che dispongono registrazioni contabili di spesa devono contenere obbligatoriamente gli

elementi costitutivi dell'impegno previsti dalla norma e dai principi contabili:

- a) l'oggetto e la tipologia dell'obbligazione di spesa (ragione del debito), indicando se trattasi di

debito commerciale o non commerciale;

b) l'importo (somma da pagare);

c) il beneficiario (soggetto creditore);

d) l'indicazione della scadenza nell'esercizio o negli esercizi in cui l'obbligazione diviene esigibile;

e) l'attestazione che l'obbligazione di cui si dispone l'impegno è perfezionata.

L'atto gestionale dovrà inoltre contenere le seguenti informazioni fondamentali:

1. l'indicazione del capitolo ed articolo di bilancio al quale si imputa la spesa e che ne assicura la copertura finanziaria. Dal 2017, il codice gestionale SIOPE si identifica con la codifica del Piano dei Conti, pertanto, per la corretta imputazione, si invita a consultare il nuovo Glossario

SIOPE disponibile nella Sezione Intranet della Direzione Bilancio e Ragioneria;

2. le modalità e le tempistiche che consentiranno la successiva liquidazione;

3. l'attestazione che il programma dei pagamenti è compatibile con gli stanziamenti di bilancio e con le regole di finanza pubblica (non dovuta per le partite di giro);

4. il CUP (codice unico di progetto) identificativo del progetto d'investimento pubblico realizzato dall'amministrazione;

5. il CIG (codice identificativo di gara), nei casi in cui è previsto.

**1 La consolidata giurisprudenza della Corte di Cassazione definisce come esigibile un credito per il quale non vi siano ostacoli alla sua riscossione ed è consentito quindi pretendere l'adempimento; non si dubita quindi della coincidenza tra esigibilità e possibilità di esercitare il diritto del credito.**

Si rammenta che nel caso di impegni di natura commerciale e nel caso di impegni a favore di pubbliche amministrazioni, il responsabile del procedimento di spesa deve comunicare al beneficiario

le informazioni relative all'impegno (comma 7 art. 56).

La mancanza o indeterminatezza degli elementi ed informazioni come sopra elencati, non consente l'apposizione del visto di regolarità contabile.

### 6.3. Impegni di spesa e contestuale accertamento di entrata

I decreti che comportano l'assunzione di impegni di spesa in relazione ad entrate a specifica destinazione devono riportare il riferimento dell'accertamento preventivamente disposto o la disposizione che l'accertamento deve essere contestualmente disposto nel medesimo provvedimento. Il decreto dovrà contenere altresì il cronoprogramma di spesa e la contestuale correlazione con gli accertamenti di entrata per tutti gli esercizi interessati.

Eventuali variazioni del cronoprogramma di spesa devono trovare corrispondenti variazioni nelle relative entrate, al fine di mantenerne nel tempo la copertura.

La mancanza o indeterminatezza degli elementi informativi sopra illustrati non consente l'apposizione del visto di regolarità contabile.

### 6.4. Debiti fuori bilancio

Il mancato rispetto delle prescrizioni normative per l'assunzione della spesa può comportare la

formazione di debiti fuori bilancio, per la cui riconoscibilità occorre attivare le procedure previste dall'art. 73 del D.Lgs. 118/2011.

### 6.5. Liquidazione della spesa

Nella procedura di liquidazione della spesa, i soggetti competenti dovranno accertare la sussistenza di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente; in particolare, deve essere verificato che:

a) i documenti di spesa prodotti siano conformi alla legge, comprese quelle di natura fiscale, formalmente e sostanzialmente corretti;

b) le prestazioni eseguite o le forniture di cui si è preso carico rispondano ai requisiti quantitativi e qualitativi, ai termini e alle altre condizioni pattuite;

c) l'obbligazione sia esigibile, in quanto non sospesa da termine o condizione.

Inoltre dovrà essere verificata l'assenza di obblighi di custodia di somme a fronte di pignoramenti di terzi sulle somme dovute dalla Regione del Veneto a propri creditori.

Si ricorda che l'esecuzione dei pagamenti relativi a debiti commerciali, è soggetta ai termini previsti dal D.Lgs 231/2002 e s.m.i..

## **7. Peculiarità sulla gestione di alcuni capitoli**

### **7.1. Capitoli cogestiti**

I capitoli cogestiti per gli anni 2017 -2019 sono i seguenti:

**003002 SPESE PER IL FUNZIONAMENTO DI CONSIGLI, COMITATI, COLLEGI E COMMISSIONI, COMPRESI I GETTONI DI PRESENZA, LE INDENNITA' DI MISSIONE ED I RIMBORSI SPESE (ART.187, L.R. 10/06/1991, N. 12 - ART.4, C.1, L.R.**

**07/11/1995, N. 43) 003030 SPESE PER ADESIONE AD ASSOCIAZIONI**

**005240 RESTITUZIONE DI SOMME INDEBITAMENTE RISCOSE DALLA REGIONE**

**007010 SPESE PER STUDI, INDAGINI, RICERCHE E CONSULENZE (ART. 184, L.R. 10/06/1991, N. 12)**

**080386 RESTITUZIONE ALLO STATO DI QUOTE DI FINANZIAMENTI NON INTERAMENTE UTILIZZATI**

Si precisa che:

- in riferimento al capitolo 007010 “Spese per studi, indagini, ricerche e consulenze (art.184, L.R. 10/06/1991, n.12)” trattandosi di spesa soggetta a contenimento ai sensi della vigente normativa, si richiama alle direttive già impartite dalla Giunta Regionale con propria deliberazione n. 1166 del 19 luglio 2016 e a quelle che saranno eventualmente impartite con successivo provvedimento della Giunta regionale (vedi Paragrafo 5);

- in riferimento al capitolo 003030 “Spese per adesione ad associazioni” permane l’obbligo di acquisire il visto di monitoraggio della Segreteria Generale della Programmazione, prima dell’impegno di spesa sulla proposta di deliberazione che avvia i procedimenti di spesa e non sui successivi decreti predisposti dai direttori regionali. Il visto sarà apposto sui decreti dirigenziali solo qualora questi siano assunti direttamente a fronte di una specifica disposizione

normativa che prevede l’adesione all’associazione. La Segreteria Generale della Programmazione procederà ad una prima determinazione del budget assegnabile ad ogni Struttura sulla base delle ricognizioni periodiche effettuate e di quanto impegnato nel 2016;

- per i restanti capitoli, 003002, 005240, 080386 sopra elencati, la Direzione Bilancio e Ragioneria assumerà gli impegni di spesa, disposti dalle Strutture regionali, nei limiti delle disponibilità delle risorse allocate a bilancio.

### **7.2. Utilizzo di contributi pluriennali finanziati dallo Stato**

In relazione all’utilizzo di contributi pluriennali finanziati dallo Stato, si ricorda che le Strutture devono procedere tempestivamente secondo le indicazioni riportate nella circolare della Segreteria Regionale al Bilancio e alla Finanza, protocollo 263198/42.00 del 19 maggio 2008, reperibile nella pagina intranet della Direzione Finanza e Tributi. Alle Strutture di competenza spetta sempre la verifica della sussistenza e della disponibilità delle annualità dei contributi pluriennali. L’utilizzo dei contributi pluriennali può avvenire annualmente per cassa oppure mediante operazioni finanziarie di attualizzazione a valere sugli stessi. Qualora le Strutture optino per la seconda modalità di utilizzo, in sede di stima dei valori di attualizzazione, le medesime Strutture dovranno chiedere la collaborazione della Direzione Finanza e Tributi.

### **7.3. Ulteriori capitoli “fondo”**

Di seguito sono elencati gli ulteriori capitoli “fondo”, sui quali non è possibile assumere direttamente impegni di spesa, ma occorre preventivamente, promuovere una variazione compensativa di bilancio, assegnando le risorse a specifiche destinazioni di spesa .

Sui capitoli di destinazione le competenti Strutture assumeranno gli impegni di spesa.

**Capitoli “fondo”**

#### **7.4. Rendicontazione di contributi straordinari ad Enti locali**

Si rammenta che l'articolo 158 del Decreto Legislativo 18/8/2000, n. 267 dispone che gli Enti locali, assegnatari di contributi straordinari da parte di Amministrazioni Pubbliche, sono tenuti a presentare alle medesime il rendiconto dei contributi predetti entro sessanta giorni dal termine dell'esercizio finanziario relativo.

Si richiama, pertanto, l'obbligo delle Strutture responsabili dei processi di spesa di esplicitare, al momento della concessione, la natura straordinaria dei contributi, onde suscitare gli adempimenti previsti dalla normativa citata da parte degli Enti locali beneficiari.

Per “contributi straordinari” si intendono quei trasferimenti che:

- non hanno la caratteristica della continuità;
- non vengono assegnati per lo svolgimento di funzioni proprie dell'Ente locale o ad esso delegate o conferite;
- non costituiscono il controvalore per l'avvalimento di cui ai decreti “Bassanini”.

L'obbligo di rendicontazione riguarda i pagamenti in conto competenza e in conto residui, disposti dall'Ente destinatario, in corrispondenza dell'utilizzo dei contributi straordinari ricevuti.

Al fine di agevolare l'attuazione degli adempimenti sopra descritti è stata predisposta una apposita scheda tipo, di seguito riportata che, nella prima parte, dovrà essere compilata (una scheda per ciascun contributo) dalla Struttura responsabile del processo di spesa e, nella seconda parte, da ciascun ente destinatario del contributo stesso e restituita direttamente alla Struttura medesima entro il termine indicato nell'articolo del T.U. sopra richiamato.

Si rammenta l'importanza da parte delle Strutture regionali di trasmettere le schede sopracitate agli Enti destinatari dei contributi straordinari assegnati, contestualmente alla notifica del provvedimento di assegnazione del contributo straordinario, affinché questi ultimi possano essere messi nella condizione di adempiere a quanto previsto dall'articolo 158 del D.Lgs. 267/2000.

**N.B.:** Questa parte della scheda va compilata dalla Struttura Regionale competente

(\*).....

**RENDICONTO CONTRIBUTI STRAORDINARI Art. 158 D.Lgs. 267/2000**

**ESERCIZIO FINANZIARIO 2017**

**OGGETTO DEL CONTRIBUTO**

**TITOLO GIURIDICO (\*\*)**

**CONTRIBUTO ASSEGNATO**

**CONTRIBUTO EROGATO**

**Data Il Dirigente Regionale**

**(\* ) Compilazione a cura della Struttura Regionale competente (\*\*)** Normativa di riferimento: Legge Statale, Legge Regionale, Regolamento Comunitario, Delibera di Giunta Regionale, Decreto in forza della quale viene erogato il contributo

**SCHEDA TIPO – PARTE II**

**N.B.: Questa parte della scheda va compilata dall'Ente assegnatario del contributo ed inviata direttamente alla Struttura regionale competente**

**ENTE .....**

**SPESE IMPEGNATE AL 31.12.2017**

**SPESE LIQUIDATE (COMPETENZA + RESIDUI) AL 31.12.2017**

**RELAZIONE SUI RISULTATI OTTENUTI**

**EVENTUALI NOTE**

**Timbro**

**Il Segretario**

**Il responsabile dell'Ente del servizio finanziario**

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

**LIGURIA**

**L.R. 8.2.17, n. 2** - Modifiche alla legge regionale 5 marzo 2012, n. 7 (Iniziative regionali per la prevenzione del crimine organizzato e mafioso e per la promozione della cultura della legalità). (BUR n. 2 del 15.2.17)

**Articolo 1** (Inserimento degli articoli 3 bis e 3 ter nella legge regionale 5 marzo 2012, n. 7 (Iniziative regionali per la prevenzione del crimine organizzato e mafioso e per la promozione della cultura della legalità))

1. Dopo l'articolo 3 della l.r. 7/2012, sono inseriti i seguenti:

“Articolo 3 bis (Interventi nei settori economici, nelle professioni e nelle pubbliche amministrazioni)

1. La Regione opera per la diffusione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile nel mondo dell'impresa, della cooperazione, del lavoro e delle professioni. A tal fine, essa promuove iniziative di sensibilizzazione e di formazione, in collaborazione con le associazioni rappresentative delle imprese, della cooperazione e dei lavoratori, nonché con le associazioni, gli ordini e i collegi professionali.

2. La Regione promuove, altresì, iniziative di formazione volte a diffondere la cultura dell'etica pubblica, a fornire al personale regionale e a quello degli enti del sistema regionale allargato una specifica preparazione, anche ai fini dell'attività contrattuale e della predisposizione delle relative clausole nei bandi e nei capitolati, nonché per far maturare una spiccata sensibilità sui temi disciplinati dalla presente legge.

Articolo 3 ter (Interventi per la prevenzione e il contrasto in materia di tutela della salute e dell'ambiente)

1. Nell'attuazione delle politiche di prevenzione e contrasto dei fenomeni di illegalità in materia di tutela della salute e dell'ambiente, connessi o derivanti da attività criminose di tipo organizzato o mafioso, la Regione propone la conclusione di accordi e la stipula di convenzioni con le autorità statali operanti sul territorio regionale nel settore della tutela della salute o dell'ambiente, le associazioni di imprese, le organizzazioni sindacali, le associazioni di volontariato e le associazioni ambientaliste individuate dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio ai sensi dell'articolo 13 della legge 8 luglio 1986, n. 349 (Istituzione del Ministero dell'ambiente e norme in materia di danno ambientale) e successive modificazioni e integrazioni. A tal fine, con le medesime modalità possono essere, altresì, promosse specifiche iniziative di formazione e di scambio di informazioni fra la Regione e i soggetti sopracitati.”

Articolo 2 (Sostituzione dell'articolo 4 della l.r. 7/2012)

1. L'articolo 4 della l.r. 7/2012, è sostituito dal seguente:

“Articolo 4 (Iniziativa diretta della Regione)

1. La Regione promuove uno specifico rapporto di collaborazione con la Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno della mafia e sulle altre associazioni criminali, anche straniere, e con le Commissioni permanenti e speciali istituite dal Parlamento nazionale afferenti al tema della legalità.

2. La Regione può aderire a iniziative associative promosse da altri livelli istituzionali ed enti territoriali. 3. La Regione promuove la stipula di apposite convenzioni con i livelli regionali dei Ministeri dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca, dell’Interno, della Difesa, della Giustizia, per lo svolgimento di specifiche azioni di ricerca, formazione e informazione rivolte agli operatori da essi dipendenti. La Regione promuove, inoltre, intese con i livelli regionali di altri Ministeri per la realizzazione di iniziative a supporto delle politiche di educazione alla legalità, in base a contenuti specifici richiesti.”.

Articolo 3 (Abrogazione dell’articolo 8 della l.r. 7/2012)

1. L’articolo 8 della l.r. 7/2012, è abrogato. Articolo 10 (Modifica all’articolo 11 della l.r. 7/2012) 1. Dopo il comma 2 dell’articolo 11 della l.r. 7/2012, è aggiunto il seguente:

“2 bis. La Regione, al fine di sostenere i progetti che prevedono il riutilizzo dei beni confiscati, promuove la sottoscrizione di protocolli d’intesa e convenzioni con l’Agenzia nazionale per l’amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata ai sensi dell’articolo 112, comma 4, lettera i), del d.lgs. 159/2011 e successive modificazioni e integrazioni, e con altri enti pubblici, enti locali, associazioni, fondazioni, cooperative operanti nel campo sociale.”.

**MARCHE**

**DGR 30.1.17, n. 39** - Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per il triennio 2017 – 2019. (BUR n . 19 del 17.2.17

**Note**

Viene approvato il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) per il triennio 2017-2019, di cui all’Allegato “1” che forma parte integrante della presente deliberazione; - di dare mandato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) della Giunta regionale, di integrare o modificare, con proprio atto, la modulistica allegata al presente Piano, in adeguamento ad eventuali modifiche della normativa o delle indicazioni di ANAC.

**DCR 1.2.17, n. 14** - Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017 - 2019 del Consiglio regionale.

**Note**

Viene approvato il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017 - 2019 del Consiglio regionale, Allegato “A”, comprensivo degli allegati 1 e 2, come parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione (a cui si fa rinvio), disponendo che il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza provveda alla sua pubblicazione all’interno della specifica sezione “Amministrazione trasparente” del sito istituzionale.

Viene confermato il Codice di comportamento dei dipendenti della Regione Toscana nel testo vigente di cui alle deliberazioni UP n. 7/2014 e deliberazione GR n. 34/2014, considerata l’assenza di esigenze di modifica dello stesso emerse nei primi tre anni di applicazione.

Viene data indicazione agli uffici di effettuare la puntuale attuazione alle disposizioni del PTPCT e del Codice di comportamento in collaborazione con il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza del Consiglio regionale.

Viene data ampia diffusione ed informazione a tutto il personale consiliare del PTPCT 2017–2019 e del vigente codice di comportamento dei dipendenti della Regione Toscana, agendo analogamente in occasione della prima assunzione in servizio dei dipendenti.

**UMBRIA**

**DAL 31.1.17, n. 149** - Atto interno - “Istituzione dell’Osservatorio regionale sulla criminalità organizzata e l’illegalità”. (BUR n. 7 del 17.2.17)

**Note**

Viene istituito l’Osservatorio regionale sulla criminalità organizzata e l’illegalità, ai sensi del comma 1 dell’art. 6 bis della L.R. n. 16/2012

Viene dato mandato agli uffici competenti di richiedere le designazioni di cui al comma 3 del medesimo articolo, ai fini della costituzione dell’Osservatorio.

**DIPENDENZE****LOMBARDIA**

**DCR. 7 febbraio 2017 - n. X/1425** Mozione concernente la prevenzione e il contrasto sull’uso delle droghe presso i più giovani. (BUR n. 7 del 17.2.17)

«Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

- dal 1990 al 2014 in Europa il prezzo dei derivati dell’oppio si è ridotto del 74 per cento per cui, se negli anni novanta servivano circa 120mila lire per acquistare un grammo di eroina, oggi bastano 30 euro: con un mese di stipendio da operaio allora si potevano comprare 6-7 grammi, oggi si arriva a 40;
- negli ultimi vent’anni il prezzo dell’eroina è diminuito e su alcune piazze si possono comprare anche ‘microdosi’ da 2 o 5 euro, facilmente accessibili da chi ha poche disponibilità economiche, ragazzi compresi;
- nel 2013 l’età media a cui i ragazzi provano per la prima volta l’eroina si è abbassata da 15 a 14 anni;
- secondo lo studio ESPAD Italia realizzato dall’Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa (Ifc-Cnr), tra i quindicenni l’eroina è la droga pesante più diffusa;
- nel 2016 solo a Milano e provincia i carabinieri hanno sequestrato 45 chili di cocaina e 35 di eroina, mostrando una presenza importante di consumatori di droghe pesanti;
- per arginare il fenomeno ormai divenuto ingestibile, lo scorso 15 novembre a Milano i carabinieri e la polizia municipale hanno sgomberato il cosiddetto boschetto di Rogoredo, un’area incolta vicina alla stazione ferroviaria omonima che da anni è nota per essere uno dei principali luoghi di spaccio di eroina e cocaina, in città e non solo;
- episodi di cronaca evidenziano un fenomeno in continua crescita come, ad esempio, l’arresto di un ragazzo di 22 anni il 27 dicembre scorso a Corsico trovato con oltre 5 chili di eroina e 27 chili di sostanza da taglio in casa e un altro il 22 novembre a San Donato terminato con il sequestro di 11 chili di eroina e 1 di cocaina;
- i danni provocati da eroina e cocaina sono enormi soprattutto se l’uso delle stesse inizia in età molto giovane; la cocaina, sebbene sia accettata perché ritenuta meno pericolosa di altre e sia consumata in ambienti lavorativi, ricreativi, sportivi ha effetti patologici preoccupanti: decessi per overdose e per infarto miocardico, disturbi funzionali relativi alla sfera psichica e organica, disturbi di personalità, disforie, forme di psicosi, delirio acuto, depressioni . L’eroina, d’altra parte, causa infezione dei vasi sanguigni e delle valvole cardiache, ascessi ed altre infezioni dei tessuti molli,

malattie renali o del fegato, complicazioni polmonari, danni al fegato, ai reni e al cervello, senza considerare gli eventuali pericoli dello scambio di siringhe (epatiti B, C, Aids e altre infezioni); considerato che

- eroina e cocaina, oltre a creare irrimediabili danni fisici a chi ne fa uso, causano danni sociali e sanitari che vanno arginati tempestivamente;
  - la diffusione e il consumo di cocaina ed eroina rappresenta una situazione difficilmente gestibile senza un'adeguata informazione e sensibilizzazione della comunità;
  - il segnale più preoccupante si rileva tra i giovani che si avvicinano con estrema semplicità all'uso di droghe pesanti un tempo relegate a una fascia di popolazione più adulta, se non altro almeno per il costo delle stesse;
- invita la Giunta regionale  
a continuare con più forza con le attività intraprese negli anni, per diffondere adeguate campagne informative soprattutto negli istituti scolastici e nei luoghi di aggregazione giovanile, atte a sensibilizzare e a rendere consapevoli i più giovani sull'uso e sugli effetti delle droghe .»

## **MARCHE**

**L.R. 7.2.17, n. 3** - Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network. (BUR n. 18 del 16.2.17)

### Art. 1 (Finalità)

1. Questa legge, nell'ambito delle competenze spettanti alla Regione in materia di tutela della salute e di politiche sociali, reca disposizioni finalizzate alla prevenzione e al trattamento del gioco d'azzardo patologico (GAP) e della dipendenza da nuove tecnologie e social network, nonché delle patologie correlate, con particolare riferimento alle fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione.

2. La Regione promuove interventi finalizzati:

- a) alla prevenzione e al contrasto del GAP e della dipendenza da nuove tecnologie e social network, nonché alla cura e alla riabilitazione delle persone affette da tali patologie e dipendenze, nonché al supporto alle loro famiglie;
- b) al rafforzamento della cultura del gioco consapevole, misurato e responsabile, nelle diverse forme previste dalla normativa statale;
- c) alla educazione, informazione, divulgazione e sensibilizzazione in merito all'utilizzo responsabile del denaro e ai contenuti dei diversi giochi a rischio di sviluppare dipendenza;
- d) alla promozione di attività educative, sociali, sportive e culturali, da definire nel Piano regionale integrato di cui all'articolo 9, per la prevenzione e riduzione del rischio da gioco nei minori, nei giovani e negli anziani, nonché per la riduzione e il contrasto degli effetti prodotti dalla realtà virtuale in tali soggetti.

3. Per le finalità previste ai commi 1 e 2 la Regione si avvale della Consulta per le politiche di contrasto delle dipendenze patologiche istituita ai sensi della lettera a) del comma 2 dell'articolo 12 della legge regionale 1 dicembre 2014, n. 32 (Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia) e istituisce, presso l'Agenzia regionale sanitaria (ARS), l'Osservatorio regionale dei comportamenti di abuso.

4. Alla realizzazione delle finalità indicate ai commi 1 e 2 concorrono, secondo le modalità previste da questa legge, i comuni singoli ed associati, le istituzioni scolastiche, gli enti del servizio sanitario regionale, nonché le associazioni di volontariato, le associazioni delle famiglie componenti della Consulta regionale per la famiglia di cui all'articolo 4 della legge regionale 10 agosto 1998, n. 30 (Interventi a favore della famiglia), le cooperative sociali e le strutture pubbliche accreditate operanti nell'ambito delle finalità di cui al comma 1.

### Art. 2 (Destinatari)

1. Gli interventi di questa legge sono rivolti:

- a) ai soggetti che si trovano nella condizione di dipendenza da GAP, quale patologia che caratterizza le persone affette da sindrome da gioco con vincita in denaro così come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità, diagnosticata dalle strutture sanitarie competenti;
- b) ai soggetti che si trovano nella condizione di dipendenza dall'utilizzo di nuove tecnologie e social network;
- c) ai soggetti e, in particolare, ai minori, ai giovani e agli anziani, che sono a rischio delle dipendenze indicate alle lettere a) e b).

#### Art. 3 (Ambito di applicazione)

1. Per le finalità di cui all'articolo 1, le disposizioni di questa legge si applicano alle sale da biliardo o da gioco, nonché agli altri esercizi commerciali o pubblici o circoli privati ed associazioni o nelle aree aperte al pubblico, autorizzati alla pratica del gioco o all'installazione di apparecchi da gioco ai sensi degli articoli 86 e 88 del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773 (Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza).

#### Art. 4 (Competenze della Regione)

##### 1. La Regione:

- a) garantisce l'attività di programmazione per la prevenzione, il trattamento terapeutico, il recupero sociale ed il contrasto della dipendenza dal gioco, dalle nuove tecnologie e social network, attraverso il piano regionale integrato previsto all'articolo 9;
- b) assicura la conoscenza e il monitoraggio dei fenomeni del GAP, mediante la Consulta e l'Osservatorio regionale previsti al comma 3 dell'articolo 1;
- c) istituisce un numero verde sulle dipendenze patologiche, che offre anche assistenza ed orientamento alle persone dipendenti da GAP, il quale è affisso, da parte degli esercenti, su ogni apparecchio o congegno idoneo per il gioco;
- d) predispone il materiale informativo sui rischi derivanti dal gioco e sui servizi di assistenza alle persone con patologie correlate al GAP, da esporre da parte degli esercenti, che indica e contiene:
  - 1) i rischi connessi al gioco eccessivo;
  - 2) i servizi socio-sanitari attivati dal Piano regionale integrato previsto all'articolo 9;
  - 3) il test di verifica finalizzato ad una rapida autovalutazione del rischio di dipendenza;
  - 4) la possibilità di utilizzare dispositivi che consentono di definire un limite di importo da giocare o un tempo massimo di utilizzo dell'apparecchio;
  - 5) il numero verde previsto alla lettera c);
- e) promuove la conoscenza, l'informazione, la formazione e l'aggiornamento degli esercenti, del personale impiegato nelle sale di cui all'articolo 3, degli operatori di polizia locale, degli operatori sanitari, socio-sanitari e sociali, nonché degli operatori delle associazioni e delle cooperative sociali di cui al comma 4 dell'articolo 1; a tal fine organizza corsi finalizzati alla conoscenza e alla prevenzione dei rischi connessi al GAP, a favorire un approccio al gioco consapevole e responsabile, nonché alla conoscenza della normativa in materia;
- f) sostiene le iniziative delle associazioni e delle cooperative sociali indicate al comma 4 dell'articolo 1 che realizzano o collaborano alla progettazione di attività di informazione e sensibilizzazione sui fattori di rischio per lo sviluppo del GAP;
- g) sostiene le iniziative delle associazioni di categoria dei gestori delle sale di cui all'articolo 3 che si dotano di un codice etico di autoregolamentazione, al fine di responsabilizzare e vincolare gli stessi alla sorveglianza delle condizioni e delle caratteristiche di fragilità dei giocatori e al rispetto della legalità;
- h) promuove campagne di informazione e di sensibilizzazione per la prevenzione dei rischi e dei danni derivanti dal GAP.

2. Le campagne di cui alla lettera h) del comma 1 sono indirizzate prioritariamente ai minori e ai giovani, attraverso il coinvolgimento delle istituzioni scolastiche e delle aggregazioni giovanili, e alle fasce sociali più svantaggiate che evidenziano situazioni a rischio. Tali iniziative sono dirette in particolare a:

a) aumentare la consapevolezza sui fenomeni di dipendenza correlati al gioco, sui rischi per la salute e relazionali e sui danni economici che il gioco indiscriminato può comportare per i giocatori e le loro famiglie;

b) educare a un approccio misurato e compatibile al gioco;

c) informare sull'esistenza e l'accessibilità dei servizi di assistenza pubblici e del privato sociale presenti sul territorio.

3. Le scuole per genitori, finanziate dalla Regione, introducono i contenuti delle campagne di informazione e sensibilizzazione di cui alla lettera h) del comma 1.

#### Art. 5 (Competenze dei Comuni)

1. I Comuni singoli e associati, anche attraverso gli ambiti territoriali sociali, promuovono progetti e attività per la prevenzione e il contrasto del GAP e della sua diffusione.

2. Per esigenze di tutela della salute e della quiete pubblica, è vietata l'installazione di apparecchi e congegni per il gioco in locali ubicati in un raggio di cinquecento metri, nei comuni con popolazione superiore ai cinquemila abitanti, di trecento metri, in quelli inferiori ai cinquemila abitanti, da istituti universitari, da scuole di ogni ordine e grado, con esclusione delle scuole dell'infanzia, da istituti di credito e sportelli bancomat, da uffici postali, da esercizi di acquisto e vendita di oggetti preziosi ed oro usati.

3. I Comuni, in ordine all'installazione di apparecchi e congegni per il gioco, possono individuare quali altri luoghi sensibili quelli in cui sono ubicate strutture per minori, giovani ed anziani, nel rispetto della normativa statale e degli strumenti della pianificazione regionale, tenuto conto dell'impatto delle stesse sul contesto e sulla sicurezza urbana, sulla viabilità, sull'inquinamento acustico e sul disturbo della quiete pubblica.

4. I Comuni, per esigenze di tutela della salute e della quiete pubblica, possono disporre limitazioni temporali all'esercizio del gioco tramite gli apparecchi previsti dalla normativa statale, prevedendo al riguardo fasce orarie giornaliere fino ad un massimo di dodici ore, anche in forma articolata.

5. I Comuni istituiscono un pubblico elenco degli esercizi previsti all'articolo 3, presenti sul proprio territorio, in possesso del marchio "No Slot" e possono per questi prevedere forme premianti. 6. I Comuni esercitano l'attività di vigilanza in ordine al rispetto di quanto previsto da questa legge relativamente all'utilizzo del logo regionale "No Slot" previsto all'articolo 10, nonché alle disposizioni previste agli articoli 7 e 8.

#### Art. 6 (Competenze dell'ASUR)

1. L'ASUR, secondo quanto definito nel Piano regionale integrato di cui all'articolo 9, svolge le seguenti funzioni:

a) prevenzione del rischio da dipendenza dal GAP, mediante iniziative di informazione, sensibilizzazione ed educazione, al fine di fornire un primo servizio di ascolto, assistenza e consulenza;

b) predisposizione dei contenuti del materiale informativo sui rischi e sui danni derivanti dal GAP previsto alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 4;

c) attuazione delle misure sanitarie previste all'articolo 13.

#### Art. 7 (Divieto di pubblicità)

1. Ai fini della tutela della salute pubblica e della prevenzione della dipendenza dal gioco, è vietata qualsiasi attività pubblicitaria relativa all'apertura o all'esercizio delle sale previste all'articolo 3.

#### Art. 8 (Obblighi degli esercenti)

1. Gli esercenti di cui all'articolo 3 sono tenuti ad esporre in maniera visibile il materiale informativo previsto alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 4.

2. Il materiale informativo previsto al comma 1 è esposto anche su ogni apparecchio e congegno per il gioco. 3. Il personale operante negli esercizi di cui all'articolo 3 è obbligato a frequentare corsi di formazione secondo quanto previsto nel Piano regionale integrato di cui all'articolo 9.

#### Art. 9 (Piano regionale integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da GAP)

1. Il Consiglio-Assemblea legislativa regionale approva, annualmente, su proposta della Giunta regionale, il Piano regionale integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da

GAP che costituisce, per le materie oggetto di questa legge, riferimento per la programmazione regionale nei settori socio-sanitario, sociale, di promozione sportiva e culturale. Il piano in particolare individua i seguenti obiettivi:

- a) prevenzione del rischio della dipendenza da GAP mediante iniziative di sensibilizzazione, educazione ed informazione;
  - b) formazione rivolta agli esercenti, al personale impiegato nelle sale di cui all'articolo 3, agli operatori dei servizi pubblici e della polizia locale, anche in collaborazione con gli enti locali, le forze dell'ordine, le associazioni e le cooperative sociali di cui al comma 4 dell'articolo 1;
  - c) assistenza e consulenza alle persone affette da GAP con la previsione di un primo servizio di ascolto, anche con l'utilizzo del numero verde regionale previsto alla lettera c) del comma 1 dell'articolo 4;
  - d) progettazione volta a contrastare e ridurre il fenomeno del GAP, svolta in collaborazione con l'ASUR, i Comuni, le associazioni e le cooperative sociali di cui al comma 4 dell'articolo 1;
  - e) monitoraggio per la valutazione del rapporto causa ed effetto degli interventi previsti dal piano medesimo.
2. Il Piano di cui al comma 1 è approvato, sentito il Consiglio delle autonome locali, il Consiglio regionale dell'economia e del lavoro e la Consulta per le politiche di contrasto delle dipendenze patologiche di cui alla legge regionale 32/2014.

Art. 10 (Logo regionale)

1. E' istituito il logo regionale "No Slot" di cui all'allegato.

2. Il logo è utilizzato dagli esercenti di cui al comma 5 dell'articolo 5 che non hanno apparecchiature e congegni per il gioco. 3. La Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, individua i criteri e le modalità di utilizzo del logo. 4. La Giunta regionale prevede criteri di priorità nella concessione di finanziamenti e vantaggi economici, comunque denominati, nel caso di assenza di apparecchi e congegni per il gioco negli esercizi commerciali.

Art. 11 (Giornata dedicata alla lotta al GAP)

1. La Regione indice una giornata dedicata alla lotta al GAP in cui realizzare iniziative di conoscenza e approfondimento per sensibilizzare e prevenire i rischi sanitari e sociali correlati al GAP, da svolgersi negli istituti scolastici e universitari delle Marche. 2. La data della giornata è stabilita dalla Giunta regionale a seguito della valutazione di proposte che dovranno pervenire dagli istituti di cui al comma 1.

Art. 12 (Rapporti con enti e associazioni di auto-mutuo aiuto)

1. La Regione, i Comuni singoli e associati e l'ASUR, nell'ambito delle rispettive competenze, possono avvalersi, anche mediante convenzione, della collaborazione di enti, associazioni e organizzazioni pubbliche o private di mutuo aiuto, prive di scopo di lucro.

Art. 13 (Misure in materia sanitaria)

1. La Giunta regionale promuove, nei limiti dei finanziamenti derivanti dalla ripartizione del fondo nazionale per il GAP, lo svolgimento da parte degli enti del servizio sanitario di iniziative di carattere strutturale e sperimentale nei confronti delle persone affette da tale patologia.

2. Per le finalità indicate al comma 1 sono istituite, presso i dipartimenti delle dipendenze patologiche, unità operative multidisciplinari per il trattamento delle varie forme di GAP, in base alle indicazioni del Piano regionale integrato di cui all'articolo 9 e dell'eventuale finanziamento previsto all'articolo 15.

Art. 14 (Sanzioni amministrative)

1. Si applica la sanzione amministrativa da euro 2.000,00 a euro 12.000,00 per ogni apparecchio a chiunque installa gli apparecchi previsti ai commi 6 e 7 dell'articolo 110 del r.d. 773/1931, in violazione delle disposizioni indicate ai commi 2 e 3 dell'articolo 5. Per le violazioni previste da questo comma è disposto il sequestro, ai sensi della legge regionale 10 agosto 1998, n. 33 (Disciplina generale e delega per l'applicazione delle sanzioni amministrative di competenza regionale).

2. Si applica la sanzione amministrativa da euro 2.000,00 a euro 12.000,00 a chiunque non rispetta le limitazioni temporali previste al comma 4 dell'articolo 5.

3. Si applica la sanzione amministrativa da euro 1.000,00 a euro 6.000,00 a chiunque utilizza il logo regionale “No Slot” fuori dei casi previsti al comma 2 dell’articolo 10.
4. Si applica la sanzione amministrativa da euro 1.000,00 a euro 6.000,00 a chiunque viola: a) il divieto previsto all’articolo 7; b) gli obblighi previsti ai commi 1, 2 e 3 dell’articolo 8.
5. L’accertamento delle violazioni di questa legge è di competenza degli organi di polizia locale e di ogni altro organo di polizia secondo quanto previsto dalla legge statale e regionale.
6. L’irrogazione delle sanzioni previste da questa legge è di competenza del Comune nel quale è stata accertata la violazione.
7. Il 50 per cento del gettito derivante dall’applicazione delle sanzioni è destinato alle finalità di questa legge e viene introitato nel bilancio comunale in apposito capitolo.

#### Art. 15 (Disposizioni finanziarie)

1. Alla copertura delle spese derivanti da questa legge si provvede per ciascuno degli anni 2017 e 2018, mediante impiego delle risorse statali, per un importo di euro 1.275.418,00, relative al controllo delle dipendenze del gioco d’azzardo patologico, già iscritte negli stanziamenti per i detti anni, nella Missione 13 “Tutela della salute”, Programma 01 “Servizio sanitario regionale”, del bilancio di previsione 2017/2019; per gli anni successivi mediante impiego di quota parte delle risorse trasferite dallo Stato per le medesime finalità.
2. A decorrere dall’anno 2019 agli oneri derivanti da questa legge si fa fronte, inoltre, nell’ambito delle autorizzazioni di spesa annualmente disposte dalle leggi di approvazione di bilancio.
3. La Giunta regionale è autorizzata ad effettuare le conseguenti variazioni al bilancio finanziario gestionale e al documento tecnico, necessarie ai fini della gestione.

#### Art. 16 (Disposizioni finali e transitorie)

1. La Giunta regionale, sentita la Consulta di cui alla l.r. 32/2014, presenta la proposta del Piano regionale integrato di cui all’articolo 9 entro centottanta giorni dalla prima seduta del Consiglio regionale.
2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore di questa legge, la Giunta regionale, d’intesa con l’ANCI Marche, sentite le organizzazioni di categoria e la competente commissione consiliare, disciplina le modalità attraverso le quali vengono attivati i corsi di formazione previsti alla lettera e) del comma 1 dell’articolo 4, precisando i tempi, le modalità, i soggetti attuatori e i costi a carico dei partecipanti.
3. Gli obblighi degli esercenti previsti ai commi 1 e 2 dell’articolo 8 sono assolti entro sessanta giorni dall’entrata in vigore di questa legge, quelli previsti al comma 3 dello stesso articolo entro un anno dall’entrata in vigore della legge medesima. 4. Gli esercenti di sale, di altri esercizi e aree di cui all’articolo 3 si adeguano alle disposizioni previste ai commi 2 e 3 dell’articolo 5 entro il 31 dicembre 2019.

#### Art. 17 (Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale, anche avvalendosi dei dati e delle informazioni prodotte dall’Osservatorio regionale di cui al comma 3 dell’articolo 1, trasmette al Consiglio-Assemblea legislativa regionale con cadenza annuale, a partire dall’anno 2017, unitamente alla proposta di Piano regionale integrato indicato all’articolo 9, una relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti della legge, contenente in forma sintetica, almeno le seguenti informazioni:
  - a) la realizzazione degli obiettivi previsti nel piano regionale integrato di cui all’articolo 9, i risultati conseguiti, le risorse erogate ed i relativi destinatari;
  - b) gli effetti delle politiche realizzate sulla diffusione delle sale di cui all’articolo 3 nel territorio regionale anche rispetto alla situazione preesistente e ad altre realtà confrontabili;
  - c) il grado di diffusione del marchio “No Slot” e le eventuali forme di premialità attivate a favore dei soggetti che lo espongono.
2. I risultati delle valutazioni effettuate sono pubblicati nel portale dell’Osservatorio regionale di cui al comma 3 dell’articolo 1.

AI SENSI DELL'ARTICOLO 5 DELLA LEGGE REGIONALE 28 LUGLIO 2003, N. 17 (NORME IN MATERIA DI ORDINAMENTO DEL BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE E DI DIRITTO ALL'INFORMAZIONE SUGLI ATTI AMMINISTRATIVI), IL TESTO DELLA LEGGE REGIONALE VIENE PUBBLICATO CON L'AGGIUNTA DELLE NOTE. IN APPENDICE ALLA LEGGE REGIONALE, AI SOLI FINI INFORMATIVI, SONO PUBBLICATE LE NOTIZIE RELATIVE AL PROCEDIMENTO DI FORMAZIONE.

#### NOTE

Nota all'art. 1, comma 3

Il testo della lettera a) del comma 2 dell'articolo 12 della l.r. 1 dicembre 2014, n. 32 (Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia), è il seguente: "Art. 12 (Consulte)- Omissis 2. Oltre a quelle previste dalle norme regionali di settore, sono istituite, presso la struttura organizzativa regionale competente: a) la Consulta per le politiche di contrasto delle dipendenze patologiche; Omissis"

Nota all'art. 1, comma 4

Il testo dell'articolo 4 della l.r. 10 agosto 1998, n. 30 (Interventi a favore della famiglia), è il seguente: "Art. 4 (Consulta regionale per la famiglia) –

1. È istituita la Consulta regionale per la famiglia, quale organo propositivo e consultivo della Regione in materia di politiche familiari. La Consulta in particolare:

- a) redige rapporti periodici sullo stato di attuazione della presente legge e propone gli opportuni aggiornamenti, promovendo anche allo scopo specifici studi, seminari e convegni;
- b) effettua indagini e ricerche sulle problematiche inerenti l'ambito familiare;
- c) presenta proposte e osservazioni sulla programmazione regionale che interessa, anche indirettamente, le politiche familiari;
- d) esprime pareri sulle proposte di provvedimenti regionali in materia socio-assistenziale e sanitaria e su ogni altro provvedimento che, anche indirettamente, possa incidere sulla qualità della vita familiare.

2. La Consulta è composta da:

- a) un rappresentante di ciascuna delle associazioni delle famiglie e dei soggetti giuridici del terzo settore, operanti in almeno due Province del territorio regionale, i cui fini statuari sono rivolti esplicitamente a favore della famiglia oppure che svolgono la loro attività prevalentemente a favore della famiglia;
- b) tre rappresentanti degli enti locali, dei quali due in rappresentanza dei Comuni e uno delle Province, designati rispettivamente dall'ANCI e dall'UPI regionali;
- c) un rappresentante della Commissione regionale di cui alla legge regionale 18 aprile 1986, n. 9 (Commissione regionale per le pari opportunità tra uomo e donna);
- d) un rappresentante della Consulta di cui all'articolo 6 della legge regionale 4 giugno 1996, n. 18 (Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone in condizione di disabilità);
- e) un rappresentante dei consultori familiari pubblici, designato dal direttore generale dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR);
- f) un rappresentante della Confederazione dei consultori privati operanti a livello regionale; g) un rappresentante di ciascuna delle Consulte provinciali per la famiglia.

3. Sono invitati a partecipare alle riunioni della Consulta:

- a) il dirigente dell'ufficio scolastico regionale per le Marche o suo delegato;
- b) un rappresentante del Coordinamento degli atenei marchigiani.

4. Sono membri di diritto della Consulta l'Assessore regionale e il dirigente della struttura organizzativa regionale, o loro delegati, competenti in materia di famiglia, nonché il Presidente e il Vicepresidente, o loro delegati, della competente Commissione assembleare.

5. La Consulta è costituita con decreto del Presidente della Giunta regionale sulla base della designazione di almeno metà dei suoi componenti e dura in carica sino alla scadenza della

legislatura regionale. La Consulta è integrata con i rappresentanti dei soggetti di cui al comma 2, lettera a), che ne facciano richiesta durante il corso del suo mandato.

6. Le funzioni di segreteria della Consulta sono svolte dalla struttura regionale competente in materia di famiglia.

7. La Consulta può prevedere nel proprio regolamento la costituzione al suo interno di comitati per l'esame di argomenti specifici.

8. Ai componenti della Consulta è corrisposto per ogni seduta il rimborso delle spese di viaggio, determinato con le modalità stabilite dall'articolo 4 della legge regionale 2 agosto 1984, n. 20 (Disciplina delle indennità spettanti agli amministratori degli enti pubblici operanti in materie di competenza regionale e ai componenti di commissioni, collegi e comitati istituiti dalla Regione o operanti nell'ambito dell'amministrazione regionale)."

Nota all'art. 3, comma 1

Il testo degli articoli 86 e 87 del r.d. 18 giugno 1931, n. 773 (Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza), è il seguente:

"Art. 86 - Non possono esercitarsi, senza licenza del questore, alberghi, compresi quelli diurni, locande, pensioni, trattorie, osterie, caffè o altri esercizi in cui si vendono al minuto o si consumano vino, birra, liquori od altre bevande anche non alcoliche, né sale pubbliche per bigliardi o per altri giuochi leciti o stabilimenti di bagni, ovvero locali di stallaggio e simili. Per la somministrazione di bevande alcoliche presso enti collettivi o circoli privati di qualunque specie, anche se la vendita o il consumo siano limitati ai soli soci, è necessaria la comunicazione al questore e si applicano i medesimi poteri di controllo degli ufficiali e agenti di pubblica sicurezza previsti per le attività di cui al primo comma. (Comma abrogato dall'art. 13, comma 1, lett. g), del D.L. 9 febbraio 2012, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla L. 4 aprile 2012, n. 35) Relativamente agli apparecchi e congegni automatici, semiautomatici ed elettronici di cui all'articolo 110, commi 6 e 7, la licenza è altresì necessaria: a) per l'attività di produzione o di importazione; b) per l'attività di distribuzione e di gestione, anche indiretta; c) per l'installazione in esercizi commerciali o pubblici diversi da quelli già in possesso di altre licenze di cui al primo o secondo comma o di cui all'articolo 88 ovvero per l'installazione in altre aree aperte al pubblico od in circoli privati." "Art. 87 - E' vietata la vendita ambulante di bevande alcoliche di qualsiasi gradazione."

Nota all'art. 14, comma 1

Il testo dei commi 6 e 7 dell'articolo 110 del r.d.18 giugno 1931, n. 773 (Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza), è il seguente:

"Art. 110 (art. 108 T.U. 1926) - Omissis 6. Si considerano apparecchi idonei per il gioco lecito: a) quelli che, dotati di attestato di conformità alle disposizioni vigenti rilasciato dal Ministero dell'economia e delle finanze - Amministrazione autonoma dei Monopoli di Stato e obbligatoriamente collegati alla rete telematica di cui all'articolo 14-bis, comma 4, del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 640, e successive modificazioni, si attivano con l'introduzione di moneta metallica ovvero con appositi strumenti di pagamento elettronico definiti con provvedimenti del Ministero dell'economia e delle finanze - Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato, nei quali insieme con l'elemento aleatorio sono presenti anche elementi di abilità, che consentono al giocatore la possibilità di scegliere, all'avvio o nel corso della partita, la propria strategia, selezionando appositamente le opzioni di gara ritenute più favorevoli tra quelle proposte dal gioco, il costo della partita non supera 1 euro, la durata minima della partita è di quattro secondi e che distribuiscono vincite in denaro, ciascuna comunque di valore non superiore a 100 euro, erogate dalla macchina. Le vincite, computate dall'apparecchio in modo non predeterminabile su un ciclo complessivo di non più di 140.000 partite, devono risultare non inferiori al 75 per cento delle somme giocate. In ogni caso tali apparecchi non possono riprodurre il gioco del poker o comunque le sue regole fondamentali; a-bis) con provvedimento del Ministero dell'economia e delle finanze - Amministrazione autonoma dei Monopoli di Stato può essere prevista la verifica dei singoli apparecchi di cui alla lettera a); b) quelli, facenti parte della rete telematica di cui all'articolo 14-bis, comma 4, del decreto del Presidente della Repubblica 26

ottobre 1972, n. 640, e successive modificazioni, che si attivano esclusivamente in presenza di un collegamento ad un sistema di elaborazione della rete stessa. Per tali apparecchi, con regolamento del Ministro dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministro dell'interno, da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono definiti, tenendo conto delle specifiche condizioni di mercato: 1) il costo e le modalità di pagamento di ciascuna partita; 2) la percentuale minima della raccolta da destinare a vincite; 3) l'importo massimo e le modalità di riscossione delle vincite; 4) le specifiche di immodificabilità e di sicurezza, riferite anche al sistema di elaborazione a cui tali apparecchi sono connessi; 5) le soluzioni di responsabilizzazione del giocatore da adottare sugli apparecchi; 6) le tipologie e le caratteristiche degli esercizi pubblici e degli altri punti autorizzati alla raccolta di giochi nei quali possono essere installati gli apparecchi di cui alla presente lettera. b) quelli, facenti parte della rete telematica di cui all'articolo 14-bis, comma 4, del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 640, e successive modificazioni, che si attivano esclusivamente in presenza di un collegamento ad un sistema di elaborazione della rete stessa. Per tali apparecchi, con regolamento del Ministro dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministro dell'interno, da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono definiti, tenendo conto delle specifiche condizioni di mercato: 1) il costo e le modalità di pagamento di ciascuna partita; 2) la percentuale minima della raccolta da destinare a vincite; 3) l'importo massimo e le modalità di riscossione delle vincite; 4) le specifiche di immodificabilità e di sicurezza, riferite anche al sistema di elaborazione a cui tali apparecchi sono connessi; 5) le soluzioni di responsabilizzazione del giocatore da adottare sugli apparecchi; 6) le tipologie e le caratteristiche degli esercizi pubblici e degli altri punti autorizzati alla raccolta di giochi nei quali possono essere installati gli apparecchi di cui alla presente lettera. 7. Si considerano, altresì, apparecchi e congegni per il gioco lecito: a) quelli elettromeccanici privi di monitor attraverso i quali il giocatore esprime la sua abilità fisica, mentale o strategica, attivabili unicamente con l'introduzione di monete metalliche, di valore complessivo non superiore, per ciascuna partita, a un euro, che distribuiscono, direttamente e immediatamente dopo la conclusione della partita, premi consistenti in prodotti di piccola oggettistica, non convertibili in denaro o scambiabili con premi di diversa specie. In tal caso il valore complessivo di ogni premio non è superiore a venti volte il costo della partita; b) (Lettera abrogata dall'art. 1, comma 495, della L. 30 dicembre 2004, n. 311) c) quelli, basati sulla sola abilità fisica, mentale o strategica, che non distribuiscono premi, per i quali la durata della partita può variare in relazione all'abilità del giocatore e il costo della singola partita può essere superiore a 50 centesimi di euro; c-bis) quelli, meccanici ed elettromeccanici differenti dagli apparecchi di cui alle lettere a) e c), attivabili con moneta, con gettone ovvero con altri strumenti elettronici di pagamento e che possono distribuire tagliandi direttamente e immediatamente dopo la conclusione della partita; c-ter) quelli, meccanici ed elettromeccanici, per i quali l'accesso al gioco è regolato senza introduzione di denaro ma con utilizzo a tempo o a scopo. Omissis”

## GIOVANI

### **CAMPANIA**

**DGR 21.2.17, n.91** - Garanzia giovani - piano di attuazione regione Campania periodo 2014\_2020. quarta riprogrammazione. (BUR n. 16 del 23.2.17)

#### **Note**

#### **PREMESSA**

La proposta di Accordo di Partenariato, trasmesso in data 10 dicembre 2013, individua il Programma Operativo Nazionale per l'attuazione della "Iniziativa Europea per l'Occupazione dei Giovani" (PONYEI) tra i Programmi Operativi Nazionali finanziati dal FSE.

La Commissione europea ha preso atto con nota n. ARES EMPL/E3/MB/gc (2014) del Piano di attuazione della Garanzia Giovani, inviato alla medesima Commissione in data 23 dicembre 2013 che definisce le azioni comuni da intraprendere sul territorio italiano.

Il summenzionato Piano al par. 2.2.1 “Governance gestionale” indica che l’attuazione della Garanzia Giovani venga realizzata mediante la definizione di un unico Programma operativo nazionale (PON YEI), che prevede le Regioni e le Province Autonome come organismi intermedi. In applicazione dell’art. 15 del Regolamento (UE) n. 1311/2013, gli Stati membri beneficiari dell’iniziativa devono impegnare le risorse dell’iniziativa per i giovani nel primo biennio di programmazione (2014 - 2015) nell’ottica di accelerare l’attuazione della YEI, in coerenza, tra le altre, con le disposizioni dell’art. 19 del Regolamento (UE) n. 1304/2013 e dell’art. 29 comma 4 del Regolamento (UE) n. 1303/2013 che consentono l’approvazione e l’avvio dei programmi operativi dedicati alla YEI prima della presentazione dell’Accordo di Partenariato.

Allo scopo di assicurare la realizzazione degli obiettivi del PAR GG Campania occorre tener conto dell’effettivo trend di utilizzo delle singole misure e dei servizi , nonché delle scelte dei giovani destinatari e dell’andamento dell’incontro della domanda e dell’offerta di lavoro sul mercato regionale.

I dati di monitoraggio relativi all’attuazione del PAR GG Campania hanno fatto registrare una buona performance della misura 5 “Tirocinii” ed un forte interesse alla misura del tessuto economico campano (pubblico-privato) e degli stessi destinatari, consentendo anche ai soggetti ospitanti di sostenere successivamente l’inserimento dei giovani tirocinanti ; c. le misure 2-A Formazione mirata all’inserimento lavorativo, 4-C Apprendistato per l’alta formazione e la ricerca”, 6 “Servizio civile regionale” e 7.1 “Sostegno all’autoimpiego e all’autoimprenditorialità (Selfemployment)” hanno fatto registrare uno scarso interesse del territorio e dei destinatari all’attuazione delle stesse.

#### **LA DISPOSIZIONE**

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

secondo le specifiche di cui alla tabella che segue:

Misura

Dotazione PAR vigente

Riprogrammazione

1-A Accoglienza e informazioni sul programma

1-B Accoglienza, presa in carico, orientamento

€ 5.880.000

€ 5.880.000

1-C Orientamento specialistico o di II livello

€ 15.600.000

€ 15.600.000

2-A Formazione mirata all’inserimento lavorativo

€ 24.410.955

€ 17.087.668

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

3 Accompagnamento al lavoro

€ 16.200.000

€ 16.200.000

4-A Apprendistato per la qualifica e per il diploma professionale professionalizzante o contratto di mestiere      4-B Apprendistato

4-C Apprendistato per l’alta formazione e la ricerca

€ 3.000.000

€ 0,00

5 Tirocinio extra-curriculare, anche in mobilità geografica

€ 70.420.000

€ 85.243.287

6 Servizio civile nazionale

€ 15.000.000

€ 15.000.000  
 6 Servizio civile regionale  
 € 10.000.000  
 € 8.000.000  
 7.1 Attività di accompagnamento all'avvio di impresa e supporto allo start up di impresa  
 € 2.500.000  
 € 0,00  
 7.2 Supporto per l'accesso al credito agevolato  
 € 18.180.000  
 € 18.180.000  
 8. Mobilità professionale transnazionale e territoriale  
 9. Bonus occupazionale  
 € 10.420.000  
 € 10.420.000  
 TOTALE  
 € 191.610.955  
 € 191.610.955

<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)

#### **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>

### **MINORI**

#### **CALABRIA**

**L.R. 20.2.17, n. 6** – Requisito di accesso ai servizi educativi per la prima infanzia. modifiche alla l.r. 29 marzo 2013, n. 15 (norme sui servizi educativi per la prima infanzia) (BUR n. 20 del 22.2.17)

Art. 1 (Inserimento articolo 3 bis nella l.r. 15/2013)

1. Dopo l'articolo 3 della legge regionale 29 marzo 2013, n. 15 (Norme sui servizi educativi per la prima infanzia), è inserito il seguente:

“Art. 3 bis (Accesso ai servizi)

1. Nei servizi educativi pubblici e a finanziamento pubblico l'accesso è aperto ai bambini e alle bambine, senza distinzione di religione, etnia e gruppo sociale, anche se di nazionalità straniera o apolidi. 2. Al fine di preservare lo stato di salute sia del minore sia della collettività con cui il medesimo viene a contatto, costituisce requisito di accesso ai servizi educativi e ricreativi pubblici e privati l'aver assolto, da parte del minore, gli obblighi vaccinali prescritti dalla normativa vigente. Ai fini dell'accesso, la vaccinazione è omessa o differita solo in caso di accertati pericoli concreti per la salute del minore in relazione a specifiche condizioni cliniche”.

2. Entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge, con apposito provvedimento, la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, specifica le forme concrete di attuazione del presente articolo.

Art. 2 (Clausola di neutralità finanziaria)

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

## **Bur n. 19 del 21 febbraio 2017**

### **LAZIO**

**Deliberazione dell'Ufficio di Presidenza 2 febbraio 2017, n. 21** - Dott. Fabrizio Lungarini. Conferimento dell'incarico di dirigente della struttura amministrativa di supporto al Garante dell'infanzia e dell'adolescenza. (BUR n. 15 del 21.2.17)

Con 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 Garante dell'Infanzia e dell'adolescenza;

Con la nota 16 gennaio 2017, prot. n. 874 il Segretario generale vicario ha trasmesso al Presidente del Consiglio regionale sia le istanze dei dirigenti appartenenti al ruolo del Consiglio pervenute entro il termine di scadenza dell'avviso di ricerca di professionalità interna pubblicato sul sito internet e sull'intranet del Consiglio regionale, sia, ai sensi di quanto disposto dai commi 4, dell'articolo 108 e 3, dell'articolo 109 del Regolamento, i curricula di tutti i dirigenti appartenenti al ruolo, ai fini della verifica in capo agli stessi delle professionalità richieste per lo specifico incarico.;

Con riferimento all'incarico di responsabile della struttura amministrativa di supporto al Garante dell'Infanzia e dell'adolescenza non sono pervenute istanze da parte di dirigenti appartenenti al ruolo.

E' rilevante il Garante dell'Infanzia e dell'adolescenza riveste nell'ambito della Regione, in ragione dei delicati e complessi compiti allo stesso attribuiti dalla legge regionale.

Il dott. Fabrizio Lungarini, dirigente appartenente al ruolo del Consiglio regionale, assume l'incarico di responsabile della struttura amministrativa di supporto al Garante dell'Infanzia e dell'adolescenza

### **PIEMONTE**

**DD 9 novembre 2016, n. 777** - Estensione del programma P.I.P.P.I. (Modello di Intervento Unitario per la prevenzione degli allontanamenti familiari) :IV fase di implementazione. Assegnazione ai Soggetti Gestori delle funzioni socio-assistenziali delle risorse statali per la realizzazione degli interventi. Accertamento di euro 45.000,00 sul cap.d'entrata 26318 e contestuale

impegno di spesa sul cap.152554 del bilancio 2016.Erogazione secondo acconto (BUR n. 8 del 23.2.17)

**Note**

**PREMESSA**

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha avviato, da alcuni anni, presso le città riservatarie di cui alla L. 285/97, tra cui la Città di Torino, la sperimentazione del Modello di Intervento unitario per la prevenzione degli allontanamenti familiari (Programma P.I.P.P.I.), con il coordinamento scientifico del Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova;

il progetto si caratterizza per un approccio intensivo, continuo, flessibile, ma allo stesso tempo strutturato, di presa in carico dei nuclei famigliari: la sperimentazione finora condotta, ha evidenziato che si tratta di un programma in grado di ridurre in misura significativa il rischio di allontanamento del bambino o del ragazzo dal proprio nucleo, di alleggerire nel tempo gli interventi di sostegno e, in alcuni casi, di concludere il percorso di presa in carico.

La Regione Piemonte, con DGR n. 16-6835 del 9 dicembre 2013 e attraverso la stipula di apposito protocollo con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in data 10.12.2013, ha formalizzato l'adesione alla sperimentazione del Modello di Intervento unitario per la prevenzione degli allontanamenti familiari ( Programma P.I.P.P.I. ), per il biennio 2014/2015 ( cd. fase P.I.P.P.I. 3); con comunicazione del 9 ottobre 2014 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha inoltrato alle amministrazioni regionali il Decreto Direttoriale n. 162/2014 di approvazione delle Linee guida per la presentazione da parte di Regioni e Province autonome di proposte di adesione alla sperimentazione della quarta fase del Modello di Intervento PIPPI, denominata PIPPI 4.;

L'Amministrazione regionale, con DGR n.40- 641 del 24 novembre 2014 valutando positivamente l'esperienza in precedenza svolta a seguito dell'adesione alla fase PIPPI 3, ha aderito all'ampliamento della sperimentazione del Programma PIPPI per gli anni 2015-2016 (cd. fase PIPPI 4) assicurando la priorità all'ampliamento e consolidamento dell' esperienza in atto nei tre ambiti territoriali già individuati a fine 2013, allo scopo di non disperdere l'esperienza fino a quel momento maturata.

**LA DISPOSIZIONE**

Viene accertato e impegnato l'importo di € 45.000, a favore delle Amministrazioni Locali ammesse a finanziamento per un importo pari ad € 15000 ciascuno, e a seconda della rispettiva voce del Piano dei conti finanziario, nel seguente modo:

- Comune di Torino € 15.000,00 – C.F. U.1.04.01.02003
- ASL AL, Servizi Sociali Distretto di Casale Monferrato € 15.000,00 – C.F. U.1.04.01.02.011 -
- Consorzio Monviso Solidale € 15.000,00 – C.F. U.1.04.01.02.018

Gli Enti gestori sopra individuati sono tenuti alla realizzazione delle azioni e degli interventi previsti dal programma PIPPI, secondo quanto specificato nell'Allegato 1 al protocollo d'intesa sopra richiamato e sottoscritto per via telematica con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel dicembre 2014 e secondo le eventuali, ulteriori indicazioni di dettaglio approvate dal Ministero;

**VENETO**

**DGR 27.1.17, n, 66** - Sistema Veneto Adozioni. Interventi regionali in materia di adozione nazionale ed internazionale. (L. 476/98).

**Note**

**PREMESSA**

A seguito dell'approvazione della legge 4 maggio 1983, n. 184, "*Diritto del minore ad una famiglia*", della legge 31 dicembre 1998, n. 476 "*Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale [...]. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184 in tema di adozione di minori stranieri*" e della legge 28 marzo 2001, n. 149 "*Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori»[...]*", la Regione del Veneto ha sviluppato, definito e consolidato, attraverso numerosi provvedimenti, un insieme articolato e coerente di iniziative, azioni e progetti a sostegno della

genitorialità adottiva e del minore adottato delineando, coerentemente alla cornice normativa nazionale di riferimento, un sistema denominato *Sistema Veneto Adozioni*.

Il Decreto interministeriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS) di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 10 ottobre 2016 ha approvato la ripartizione delle risorse finanziarie afferenti il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) per l'anno 2016 destinando la somma pari ad € 20.556.462,07 alla Regione del Veneto.

Il citato Decreto, all'art. 3, comma 1, specifica che le Regioni si impegnano a programmare gli impieghi delle risorse loro destinate per le aree di utenza, secondo i Macro-livelli e gli obiettivi indicati nell'Allegato 1.

Con il presente atto, si intende porre il focus sull'impegno a sviluppare azioni inerenti il Macro livello n. 1 denominato "*Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale*", proponendo lo sviluppo/potenziamento delle attività di promozione/prevenzione e di sostegno a favore delle famiglie del Veneto, valorizzando quanto già avviato e apprezzato sul territorio, con particolare riferimento alla continuità del *Sistema Veneto Adozioni*.

Le peculiarità di tale Sistema regionale sono le seguenti:

- individuazione di 26 "*equipes* adozioni consultori familiari" nell'ambito delle ex ventuno aziende Ulss che "*dedichino parte del loro orario settimanale di lavoro consultoriale esclusivamente all'adozione nazionale ed internazionale*" e relativa individuazione di sette ex Aziende Ulss capofila a livello provinciale rappresentate da un referente con funzioni di raccordo con le aziende della stessa provincia (D.G.R. 712/2001);
- coinvolgimento:
- degli Enti autorizzati, quali unici soggetti deputati all'intermediazione nell'adozione internazionale e firmatari dei Protocolli regionali, chiamati ad operare garantendo la massima integrazione delle attività con le *equipes* adozioni consultoriali, assicurando la condivisione di esperienze, competenze e professionalità anche attraverso la partecipazione ai tavoli provinciali coordinati dalle sette Aziende Ulss capofila;
- del Tribunale per i minorenni che, a prescindere dalle competenze specificamente individuate dalla legge anche con riferimento alle relazioni con i servizi territoriali, concorre al monitoraggio dell'andamento delle adozioni nazionali e internazionali e alla condivisione delle problematiche emergenti anche attraverso la partecipazione ai tavoli regionali di coordinamento in materia;
- dell'Ufficio Scolastico regionale al fine di garantire e tutelare l'inserimento e l'integrazione scolastica del minore adottato;
- la promozione, la definizione e la sottoscrizione di Protocolli operativi e d'intesa (il primo approvato con D.G.R. 1971/2001, i successivi con D.G.R. 2155/2004 e D.G.R. 1132/2008); non ultimi il "*Protocollo operativo per le adozioni nazionali ed internazionali 2012-2014*" e il "*Protocollo d'intesa sull'inserimento e integrazione scolastica del minore adottato*", approvati con D.G.R. 2497/2011 e sottoscritti nel 2012 dalle ventuno ex Aziende Ulss del territorio regionale, da undici Enti autorizzati in possesso dei requisiti richiesti, dal Tribunale per i minorenni, dal Pubblico Tutore dei minori, dall'Ufficio scolastico regionale. Tali protocolli sono volti anche a garantire la determinazione delle procedure e la specificità delle competenze di ciascuno dei soggetti coinvolti nel procedimento adottivo;
- la realizzazione di Linee guida, le prime risalenti al 2004, le ultime al 2011 e denominate "*Linee guida 2011. L'Adozione nazionale ed internazionale in Veneto. Cultura, orientamenti, responsabilità e buone pratiche per l'accompagnamento ed il sostegno dei procedimenti adottivi*" (D.G.R. 2497/2011); Linee guida attraverso le quali la Regione Veneto esercita le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo attribuitele dalla legge in materia e favorisce l'armonizzazione delle prestazioni fornite e dei servizi offerti indistintamente su tutto il territorio regionale;
- la promozione e lo sviluppo di interventi a sostegno della genitorialità adottiva e del minore adottato attraverso il finanziamento di progettualità che garantiscono un elevato grado di integrazione, prevalentemente su base provinciale, tra servizi pubblici ed enti autorizzati del privato

sociale così come previsto anche dal Protocollo Operativo regionale sulle adozioni nazionali ed internazionali di cui alla D.G.R. 2497/2011, nel quale all'Allegato A, punto 1.6, si afferma che la Regione del Veneto "*Sostiene e promuove lo sviluppo e l'integrazione fra i servizi e le iniziative che compongono il sistema veneto per le adozioni anche attraverso la promozione e l'eventuale finanziamento di progetti orientati al sostegno della famiglia adottiva che sono coordinati a livello provinciale dal Tavolo di lavoro provinciale*";

- la dotazione di un sistema di rilevazione informativo, denominato *Adonet*, che consente il monitoraggio sul territorio regionale dei percorsi delle coppie adottive e delle diverse fasi del procedimento adottivo (D.G.R. 3648/2001);
- la realizzazione di attività formative e di aggiornamento sulle tematiche e sulle problematiche emergenti rivolte ad operatori pubblici e privati operanti nel sistema. Ciò in linea anche con quanto ribadito dal Protocollo Operativo regionale sulle adozioni nazionali ed internazionali di cui alla D.G.R. 2497/2011 che all'Allegato A, punto 1.1, nel quale si afferma che la Regione del Veneto "*Promuove coordina e monitora lo sviluppo del sistema Veneto Adozioni anche attraverso la realizzazione di attività di aggiornamento e di formazione degli operatori [...]*";
- a partire dal 2006 (D.G.R. 1855/2006, D.G.R. 646/2006, D.G.R. 3922/2007, D.G.R. 2168/2009, D.G.R. 3565/2010, D.G.R. 1302/2012, D.G.R. 1098/2013, D.G.R. 2676/2014, D.G.R. 2014/2015), attraverso il finanziamento del progetto "Veneto Adozioni", un sistema di comunicazione e di informazione a livello regionale che consenta di poter reperire, attraverso un unico strumento informatico, [www.venetoadozioni.it](http://www.venetoadozioni.it), tutte le informazioni e le *news* utili alle famiglie aspiranti adottive e adottive nel merito di attività, progetti, iniziative, novità legislative, pratiche e d'interesse in materia.

### **LO SVILUPPO DEL SISTEMA**

Nell'ottica della continuità, del sostegno e del consolidamento del *Sistema Veneto Adozioni* con il presente provvedimento viene destinata una somma pari a € 470.000,00 per le tipologie di intervento di seguito individuate:

#### 1. Progetti Territoriali Veneto Adozioni (P.T.V.A.)- annualità 2017-2018

Con il Protocollo Operativo regionale sulle adozioni nazionali ed internazionali di cui alla D.G.R. 2497/2011, la Regione del Veneto si è impegnata a sostenere e promuovere "*[...] lo sviluppo e l'integrazione fra i servizi e le iniziative che compongono il sistema veneto per le adozioni anche attraverso la promozione e l'eventuale finanziamento di progetti orientati al sostegno della famiglia adottiva che sono coordinati a livello provinciale dal Tavolo di lavoro provinciale*" (Allegato A, punto 1.6). Nel corso degli anni diverse progettualità hanno sviluppato azioni rivolte al sostegno delle coppie aspiranti adottive e all'accompagnamento delle famiglie e dei minori adottati.

Al fine di consolidare, implementare e sostenere adeguatamente il *Sistema Veneto Adozioni* con il presente provvedimento si determina di destinare a favore delle sette Aziende Ulss capofila individuate con D.G.R. n. 3565/2010, una somma pari ad € 300.000,00 a valere sul capitolo 102039 "*Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (art. 20 L. 8/11/2000 n.328 e art. 80 c.17 L. 23/12/2000 n. 388)*", di cui al Decreto interministeriale del 10 ottobre 2016, a sostegno di progettualità che garantiscono un elevato grado di integrazione, prevalentemente su base provinciale, tra servizi pubblici ed enti autorizzati del privato sociale, relative all'annualità 2017-2018, volte alla promozione e allo sviluppo di interventi a favore della genitorialità adottiva e del minore adottato.

I Progetti Territoriali Veneto Adozioni (P.T.V.A.) per l'annualità 2017-2018 dovranno essere presentati utilizzando i modelli di "scheda progettuale" e di "prospetto preventivo spese/schede di rendicontazione finale" di cui **all'Allegato A** alla presente deliberazione.

**L'Allegato B**, parte integrante del presente provvedimento, individua beneficiari ed importi attribuiti alle Aziende Ulss capofila individuate con D.G.R. n. 3565/2010 per la realizzazione delle attività progettuali. Gli importi suddetti sono calcolati sulla base dei dati estrapolati dal sistema *Adonet*, relativi all'anno 2015, su base provinciale, utilizzando i criteri di seguito evidenziati:

- numero incarichi studi di coppia ricevuti dal Tribunale per i minorenni;

- numero incarichi approfondimento studi di coppia e richieste studi di coppia per rinnovi disponibilità adozione nazionale;
- numero minori in ingresso (affido preadottivo nazionale, ingressi minori adozione internazionale, affido a rischio giuridico);
- numero corsi informazione e sensibilizzazione;

Con il presente atto la composizione dei tavoli provinciali così come attualmente costituiti, viene confermata per gli anni 2017 - 2018.

La rendicontazione delle attività realizzate e dei costi sostenuti di cui al presente atto dovrà avvenire da parte delle sette Aziende Ulss capofila entro e non oltre il 31.07.2018, demandando al Direttore della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto eventuali proroghe del termine.

## 2. Corsi di informazione e sensibilizzazione

Il Protocollo Operativo Regionale sulle adozioni nazionali ed internazionali di cui alla D.G.R. 2497/2011, prevede che i corsi di informazione e sensibilizzazione per le coppie aspiranti all'adozione si svolgano anteriormente alla presentazione della dichiarazione di disponibilità presso il Tribunale per i Minorenni.

Questi corsi sono strutturati con una prima parte, di non meno di 8 ore, organizzata dalle *equipes* adozioni consultoriali ed una seconda parte, di non meno di 12 ore, organizzata dagli enti autorizzati firmatari del suddetto Protocollo. Si tratta di una particolare specificità del *Sistema Veneto Adozioniche* permette alle coppie, successivamente ad un primo momento informativo, di approfondire le tematiche e le criticità del percorso adottivo. Ciò aumenta la consapevolezza e consente una valutazione con cognizione di causa sull'opportunità o meno di iniziare un *iter* adottivo.

Ritenendo che tali corsi di informazione e sensibilizzazione siano di fondamentale importanza per le coppie aspiranti adottive, la Regione del Veneto ha stabilito, (con D.G.R. 3565/2010 e con successivo D.D.R. 461/2010), per quanto concerne la parte dei corsi svolta dagli enti autorizzati firmatari del protocollo operativo regionale (di cui alla D.G.R. 1132/2008 prima e D.G.R. 2497/2011 poi), un contributo che, garantendo l'uniformità di spesa, vada a vantaggio delle coppie che desiderano partecipare a questi corsi.

Al fine dunque di continuare a garantire alle coppie interessate la partecipazione ai corsi promossi dagli enti autorizzati firmatari del Protocollo Operativo Regionale, con il presente provvedimento si determina di destinare una somma pari ad € 30.000,00 sul capitolo 102039 "*Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (art. 20 L. 8/11/2000 n.328 e art. 80 c.17 L. 23/12/2000 n. 388)*", di cui al Decreto interministeriale del 10 ottobre 2016. L'accesso al contributo avverrà secondo le modalità di cui **all'Allegato C** agli enti autorizzati firmatari individuati **all'Allegato D**, parti integranti della presente deliberazione.

## 3. Prosecuzione del progetto "Veneto Adozioni"

Il progetto "Veneto Adozioni", iniziato nel 2006, ha contribuito alla costruzione di un efficace sistema di comunicazione e di informazione a livello regionale che permette di reperire attraverso un unico strumento informatico ([www.venetoadozioni.it](http://www.venetoadozioni.it)) tutte le informazioni e le *news* utili alle famiglie aspiranti adottive e adottive nel merito di attività, progetti, iniziative, novità legislative e d'interesse in materia.

Tale strumento, utilizzato anche dagli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale al fine di condividere informazioni e ottenere riscontro nel merito delle attività in essere, è oramai un'insostituibile e consolidata realtà.

### **LA DISPOSIZIONE**

Si determina di destinare alla ex Azienda Ulss 12 Veneziana, ora Azienda Ulss 3 Serenissima, la somma di € 140.000,00 al fine di porre in essere, attraverso personale esperto e già competente in materia, le attività di seguito individuate:

- realizzazione delle azioni di sistema previste per il sostegno alle attività di informazione a favore

- delle coppie interessate ai percorsi adottivi (in particolare il sito *internet*) di cui alla presente delibera (D.G.R. 1855/2006, D.G.R. 646/2006, D.G.R. 3922/2007, D.G.R. 2168/2009, D.G.R. 3565/2010, D.G.R. 1302/2012, D.G.R. 1098/2013, D.G.R. 2676/2014, D.G.R. 2014/2015);
- sostegno al monitoraggio delle attività del Protocollo Operativo Regionale di cui alla D.G.R. 2497/2011 e delle attività connesse all'area adozione, così come previsto nella D.G.R. 2416/2008;
- sostegno al monitoraggio delle attività previste nei singoli Progetti Territoriali Veneto Adozioni (P.T.V.A.);
- sostegno allo sviluppo delle future azioni regionali a supporto delle attività istituzionali relative agli interventi in materia di adozione nazionale ed internazionale;
- sostegno e monitoraggio del sistema informativo Adonet utilizzato dalle *equipes* adozioni consultoriali;
- realizzazione di attività di formazione e aggiornamento sulle tematiche emergenti dell'adozione nazionale ed internazionale per gli operatori pubblici e privati del *Sistema Veneto Adozioni*;
- iniziative di sensibilizzazione a favore delle famiglie aspiranti adottive.

L'erogazione di tale importo avverrà con le seguenti modalità:

- 50% a titolo di acconto, previo atto formale di recepimento (delibera del Direttore generale) dell'Azienda Ulss 12 Veneziana, ora Azienda Ulss 3 Serenissima, del finanziamento e del contestuale "*Piano delle attività*" predisposto in coordinamento con la Direzione Servizi Sociali-Unità organizzativa Famiglia, minori, giovani e servizio civile;
- 50% a saldo, alla conclusione delle attività, previo atto formale di recepimento (delibera del Direttore generale) dell'Azienda Ulss 12 Veneziana, ora Azienda Ulss 3 Serenissima, di approvazione di rendicontazione economica e di sintetica relazione sulle attività svolte.

Si determina in € 470.000,00, l'importo massimo delle obbligazioni di spesa alla cui assunzione provvederà con propri atti, sulle disponibilità 2017 e 2018, il Direttore della Direzione Servizi Sociali, disponendo la copertura finanziaria a carico dello stanziamento sul capitolo 102039 "*Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (art. 20 L. 8/11/2000 n.328 e art. 80 c.17 L. 23/12/2000 n. 388)*", di cui al Decreto interministeriale del 10 ottobre 2016, secondo la seguente ripartizione:

P.T.V.A.	Aziende Ulss capofila (Allegato B)	€ 300.000,00
Corsi di informazione e sensibilizzazione	Enti autorizzati (Allegato D)	€ 30.000,00
Prosecuzione del progetto "Veneto Adozioni"	Azienda Ulss 12 Veneziana ora Azienda Ulss 3 Serenissima	€ 140.000,00
<b>TOTALE</b>		<b>€ 470.000,00</b>

## **PROGETTI TERRITORIALI VENETO ADOZIONI (P.T.V.A)- annualità 2016/2017**

### **1. Presentazione delle progettualità**

#### **– Soggetto incaricato della presentazione**

Ciascuna Azienda Ulss capofila attraverso il lavoro del proprio tavolo provinciale di cui al punto 1.5, Allegato A, D.G.R. 2497/2011, costituito in applicazione di quanto previsto all'Allegato C alla D.G.R. 1098/2013 e coordinato dal referente provinciale dell'equipe adozioni consultoriale ex D.G.R. 712/2001, presenta la progettualità di riferimento per il proprio ambito provinciale per l'annualità 2017-2018.

**Aziende Ulss capofila per le rispettive province ex D.G.R. 3565/2010:**

**Provincia di Belluno: Az. Ulss n.1 ora Az. Ulss 1 Dolomiti**

**Provincia di Vicenza: Az. Ulss n.6 ora Az. Ulss 8 Berica**

**Provincia di Treviso : Az. Ulss n.9 ora Az. Ulss 2 Marca Trevigiana**

**Provincia di Venezia: Az. Ulss n.13 ora Az. Ulss 3 Serenissima**

**Provincia di Padova: Az. Ulss n.16 ora Az. Ulss 6 Euganea**

**Provincia di Rovigo: Az. Ulss n.18 ora Az. Ulss 5 Polesana**

**Provincia di Verona: Az. Ulss n.20 ora Az. Ulss 9 Scaligera**

**– Oggetto delle progettualità**

**Le Aziende Ulss capofila , in modalità integrata, coordinano la predisposizione, la realizzazione e l’attuazione delle progettualità con i componenti il proprio tavolo provinciale.**

**Le progettualità presentate devono rientrare nella programmazione attuativa locale.**

**L’area d’intervento delle progettualità sarà relativa alle fasi dell’attesa, con particolare attenzione ai nuovi scenari dell’adozione (bambini sempre più grandi, bambini con patologie, adozioni c.d. “a rischio giuridico”) e del post-adozione con focus specifico sulle coppie adottive di minori preadolescenti e adolescenti (coppie che hanno adottato minori in età adolescenziale o con minori adottati che hanno raggiunto l’età adolescenziale).**

**– Modalità di presentazione**

**Le progettualità dovranno essere presentate alla Direzione Servizi Sociali, Unità Organizzativa Famiglia, Minori Giovani e Servizio Civile, utilizzando il modello di “scheda progettuale” comprensiva del “prospetto preventivo spese”/“scheda di rendicontazione finale” di cui al presente Allegato, all’indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)**

**2. Valutazione e approvazione delle progettualità**

**– Valutazione**

**Le progettualità presentate dagli ambiti provinciali saranno valutate da una Commissione istituita ad hoc mediante Decreto del Direttore della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto. La Commissione ha facoltà di richiedere integrazioni, specifiche o modifiche nel merito delle progettualità oggetto di valutazione.**

**– Approvazione**

**La definitiva approvazione delle progettualità avverrà con Decreto del Direttore della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto e successivo atto di recepimento del Direttore Generale dell’Azienda Ulss capofila.**

**Il finanziamento regionale potrà coprire fino al 75% delle spese previste, approvate e sostenute.**

**3. Condizione per l’erogazione del finanziamento**

**Almeno l’80% del finanziamento regionale ottenuto dovrà essere effettivamente speso per le attività progettuali relative all’area di intervento suindicata al punto 1. “Oggetto delle progettualità”.**

**Il finanziamento regionale dovrà essere ripartito tra i partecipanti firmatari del protocollo operativo regionale di cui alla D.G.R. 2497/2011 garantendo a ciascuno di essi una quota pari ad almeno l’8% del finanziamento stesso.**

**4. Spese non ammesse a finanziamento**

**Non sono coperte dal finanziamento regionale le spese relative a:**

**sedi o strutture utilizzate;**

**arredamento;**

**attrezzature informatiche e/o audiovisive;**

**automezzi;**

**formazione operatori;**

**personale pubblico dipendente;**

**libera professione intramuraria (intra moenia) e c.d. “extramuraria”.**

**MODELLO “SCHEDE PROGETTUALE”**

**Le progettualità dovranno essere presentate alla Direzione Servizi Sociali, Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile della Regione del Veneto utilizzando i riferimenti qui di seguito individuati:**

- 1) Ambito provinciale (area provinciale nella quale viene proposta l'attività);
- 2) Titolo del progetto;
- 3) Ambito territoriale di riferimento;
- 4) Comune (luogo dove viene realizzata l'attività progettuale, se diverso dall'intero ambito provinciale o dall'ambito territoriale di riferimento);
- 5) Azienda Ulss capofila (Azienda che presenta il progetto e coordina le azioni finalizzate al perseguimento degli obiettivi condivisi);
- 6) Referente progetto (referente provinciale -Unità organizzativa, Indirizzo, telefono, fax, mail, sito web);
- 7) Promotori (soggetti partner del progetto che concorrono allo sviluppo di singole azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi specifici; allegare dichiarazione di adesione al progetto da parte dei singoli partner);
- 8) Descrizione (esposizione ragionata del progetto che ne descriva i tratti principali-non oltre le 1000 battute);
- 9) Motivazione (ragioni del progetto, situazione che ha originato l'idea progettuale);
- 10) Obiettivi (obiettivi generali e specifici-non oltre le 500 battute);
- 11) Destinatari (soggetti destinatari dell'intervento);
- 12) Modalità di realizzazione (insieme degli strumenti, delle procedure e delle strategie finalizzate ad un'efficace e coerente realizzazione del progetto);
- 13) Caratterizzazione (aspetti che qualificano il progetto rendendolo peculiare rispetto ad altri riferibili alla stessa tematica. Può riguardare i contenuti dell'intervento o del progetto, la metodologia, gli attori coinvolti, etc.);
- 14) Risultati (risultati attesi e relativi indicatori, ovvero ciò che effettivamente si intende realizzare o si realizza e con riferimento al quale si valuta l'efficacia di un intervento. Devono essere strettamente connessi agli obiettivi);
- 15) Sostenibilità futura (indica la reale possibilità di rendere stabile nel tempo il progetto nel tempo a prescindere dalla specifica tempistica di realizzazione finalizzata al finanziamento e le modalità per concretizzare tale intento);
- 16) Materiali: (materiale che si intende generare/generato dal progetto in termini di: accordi e protocolli; strumenti utilizzati-schede di rilevazione, questionari, di monitoraggio, di valutazione, etc.-; cd, pubblicazioni, documenti finali, rapporti, etc.);
- 17) Previsione di spesa (budget complessivo; costo a carico del finanziamento regionale, delle aziende Ulss, degli enti autorizzati, di altri enti pubblici o privati, dei destinatari del progetto).

## **MODELLO**

### **“PROSPETTO PREVENTIVO SPESE/SCHEDA DI RENDICONTAZIONE FINALE”**

**TITOLO PROGETTO:** \_\_\_\_\_

Scheda preventivo spese

Scheda rendicontazione finale

Costi a carico enti che partecipano al progetto

Costi a carico contributo regionale

**AZIENDE UU.LL.SS.**

Costo medio orario

Ore **IMPORTO** Costo medio orario

Ore **IMPORTO**

Spese per il personale

Personale dipendente

Responsabile o coordinatore di progetto

Personale per la progettazione dell'intervento

**Operatori del progetto****Ass. Sociali****Psicologi****(indicare) .....**

.....

**Personale amministrativo****Consulenze**

.....

.....

.....

**1 TOTALE PERSONALE DIPENDENTE****ALLEGATO A alla Dgr n. 66 del 27 gennaio 2017 pag. 5/8****Costo medio orario****Ore IMPORTO Costo medio orario****Ore IMPORTO****Personale con altre forme di rapporto (non dipendente)****Responsabile o coordinatore di progetto****Personale per la progettazione dell'intervento****Operatori del progetto    Ass. Sociali    Psicologi****(indicare) .....**

.....

**Personale amministrativo****Consulenze**

.....

.....

.....

**2 TOTALE PERSONALE NON DIPENDENTE****ENTI AUTORIZZATI****Costo medio orario****Ore IMPORTO Costo medio orario****Ore IMPORTO****Spese per il personale****Personale dipendente****Responsabile o coordinatore di progetto****Personale per la progettazione dell'intervento****Operatori del progetto****Ass. Sociali****Psicologi****(indicare) .....**

.....

**Personale amministrativo****Consulenze**

.....

.....

.....

**3 TOTALE PERSONALE DIPENDENTE****Costo medio orario****Ore IMPORTO Costo medio orario****Ore IMPORTO****Personale con altre forme di rapporto (non dipendente)****Responsabile o coordinatore di progetto****Personale per la progettazione dell'intervento****Operatori del progetto    Ass. Sociali    Psicologi  
(indicare) .....**

.....

**Personale amministrativo****Consulenze**

.....

.....

.....

**4 TOTALE PERSONALE NON DIPENDENTE****ALLEGATO A alla Dgr n. 66 del 27 gennaio 2017 pag. 7/8****IMPORTO    IMPORTO****Spese generali****Telefono****Fax e mail****Cancelleria****Pulizia locali****Riscaldamento**

.....

**5 TOTALE SPESE GENERALI****Spese per formazione, incontri, pubblicizzazione (diverse dalle spese per il personale)****Organizzazione corsi di formazione****Seminari, conferenze, etc.****Spese di viaggio, trasferta****Pubblicazioni****Materiali divulgativi****Pubblicizzazione e vademecum**

**Materiale didattico**

.....

**6 TOTALE SPESE PER FORMAZIONE, INCONTRI, PUBBLICAZIONI****Spese per attrezzatura**

Affitto o leasing attrezzatura informatica e/o audiovisiva

**Software**

Manutenzione attrezzatura informatica e/o audiovisiva

**IMPORTO IMPORTO**

.....

.....

.....

.....

**7 TOTALE SPESE PER ATTREZZATURA****Altre spese**

Spese per analisi bisogni

Spese per monitoraggio e valutazione

Segreteria

Stesura relazioni

Rendicontazioni

.....

.....

.....

**8 TOTALE ALTRE SPESE****TOTALE**

a carico Ulss ed enti partecipanti

a carico contributo regionale Somma totale (punti 1,2,3,4,5,6,7,8) max 75% del totale  
costo progetto**TOTALE COSTO PROGETTO**

ALLEGATO C alla Dgr n. 66 del 27 gennaio 2017 pag. 1/2

**CORSI DI INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE****Premessa**

La D.G.R.2497/2011 recante in oggetto “Approvazione nuovo Protocollo Operativo per l'adozione nazionale ed internazionale” prevede all'allegato A che al fine di fornire agli aspiranti genitori adottivi tutti gli elementi conoscitivi necessari ad avviare una serena e critica autovalutazione prima di presentare “la dichiarazione di disponibilità” presso il Tribunale per i Minorenni, sia svolto un corso di informazione e sensibilizzazione. Il corso è suddiviso in due parti: la prima parte, di non meno di 8 ore è organizzato dalle équipes adozioni consultoriali; la seconda parte, nel caso in cui la coppia si avvii verso la scelta dell'adozione internazionale, deve durare non meno di 12 ore ed è organizzata dagli enti autorizzati firmatari del Protocollo operativo regionale.

Sostegno ai corsi di informazione e sensibilizzazione Al fine di sostenere la realizzazione di questi corsi da parte degli enti autorizzati a vantaggio delle coppie aspiranti adottive e perché queste ultime possano iniziare il percorso dell'adozione con chiara consapevolezza, la Regione del Veneto garantisce un contributo rivolto agli enti autorizzati firmatari del Protocollo

**Operativo Regionale al fine di permettere la realizzazione di queste attività a vantaggio delle famiglie.**

**Modalità**

**Gli enti autorizzati firmatari del Protocollo Operativo regionale per poter accedere al contributo dovranno attenersi e fornire adeguata certificazione delle seguenti prescrizioni:**

- 1. I corsi devono tenersi esclusivamente presso sedi a disposizione dell'ente site in territorio veneto;**
- 2. Possono partecipare ai corsi coppie che non abbiano ancora depositato “dichiarazione di disponibilità” all'adozione presso il Tribunale per i Minorenni di Venezia;**
- 3. Possono partecipare ai corsi coppie che siano residente in territorio veneto;**
- 4. Si devono trattare tutti i temi previsti dall'Allegato A D.G.R. 2497/11 ed in particolare qualora l'ente organizzatore non ricopra con la sua attività almeno tre aree geografiche e socioculturali (continenti), deve invitare per le trattazioni di alcuni punti specificati nell'allegato A sopra richiamato, uno o più enti che operano nelle aree geografiche e socioculturali non coperte;**
- 5. Si devono strutturare i corsi in maniera da affiancare alle relazioni lavori di gruppo;**
- 6. I relatori devono essere esclusivamente figure competenti in ambito giuridico, psicologico e sociale in relazione ai contenuti proposti;**
- 7. I conduttori dei lavori di gruppo devono essere esclusivamente psicologi, assistenti sociali e pedagogisti con formazione specifica nell'ambito della conduzione delle dinamiche di gruppo e delle adozioni;**
- 8. Ogni corso deve avere un minimo di 5 coppie ed un massimo di 10 coppie;**
- 9. Ogni coppia aspirante adottiva deve corrispondere per il corso una somma di € 100,00, onnicomprensiva della quale l'ente rilascia regolare ricevuta.**

**Gli enti autorizzati trasmettono annualmente alla Direzione Servizi Sociali, Unità Organizzativa Famiglia, minori, giovani e servizio civile della Regione del Veneto un articolato programma e calendario dei corsi di informazione e sensibilizzazione completo dei nominativi dei docenti e dei conduttori dei gruppi.**

**Documentazione per accedere al contributo Il contributo per corso è fissato in € 700,00 che viene erogato con decreto del Direttore della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto, previa presentazione della seguente documentazione da parte degli enti autorizzati:**

**A. Il legale rappresentante dell'ente autorizzato firmatario del Protocollo Operativo regionale produce autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 con la quale attesta:**

- i giorni e gli orari di svolgimento del corso;**
- la sede di svolgimento del corso;**
- gli argomenti trattati durante il corso con specificazione delle relazioni e dei lavori di gruppo; – che il numero di coppie partecipanti rientra nel numero minimo e massimo;**
- che ad ogni coppia è stata richiesta la somma di € 100,00;**
- l'elenco dei nominativi delle coppie partecipanti con i riferimenti di residenza e numero di telefono avendo cura di trattare i dati nel rispetto della normativa sulla privacy.**

**B. Alla precedente autocertificazione dovranno essere allegate altrettante autocertificazioni, rese ai sensi del D.P.R. 445/2000, di ogni professionista (relatori e conduttori di gruppo). In particolare ogni professionista dovrà attestare:**

- l'iscrizione all'albo professionale;**
- il giorno e gli orari di inizio e fine dell'attività resa durante il corso a favore dell'ente autorizzato e delle coppie presenti;**
- l'argomento trattato;**
- allegare il curriculum vitae attestante la formazione specifica e la competenza in relazione ai contenuti proposti.**

**I contributi saranno erogati fino al raggiungimento della cifra destinata con la presente delibera.**

**ELENCO ENTI AUTORIZZATI ALL'ADOZIONE INTERNAZIONALE L.476/98 CHE HANNO ADERITO AL PROTOCOLLO OPERATIVO REGIONALE (DGR 2497/11)**

**A.I.B.I. Associazione amici dei Bambini**

**Via G. Frassi, 19 20077 MELEGNANO (MI)**

**3.500,00 €**

**AMICI MISSIONI INDIANE**

**Via Aldo Moro, 7 20090 BUCCINASCIO (MI)**

**900,00 €**

**C.I.A.I. Centro italiano aiuti all'infanzia**

**Via Bordighera, 6 20142 MILANO**

**2.100,00 €**

**C.I.F.A. Centro internazionale per l'infanzia e la famiglia**

**Via Leonardo Colli, 4 10128 TORINO**

**4.900,00 €**

**I BAMBINI DELL'ARCOBALENO**

**Via Roma, 36/a 32013 LONGARONE (BL)**

**2.800,00 €**

**CAMPANIA**

**DGR 21.2.17, n. 82** - Recepimento dell'accordo (60/csr) tra il governo, le regioni e le province autonome del 25 marzo 2015 di approvazione delle "linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali". (BUR n. 16 del 23.2.17)

**Note**

**PREMESSA**

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 febbraio 2003 è stato recepito l'Accordo del 6 febbraio 2003 tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano in materia di "benessere degli animali da compagnia e pet therapy", demandando alle Regioni e Province autonome il compito di provvedere all'adozione di provvedimenti finalizzati a rendere più omogeneo l'intervento pubblico nel complesso scenario della protezione degli animali da compagnia; b. che con la delibera n. 593 del 12 maggio 2006 la Giunta regionale ha recepito il citato Accordo in materia di "benessere degli animali d'affezione e di pet therapy".

Gli interventi assistiti con gli animali (IAA), destinati frequentemente a categorie più deboli, devono rispondere a rigorosi criteri scientifici e protocolli di somministrazione.

Occorre definire e standardizzare a livello nazionale le modalità di svolgimento degli IAA, nell'intento sia di tutelare la salute dell'utente che di garantire il benessere degli animali impiegati.

Al fine di ottemperare a tale esigenza è stato sancito l'Accordo n. 60/CSR tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 25 marzo 2015 di approvazione delle "Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali".

**LA DISPOSIZIONE**

Viene recepito l'Accordo n. 60/CSR tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 25 marzo 2015 di approvazione delle "Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali", allegato alla presente delibera, di cui forma parte integrante e sostanziale della stessa.

**LAZIO**

**DGR 14.2.17, n. 54** Modifica alla DGR 23 dicembre 2004, n. 1305. Strutture socioassistenziali per minori. Continuità assistenziale per i ragazzi con disabilità ad alta complessità assistenziale divenuti maggiorenni. (BUR n. 16 del 23.2.17)

**Note**

L'ultimo periodo della sottosezione I.A.3.1 dell'Allegato alla DGR 1305/2004, relativo alle modalità di ammissione e dimissione nelle strutture socioassistenziali per minori, recita: "La permanenza nelle strutture residenziali è prorogata oltre il compimento del diciottesimo anno di età per il completamento del piano personalizzato elaborato al momento dell'inserimento nella comunità."

Viene ritenuto opportuno prevedere che i minori con disabilità ad alta complessità assistenziale, accolti nelle strutture per minori di cui all'articolo 6, comma 1, lettere a) e b), della l.r. 41/2003, possano continuare ad essere assistiti nella medesima struttura anche se divenuti maggiorenni in ragione della continuità del percorso assistenziale, nelle more di una loro accoglienza presso adeguata struttura assistenziale a carattere familiare.;

Viene pertanto modificato l'allegato alla DGR 23 dicembre 2004, n. 1305 aggiungendo alla parte finale della sottosezione I.A.3.1, riguardante le modalità di ammissione e dimissioni nei servizi residenziali per minori, i seguenti periodi:

"Nel caso di ragazzi con disabilità ad alta complessità assistenziale, divenuti maggiorenni, nelle more di una loro accoglienza presso adeguata struttura assistenziale a carattere familiare, è consentita la permanenza in struttura in ragione della continuità assistenziale e delle speciali esigenze di cura e continuità affettiva, secondo quanto previsto nel piano personalizzato. In occasione della valutazione del piano personalizzato ai fini della permanenza in struttura si deve tenere conto della compatibilità dei piani personalizzati degli ospiti, con particolare riguardo alla tutela del preminente interesse degli altri minori ospiti.

Le eventuali dimissioni e il conseguente inserimento del ragazzo in una nuova struttura assistenziale devono essere concordati, nei tempi e nelle modalità, dai servizi sociali territorialmente competenti, dalla famiglia o da chi ne fa le veci, e dall'équipe della struttura di provenienza e devono costituire valida risposta ai bisogni socioassistenziali del ragazzo."

**DGR 14.2.17, n. 55** .- Legge regionale 14 gennaio 1987, n. 8 articolo 4. IPAB Centro Regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i ciechi di Roma. Nomina rappresentante della Regione Lazio nel Comitato di Programmazione e Sorveglianza. (BUR n. 16 del 23.2.17)

**Note**

Si procede alla nomina dell'Avv. Piergiuseppe Venturella in sostituzione della Sig.ra Alma Rossi, dimissionaria, quale rappresentante del Comitato di Programmazione e Sorveglianza stabilendo che l'incarico dello stesso cesserà alla scadenza dell'incarico conferito al Presidente del del Centro Regionale S. Alessio – Margherita di Savoia per i ciechi.

**TOSCANA**

**MOZIONE 1 febbraio 2017, n. 576** - In merito alla diffusione dei "parchi gioco inclusivi". (BUR n. 7 del 15.2.17)

**IL CONSIGLIO REGIONALE**

Premesso che:

- la Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni unite, il 20 novembre 1989:
- all'articolo 23 riconosce per i bambini con disabilità il diritto a "condurre una vita piena e decente, in condizioni che garantiscano la loro dignità, favoriscano la loro autonomia e agevolino una loro attiva partecipazione alla vita della comunità";
- all'articolo 31 riconosce al fanciullo il diritto "al riposo e al tempo libero, a dedicarsi al gioco e ad attività ricreative proprie della sua età e a partecipare liberamente alla vita culturale ed artistica ....

In condizioni di uguaglianza, di mezzi appropriati di divertimento e di attività ricreative, artistiche e culturali.

- l'articolo 2 della Costituzione recita: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle forme sociali ove si svolge la sua personalità e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale";

- la legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), all'articolo 1 stabilisce che la Repubblica garantisce il pieno rispetto dei diritti, delle libertà e delle autonomie della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società, e stabilisce altresì che la Repubblica predisponga interventi volti al superamento di situazioni di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata;

Premesso che

l'articolo 4, comma 1, lettera e), dello Statuto prevede "il diritto delle persone con disabilità e delle persone anziane ad interventi intesi a garantire la vita indipendente e la cittadinanza attiva";

Visto

il regolamento emanato con decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1996, n. 503 (Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici);

Rilevato che

l'articolo 55 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 ( Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), prevede che la Regione si faccia promotrice di "interventi e servizi volti a promuovere l'integrazione delle persone disabili nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società";

Ricordato che

in base al piano sanitario e sociale integrato regionale 2012 – 2015 la Regione, per rispondere alle necessità della persona disabile, prevede di "realizzare politiche che valorizzino la centralità della persona, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita in una logica diversa dal puro assistenzialismo ed orientata allo sviluppo dell'autonomia";

Rilevato che:

- il gioco è una componente fondamentale per lo sviluppo fisico, psicologico e sociale del bambino e altrettanto rilevante risulta essere l'ambiente dove il bambino gioca: un ambiente stimolante determina maggiori possibilità di apprendere, crescere e socializzare e conoscere se stessi ed il contesto in cui si vive in modo sano ed equilibrato;

- ai sensi della legge regionale 9 settembre 1991, n. 47 (Norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche), per "ambiente costruito" si intende "l'insieme degli edifici e degli spazi architettonici ed urbanistici con le relative infrastrutture... in cui si svolgono attività legate alla vita di relazione", compresi dunque gli spazi urbani destinati a parco giochi; - per giochi inclusivi e giochi per disabili si intende quel complesso di attrezzature con finalità ludiche utilizzabili sia da utenti con piccole o medie disabilità, sia da utenti con disabilità più gravi; - i "parchi giochi inclusivi" sono quei parchi, privi di barriere architettoniche e dotati di giochi il più possibile accessibili e fruibili ed in cui tutti i bambini possono giocare insieme e procedere nel loro percorso di crescita individuale e di integrazione nel mondo e con il mondo;

Considerato che

il parco giochi è dunque luogo di svago ma anche spazio in cui si possono rinsaldare legami tra coetanei ed instaurare percorsi didattici e riabilitativi;

Considerato che:

- un progetto di realizzazione di un "parco giochi inclusivo", oppure di trasformazione e adeguamento alla normativa in materia superamento delle barriere architettoniche di un parco giochi esistente, costituiscono atti di importante valenza educativa e sociale;

- in Toscana sono oltre trenta gli spazi pubblici adibiti a parchi gioco “inclusivi”; l’ultima esperienza in termini temporali risulta quella messa in atto nel Comune di Terranova Bracciolini presso il giardino della scuola dell’infanzia “Italo Calvino”;
- nell’anno scolastico 2015 - 2016 risultano complessivamente inseriti nell’ambito del sistema educativo e 12.500 bambini e ragazzi con disabilità; limitando l’analisi riguardo la presenza di situazioni di disabilità ai primi gradi dell’istruzione la situazione risulta così strutturata: servizi educativi (235); infanzia (979); primaria (3.494); (fonte: Osservatorio Sociale Regionale, Profilo n. 8, Disabilità in Toscana, gennaio 2016);
- ormai da anni, a partire dalla sopracitata l.r. 47/1991, la Regione si è orientata nella direzione di disciplinare la realizzazione e la piena utilizzazione di ambienti costruiti secondo “le esigenze di tutti i cittadini, indipendentemente dall’età, dalle caratteristiche psicofisiche e senso percettive al fine di garantire a ciascuno l’esercizio autonomo di ogni attività”, compresa dunque quella ludica e ricreativa;

Considerato altresì

l’impegno finanziario profuso nel corso degli anni da parte della Regione, sia in termini di abbattimento di barriere architettoniche, in ambito pubblico e privato, sia di sostegno all’istruzione degli studenti con disabilità;

#### IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE

a valutare la sostenibilità circa l’introduzione, nell’ambito della programmazione di settore, di specifiche misure di sostegno in favore dei comuni, da prevedere, comunque, sulla base di indicatori attestanti le effettive necessità di intervento per i diversi contesti territoriali interessati, finalizzate all’abbattimento delle limitazioni all’accessibilità ai vari ambienti, con particolare riferimento a quello fisico dei parchi giochi per bambini, anche mediante l’installazione di “giochi inclusivi”.

## CAMPANIA

**DGR n. 61 7.2.17. n. 61** Conferenza regionale "Stati generali: la primavera del welfare".

### Note

#### PREMESSA

La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 di modifica del titolo V della parte seconda della Costituzione, con il novellato articolo 117 ha trasferito la materia delle politiche sociali alla potestà legislativa residuale delle Regioni, riservando alla legislazione statale ai sensi del comma 2, lett. m) la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, e definendo con la Legge n. 328/2000, i principi generali per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

La legge regionale 23 ottobre 2007 n. 11, nell’ispirarsi ai principi della Costituzione, della Dichiarazione Universale dei diritti dell’uomo, della Carta sociale europea e della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea, ha disciplinato la programmazione e la realizzazione di un sistema organico di interventi e servizi sociali, a partire dalla programmazione sociale partecipata e dalla gestione in forma associata dei servizi sociali locali.

La Regione, ai sensi della legge regionale 23 ottobre 2007 n. 11, garantisce alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali fondato sulla tutela della dignità della persona e dei suoi diritti fondamentali, attraverso la concertazione e cooperazione tra i diversi soggetti delle istituzioni pubbliche e delle formazioni sociali, nonché il confronto e la concertazione come metodo di relazione con le organizzazioni sindacali e la previsione di forme di partecipazione attiva dei cittadini alla costruzione e alla concreta attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

La Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 869 del 29/12/2015 ha approvato il Piano Sociale Regionale per il triennio 2016 – 2018, quale strumento di programmazione sociale che definisce i principi d’indirizzo e coordinamento per la realizzazione, da parte degli enti locali associati, del sistema integrato d’interventi e servizi e che, in particolare, indica gli obiettivi di inclusione sociale, di pari opportunità, di benessere e di sicurezza sociale da perseguire sulla base della rilevazione dei bisogni del territorio.

La Regione, ai sensi dell'articolo 20, comma 6 della legge regionale 23 ottobre 2007, n.11, organizza la conferenza regionale sul welfare quale momento di confronto pubblico sull'attuazione del sistema integrato di interventi per i servizi sociali e sociosanitari e, nel contempo, quale momento di rilevazione di bisogni per la programmazione del triennio successivo di intervento.

Su proposta dell'Assessore alla Istruzione e alle Politiche sociali, la Giunta regionale intende realizzare per le giornate del 20 e 21 marzo p.v., anche avvalendosi di organismi in house, la conferenza regionale del welfare denominata "Primavera del welfare", quale momento di valutazione e di confronto di tra attori istituzionali, formazioni sociali, organismi del terzo settore, per verificare, in termini di efficacia e di efficienza, la corrispondenza tra la programmazione regionale e la programmazione locale, nonché lo stato di attuazione degli interventi ed il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano sociale regionale 2016-2018 e per avviare la prima rilevazione dei bisogni per la programmazione del successivo triennio.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Viene realizzata per le giornate del 20 e 21 marzo p.v., anche avvalendosi di organismi in house, la conferenza regionale del welfare denominata "Stati generali: la primavera del welfare", quale momento di valutazione e di confronto di tra attori istituzionali, formazioni sociali, organismi del terzo settore, per verificare, in termini di efficacia e di efficienza, la corrispondenza tra la programmazione regionale e la programmazione locale, nonché lo stato di attuazione degli interventi ed il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano sociale regionale 2016-2018 e per avviare la prima rilevazione dei bisogni per la programmazione del successivo triennio.

Viene promossa la partecipazione degli interessati coinvolgendo i principali soggetti istituzionali, le formazioni sociali e gli organismi del terzo settore più rappresentativi sin nella prima fase di organizzazione dei lavori e del programma della conferenza, anche attraverso la costituzione di un tavolo di concertazione la cui composizione è rimessa all'Assessore alla Istruzione e alle Politiche sociali che lo presiede e procede alla sua convocazione; 3. di stabilire che il comitato promotore è organizzato senza oneri di spesa per il tramite dei competenti uffici regionali;

#### **LAZIO**

**DPGR 13 febbraio 2017, n. T00029** - Nomina commissario straordinario dell'IPAB "Istituto Santa Margherita" di Roma. (BUR n. 13 del 14.2.17)

##### **Note**

Viene nominato il Dott. Giulio Mario Donato, quale commissario straordinario dell'IPAB "Istituto Santa Margherita" di Roma, per un periodo di sei mesi, al fine di: - garantire lo svolgimento dell'ordinaria e straordinaria amministrazione dell'Ente, nelle more della ricostituzione dell'organo amministrativo.

**DPGR 10 febbraio 2017, n. T00028 n. T00028** - IPAB Fondazione Nicolò Piccolomini. Sostituzione componente consiglio di amministrazione. (BUR n. 15 del 21.2.17)

##### **Note**

Viene nominato il Dott. Salvatore Nastasi, quale componente del consiglio di amministrazione dell'IPAB Fondazione Nicolò Piccolomini in sostituzione del dimissionario M° Lorenzo Salvetti.

<b>POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE</b>
-----------------------------------

#### **FRIULI V.G.**

**DGR 10.2.17, n. 199** - LR11/2006, art 10 e art 21 bis. Carta famiglia. Approvazione dei valori massimi del beneficio regionale energia elettrica per l'anno 2016 e delega ai Comuni delle funzioni amministrative connesse all'attivazione del beneficio. (BUR n. 9 del 23.2.17)

##### **Note**

##### **PREMESSA**

La legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità) e successive modificazioni ed integrazioni all'articolo 10 istituisce il beneficio "Carta famiglia".

Il regolamento emanato con DPGR 30 ottobre 2007, n. 0347/ Pres., e successive modifiche ed integrazioni, all'articolo 9 dispone che:

1. Le funzioni amministrative connesse all'attivazione di uno o più benefici regionali di cui all'articolo 3 possono essere delegate a soggetti pubblici o ad Insiel S.p.a. in applicazione dell'articolo 21 bis della legge regionale 11/2006.

2. Nei casi di cui al comma 1, la Giunta regionale individua con delibera il soggetto delegato, disciplina le modalità relative al trasferimento dei fondi per il finanziamento dei benefici attivabili e quelle con cui l'Amministrazione regionale, attraverso l'erogazione di uno specifico contributo, concorre al finanziamento degli oneri di gestione sostenuti.

3. Il contributo può essere determinato forfetariamente in proporzione alle risorse regionali assegnate per l'attivazione dei benefici entro il limite del 3 per cento."

Viene riconosciuto ai Comuni o all'ente gestore del Servizio Sociale dei Comuni, qualora da essi individuato per la gestione della misura, un contributo a concorrenza dei costi di gestione sostenuti per l'esercizio delle funzioni delegate nella misura forfetaria dell'1,5 per cento delle risorse regionali assegnate per l'attivazione dei benefici.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Viene attivato per l'anno 2016 a favore dei titolari di Carta famiglia il beneficio regionale di riduzione dei costi per i servizi di fornitura di energia elettrica in base ai valori massimi indicati all'Allegato 1 al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale. (a cjui si fa rinvio).

Nel totale delle fatture per i servizi di fornitura di energia elettrica emesse nel 2016 e utilizzate per la richiesta del beneficio non va computato l'importo relativo al canone di abbonamento alla televisione per uso privato.

La misura dei contributi effettivamente erogabili agli aventi diritto sarà definita con successivo provvedimento, tenuto conto dei valori massimi stabiliti nell'Allegato 1, delle domande ammissibili inserite nell'applicativo informatico e delle risorse disponibili.

Le funzioni amministrative connesse all'attivazione del beneficio regionale sono delegate ai Comuni della regione che possono gestire le relative attività anche in forma associata.

Spettano agli enti delegati le seguenti funzioni:

- la raccolta delle domande di beneficio regionale energia elettrica 2016 a partire dal 13 febbraio 2017 e fino al 21 aprile 2017, presentate dal titolare di Carta famiglia rilasciata ai sensi dell'articolo 12 del regolamento;
- l'istruttoria delle domande presentate ai fini della loro ammissibilità al beneficio regionale e l'inserimento delle domande ammissibili nell'applicativo informatico fornito dall'Amministrazione regionale per il tramite di Insiel S.p.A.;
- la concessione e l'erogazione del beneficio ai titolari di Carta famiglia che hanno regolarmente presentato domanda;
- l'adempimento degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;
- l'effettuazione di idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni acquisite.

Agli enti delegati sarà garantito il trasferimento dei fondi necessari.

Il contributo riconosciuto agli enti delegati a concorrenza dei costi di gestione sostenuti per le funzioni delegate ai sensi del punto 5 è determinato nella misura forfetaria dell'1,5 per cento delle risorse regionali trasferite ai sensi del punto 6.

#### **PUGLIA**

**DGR 7.2.17, n. 148** - L.R. n. 3/2016 e Reg. R. n. 8/2016. Accompagnamento all'implementazione del Reddito di Dignità con l'attivazione dei servizi ai destinatari del Reddito di Dignità. Variazione al Bilancio di previsione 2017 e pluriennale 2017-2019 ai sensi della l.r. n. 28/2001 e s.m.i. e del D.Lgs. n. 118/2011 e s.m.i.(BUR n. 23 del 21.2.17)

**Note****INTRODUZIONE NORMATIVA**

- La L.r. n. 25/2011 “Norme in materia di autorizzazione e accreditamento per i servizi al lavoro” - l’art. 1 co. 386-387 della I. n. 208/2015 - il D.M. 26 maggio 2016
- la I. r. n. 3/2016 che istituisce il Reddito di Dignità quale misura integrata per l’inclusione sociale attiva di soggetti svantaggiati;
- il Reg. R. n. 8/2016 di disciplina attuativa del Reddito di Dignità;
- il Protocollo di intesa sottoscritto il 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.

**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, 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. • 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

In data 10 giugno 2016 è stato sottoscritto il Protocollo di intesa tra Regione Puglia e ANCI Puglia per l’attuazione delle misure di contrasto alle povertà e i percorsi di inclusione sociale attiva.

**LE FINALITA’ DEL REDDITO DI DIGNITA’**

Il Reddito di Dignità è una misura sociale di sostegno al reddito - introdotta in Puglia in applicazione con le Raccomandazioni della Commissione Europea e in stretta integrazione con SIA-Sostegno Inclusione Attiva introdotto dal D.M. 26 maggio 2016 in attuazione dell’art. 1 co. 386-387 della I. n. 208/2015 (Legge di Stabilità 21016) nelle more della approvazione del piano nazionale per il contrasto alle Povertà — che si configura come una misura attiva di inclusione, rivolta ad assicurare condizioni dignitose di vita e opportunità di attivazione e reinserimento socio lavorativo per persone che si trovino in gravi situazioni di fragilità socioeconomia e marginalità sociale e lavorativa.

**IL RUOLO DEL COMUNI**

L’implementazione del Reddito di Dignità vede i Comuni pugliesi quali soggetti beneficiari e quindi responsabili delle procedure di selezione dei destinatari finali della misura economica di sostegno al reddito e dei percorsi di inclusione sociale attiva.

**IL POTENZIAMENTO DEI SERVIZI**

Per tale azione non si può prescindere da un significativo irrobustimento dei servizi resi dalla pubblica amministrazione ai cittadini, in tutte le fasi del percorso, a partire da quelle di accoglienza, informazione, orientamento, profilazione e presa in carico per il reinserimento sociale e lavorativo.

**L’AVVISO**

Con questa consapevolezza, peraltro espressa e condivisa al Tavolo dei Programmatori sociali insediato nel 2016 presso il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali (MLPS), con ANCI e con la Commissione Politiche sociali della Conferenza delle Regioni, il Programma Operativo Nazionale

(PON) “Inclusione”, a titolarità del MLPS — Direzione Generale per l’inclusione e le politiche sociali, approvato con Decisione della Commissione C(2014) 10130 del 17 dicembre 2014, ha previsto con l’Avviso n. 3/2016 l’assegnazione di risorse per il finanziamento di progetti mirati di rafforzamento amministrativo e di potenziamento della rete dei servizi per i destinatari del SIA e del ReD.

### **LE AZIONI SPECIFICHE**

Ai sensi degli artt. 3 e 4 del su citato Avviso, le risorse assegnate a ciascun Ambito territoriale a valere sulle risorse FSE del PON Inclusione dal Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, possono essere impiegate, nell’arco del triennio 2016-2019, per le seguenti azioni:

AZIONE A — Rafforzamento dei servizi sociali e a supporto dell’orientamento per l’inserimento sociolavorativo

AZIONE B — Interventi socio-educativi e di attivazione lavorativa

AZIONE C — Promozione di accordi di collaborazione in rete.

### **LA DURATA**

Il processo di rafforzamento amministrativo e di potenziamento della rete dei servizi per i destinatari del SIA e del ReD investe uno scenario temporale almeno quinquennale, e vedrà i Comuni associati in Ambiti territoriali svolgere un importante ruolo di regia e di coordinamento delle diverse agenzie pubbliche e private impegnate sul territorio per le politiche di inclusione sociale attiva e di contrasto alla povertà, e di raccordo con i CPI competenti e con gli organismi accreditati per i servizi per il lavoro, ferme restando le competenze specifiche e dedicate dei Servizi Sociali professionali.

### **LA TEMPESTIVITÀ DELL’AZIONE E LE RISPOSTE OPERATIVE**

Tuttavia i tempi necessari per la messa a regime di tutte le attività e i servizi che accompagnano il ReD nella sua piena implementazione sono condizionati dai tempi di approvazione dei Progetti presentati da tutti gli Ambiti territoriali in risposta all’Avviso n. 3/2016, mentre i fabbisogni di attivazione di servizi mirati per i beneficiari del Reddito di Dignità sono immediati, atteso che si pone con urgenza la necessità che i cittadini percepiscano correttamente e positivamente i benefici della misura ReD, anche con riferimento ai percorsi di attivazione sociolavorativa e non solo rispetto al sostegno economico al reddito e alla risposta ai bisogni sociali e socioeducativi dei componenti il nucleo familiare.

E’ urgente assicurare in tutti gli Ambiti territoriali pugliesi un set minimo di servizi accessibili per tutti i cittadini beneficiari di ReD che hanno presentato domanda nel II semestre 2016 e che già da dicembre conoscono l’esito istruttorio delle rispettive domande, e attendono il percorso di orientamento e presa in carico.

Nel quadro complessivo degli obiettivi di cui all’art. 2 del Protocollo di intesa tra Regione Puglia e ANCI Puglia, già citato, si configura la necessità di coordinare su tutto il territorio regionale — nelle more della selezione e reclutamento di nuovo personale idoneo allo svolgimento delle funzioni previste, all’interno di equipe multiprofessionali integrate tra Comuni e Centri per l’Impiego — attività specifiche riconducibili complessivamente alla definizione di servizi per il lavoro di cui all’art. 3 della l.r. n. 25/2011 e s.m.i., e comunque afferenti ai seguenti ambiti di intervento:

- a) orientamento di base, analisi delle competenze (in relazione alla situazione del mercato del lavoro locale) e profilazione;
- b) orientamento specialistico e individualizzato per soggetti svantaggiati nell’accesso al mercato del lavoro;
- c) promozione di opportunità di percorsi di tirocinio e di inserimento socio lavorativo per soggetti svantaggiati, finalizzate ad incrementare le competenze.

### **IL RUOLO DEL TERZO SETTORE**

La Regione Puglia, nell’ambito del proprio Piano Straordinario per il Lavoro, ha proceduto tra il 2015 e il 2016 ad accreditare Organismi privati per i servizi per il lavoro, in attuazione della l.r. n. 25/2011, sulla base di un Avviso pubblico approvato con A.D. n. 1367 del 20/07/2015 e tutti gli

Organismi Accreditati sono consultabili nell'apposito catalogo accessibile al link <http://www.sistema.puglia.it/SistemaPuglia/accreditamentoservizi> con le rispettive sedi.

La Regione Puglia ha l'interesse che tutti gli Organismi accreditati per l'erogazione di servizi per il lavoro ai sensi della l.r. n. 25/2011 siano coinvolti nella organizzazione e realizzazione della rete dei servizi per l'orientamento e l'attivazione dei beneficiari di ReD, in considerazione della immediata e contestuale attivazione dei servizi che è necessario garantire, e delle relative capacità organizzative degli Organismi stessi, peraltro in un arco temporale assai limitato.

### **IL RAPPORTO DI PARTNERSHIP COMUNE TERZO SETTORE**

Si ritiene opportuno proporre la immediata definizione e attivazione di un insieme di interventi capaci di valorizzare le partnership tra Comuni e soggetti privati e del privato sociale già preposti alla erogazione di servizi informativi, di supporto al disbrigo pratiche amministrative, di orientamento e valutazione per la corretta profilazione degli stessi beneficiari del ReD, assumendo a tal fine una specifica quanto circoscritta temporalmente iniziativa regionale.

### **LE MODALITA' DI ATTUAZIONE**

Gli Organismi Accreditati per i servizi per il lavoro possono essere attivati, per la fornitura di servizi mirati ai cittadini, organizzati per ciascun Ambito territoriale, per un periodo di tempo limitato alla fase di start-up dell'implementazione della misura del Reddito di Dignità, e quindi allo stato attuale determinata in un periodo di n. 6 (sei) mesi, nelle more delle successive iniziative che gli Ambiti territoriali assumeranno direttamente, anche in favore dei medesimi Organismi oltre che per il rafforzamento della propria struttura amministrativa, come previsto al comma 1 lett. d) dell'art. 2 del Regolamento Regionale n. 8/2016 attuativo della l.r. n. 3/2016.

A supporto dei destinatari di ReD e dei Comuni associati in Ambiti territoriali nelle rispettive interazioni con i Centri per l'Impiego di riferimento, gli Organismi accreditati per i servizi per il lavoro opereranno assicurando risorse umane dedicate e competenze specifiche, per il presidio dei seguenti ambiti di attività del tutto riconducibili a quelli cui sono preposti gli stessi Organismi:

- a) attività supporto all'accoglienza, alla prima informazione e all'orientamento degli utenti che hanno presentato domande di Reddito di Dignità e che accedono agli sportelli comunali per le informazioni di riferimento, sia all'esito istruttorio delle domande che alle opportunità di attivazione disponibili;
- b) preassessment e profilazione dei destinatari di ReD rispetto alle propensioni e competenze individuali e rispetto alle opportunità di attivazione disponibili;
- c) supporto alla elaborazione Progetti Individuali di Inclusione e di attivazione ;
- d) Aggiornamento sistema informativo per il monitoraggio delle attività ;
- e) Azione di scouting nei rispettivi territori per promuovere esperienze lavorative finalizzate ad incrementare le competenze, anche mediante lo strumento del tirocinio.

### **LE PROCEDURE**

Ai fini dell'affidamento dei servizi di che trattasi, per un periodo di n. 6 mesi, si ritiene ricorrano le condizioni per l'applicazione dell'art. 63 del Codice degli Appalti (D.Lgs. n. 50/2016) per il ricorso alla procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando di gara, ed essenzialmente il riferimento ai soggetti accreditati per i servizi per il lavoro di cui alla l.r. n. 25/2011, alla data di approvazione della relativa determina a contrarre e le condizioni di urgenza nelle quali si rende necessario attivare i servizi di che trattasi.

La procedura negoziata sarà rivolta, pertanto, a tutti gli operatori economici che risulteranno accreditati alla data di approvazione della relativa determina a contrarre, sulla base della procedura di cui all'Avviso pubblico approvato con A.D. n. 1367/2015 del Servizio Politiche per il Lavoro, con articolazione delle attività per ciascuno degli operatori interessati, atta a coprire il fabbisogno di tutto il territorio regionale - favorendo l'abbinamento di ciascun Ambito territoriale, con tutti i suoi Comuni e con il/i CPI di riferimento, ad un solo Organismo accreditato, in modo da avere una equidistribuzione del carico di lavoro per numero stimato di domande ReD ammesse al beneficio.

### **IL DETTAGLIO DEL PROVVEDIMENTO**

La determina a contrarre provvederà a dettagliare i seguenti elementi necessari:

- Tipologia e valore massimo delle prestazioni

- Periodo di esecuzione
- Luoghi di esecuzione
- Modalità operative di esecuzione del servizio, con specifico riferimento alle forme di collaborazione con le strutture degli Ambiti territoriali e con i servizi per il lavoro eventualmente già attivati dai Comuni ai sensi della L.r. n. 25/2011
- Obblighi del gestore e penali già riportati nel capitolato fermo restando il valore complessivo dell'affidamento che non potrà superare l'importo di Euro 3.300.000,00 IVA e ogni altro onere incluso, e il costo unitario del mix di servizi offerto a ciascun cittadino risultato ammissibile al beneficio del Reddito di Dignità, che non potrà superare il parametro di Euro 150,00 tenuto conto dell'impiego di risorse umane con competenze specialistiche e con competenze amministrative da attivare, perché in tempi assai ristretti si possa procedere sia all'accoglienza e all'orientamento dei cittadini che all'azione di scouting nei diversi contesti produttivi per promuovere la candidatura di progetti di tirocinio e di sussidiarietà, per un numero di casi non inferiore a 13.500.

#### **IL RICONOSCIMENTO DEI CAF E DEI PATRONATI**

Il sistema di servizi specifici previsti è completato dal pieno riconoscimento di un ruolo attivo delle reti formali di CAF e Patronati - che abbiano già sottoscritto le intese regionali e le convenzioni con gli Ambiti territoriali per la fase di presentazione delle domande per la fase di implementazione del Reddito di Dignità, con specifico riferimento ai servizi di informazione di base e alle attività relative al supporto all'utente per interagire con INPS e Comuni e per la eventuale formulazione delle istanze di riesame di domande rigettate, rivolte o al Comune o all'INPS, per quanto di rispettiva competenza, ove ne ricorrano le condizioni.

#### **IL COSTO**

Con riferimento alla spesa complessiva prevista, il costo stimato totale degli interventi oggetto della presente Deliberazione è pari a circa 3.500.000,00, IVA e ogni altro onere incluso, la cui copertura finanziaria :

- sia il costo per gli affidamenti di attività agli Organismi Accreditati da Regione Puglia per lo svolgimento dei servizi per il lavoro in favore dei 45 Ambiti territoriali,
- sia il costo per il rimborso delle spese sostenute dalle reti di CAF e Patronato, già convenzionate con gli Ambiti territoriali per la ricezione e presentazione delle domande, per la fase di accoglienza, valutazione e supporto alla presa in carico per l'attivazione dei beneficiari del Reddito di Dignità.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Vengono approvate:

- a) la realizzazione di servizi specifici, come descritti in premessa, in favore di soggetti da inserire nei percorsi di politica attiva del Reddito di Dignità, individuati con le procedure di cui alla Del. G.R. n. 1014 del 7 luglio 2016, da affidare a tutti gli Organismi accreditati per i servizi per il lavoro della Regione Puglia;
- b) la definizione di apposita procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando di gara ex art. 63 del D.Lgs. n. 50/2016 da aggiudicare con tutti gli organismi accreditati alla data di approvazione della determina a contrarre operatori economici, e precisamente con tutti gli Organismi accreditati per i servizi per il lavoro alla data di pubblicazione del presente provvedimento ai sensi della L.r. n. 25/2011 in Puglia;
- c) la definizione di accordi aggiuntivi, rispetto ai protocolli di intesa sottoscritti nella fase di raccolta delle domande di accesso al ReD, con le reti di CAF e Patronati - che abbiano già sottoscritto le intese regionali e le convenzioni con gli Ambiti territoriali per la fase di presentazione delle domande - per la fase di implementazione del Reddito di Dignità, con specifico riferimento ai servizi di informazione di base e alle attività relative al supporto all'utente per interagire con INPS e Comuni e per la eventuale formulazione delle istanze di riesame di domande rigettate; d) la conseguente variazione al Bilancio di previsione pluriennale 2017 — 2019 nei termini e nelle modalità previste nella sezione "Copertura finanziaria" di seguito riportata, atteso che è assicurato il rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

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

**UMBRIA**

**DPGR 31 gennaio 2017, n. 47.-** Decreto del Ministero del Tesoro 8 ottobre 1997, art. 2. Nomina del rappresentante degli enti locali della regione in seno al Comitato di gestione del fondo speciale per il volontariato. (BUR n. 7 del 17.2.17)

**Art. 1**

È nominato nel Comitato di gestione del fondo speciale per il volontariato, quale componente designato dal Consiglio delle Autonomie locali dell'Umbria in rappresentanza degli enti locali della regione, ai sensi dell'art. 2, comma 2, lett. f) del decreto del Ministero del Tesoro 8 ottobre 1997, il Dr. Ermanno Rossi.

**Art. 2** Il nominato permane nella carica fino alla scadenza naturale del Comitato di gestione del fondo speciale per il volontariato. Il presente decreto è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Perugia, 31 gennaio 2017

<b>PROGRAMMAZIONE SOCIALE</b>
-------------------------------

**LAZIO**

**DGR 14.2.17, n. 57 -** Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47 comma 1. Predisposizione dello schema del Piano sociale regionale "Prendersi cura, un bene comune". (BUR n. 16 del 23..17)

**Note**

**Alla base del suddetto provvedimento sono:**

il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59";

La legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

La legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio".

**GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE**

In coerenza con le indicazioni contenute nella legge 8 novembre 2000, n. 328, gli obiettivi della programmazione regionale in campo socio-assistenziale tendono a promuovere:

- a) la realizzazione di forme associative tra i comuni a livello distrettuale per la programmazione degli interventi;
- b) l'integrazione tra gli interventi socioassistenziali e sociosanitari;
- c) la creazione di un sistema a rete dei servizi;
- d) la qualificazione degli interventi e dei servizi che devono rispondere in modo adeguato alle esigenze dei cittadini;
- e) la ricomposizione dei finanziamenti all'interno dei distretti sociosanitari, allo scopo di ottimizzare la spesa.

**IL PIANO SOCIALE REGIONALE**

La legge regionale 10 agosto 2016, in particolare, l'art. 46 comma 1 dispone che la Regione Lazio si doti di un Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, denominato "Piano sociale regionale" integrato con la programmazione in ambito sanitario ed in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale, sportiva ed abitativa.

L'adozione del suddetto Piano rappresenta un'esigenza operativa indispensabile ed improrogabile, connessa all'esercizio delle funzioni regionali di programmazione, coordinamento ed indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale, in ragione anche

della circostanza che l'ultimo ed unico Piano socio-assistenziale regionale è risalente al triennio 1999-2001.

### **L'IMPIANTO SCIENTIFICO-METODOLOGICO**

La costruzione del nuovo Piano sociale regionale è caratterizzata da un impianto metodologico scientificamente solido con particolare riguardo, da una parte, alla conoscenza, analisi e confronto dei dati sulla domanda e sull'offerta e, dall'altra, all'incisività e praticabilità delle misure e delle azioni individuate sulla base del quadro conoscitivo acquisito.

A tal fine ci si è avvalsi del supporto tecnico ed operativo di un organismo scientifico esterno con approfondita conoscenza del territorio e della realtà laziale, comprovata esperienza ed elevata qualificazione tecnico-scientifica a carattere accademico nella rilevazione ed analisi di dati e dei fenomeni socio-economici, nella pianificazione, programmazione e comunicazione nel settore delle politiche sociali.

### **L'ITER AMMINISTRATIVO**

Con la determinazione dirigenziale 23 dicembre 2014, n. G 18706 si è proceduto all'indizione della gara in economia, tramite procedura negoziata di cottimo fiduciario, per l'affidamento di servizi di assistenza tecnico-scientifica ed operativa per l'elaborazione partecipata del nuovo Piano sociale regionale, con invito rivolto ad otto Università del Lazio componenti il Comitato Regionale di Coordinamento delle Università del Lazio (CRUL) risultate, a seguito di indagine sul sito informatico

ufficiale del medesimo CRUL, in possesso delle caratteristiche e delle competenze necessarie allo svolgimento dell'incarico.

Con determinazione dirigenziale 10 agosto 2015 n. G09969, si è proceduto alla aggiudicazione definitiva della suddetta gara in favore dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, in ATS con Forum Nazionale e Regionale del Terzo Settore e Associazione Oasi, sulla base dell'acquisizione degli esiti valutativi rimessi dalla Commissione di gara, istituita con determinazione dirigenziale 2 marzo 2015, n.G02084.

Con contratto sottoscritto dalle parti in data 26 gennaio 2016, registrato dall'Ufficiale rogante con numero Reg. cronologico 18577/2016, si è provveduto a definire le modalità e le tempistiche della collaborazione, nonché ogni altro onere connesso all'espletamento dell'incarico;

L'incarico affidato, in tutte le azioni in cui lo stesso si articolava come da Capitolato di gara, è stato svolto secondo le direttive indicate dalla Direzione regionale Salute e politiche sociali, allo scopo di garantire la piena coerenza tra il progetto e le Linee di indirizzo della Giunta regionale.

### **IL GOVERNO DEL PIANO**

A seguito della riorganizzazione della Direzione regionale Salute e politiche sociali e con il duplice obiettivo di ampliare la partecipazione del territorio e dei soggetti al percorso di elaborazione partecipata del Piano avviato, nonché di governare al meglio tutti gli adempimenti e le azioni necessarie per la concreta e puntuale costruzione del Piano, compresa l'ottimale utilizzazione del supporto tecnico-scientifico del soggetto esterno, incaricato con determinazione dirigenziale 2 agosto 2016, n. G08866, si:

□□definiva un nuovo cronoprogramma delle attività complessive affidate all'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, fissando al 15 dicembre 2016 il termine per la conclusione dell'incarico e per la presentazione del documento finale dello schema di Piano, senza oneri aggiuntivi per le parti e nel rispetto delle modalità di svolgimento del servizio oggetto di affidamento, previste dal Capitolato di gara;

□□addiveniva alla individuazione di due diversi livelli organizzativi per la gestione del processo di elaborazione partecipata del nuovo Piano sociale regionale:

- Comitato di coordinamento, in cui è presente sia la componente tecnica amministrativa della Direzione regionale (direttore e dirigenti) sia la componente politica per garantire la piena coerenza con l'indirizzo politico e strategico dell'amministrazione.

-Il suddetto Comitato, nello specifico, aveva il compito di sovrintendere alla redazione del Piano, alla articolazione delle proposte, alla assunzione degli impegni in esso contenuti, di coordinare e

monitorare lo sviluppo e l'implementazione del Piano stesso, in relazione con l'Università incaricata

dell'assistenza tecnico - scientifica e con gli altri organi del Piano;

- Tavoli tematici, istituiti volta per volta su specifici temi e materie, presieduti dai dirigenti competenti o funzionari delegati per i servizi interessati e partecipati da esperti e tecnici del territorio, dei distretti, del Terzo Settore, delle ASL, ed altri, con compiti di approfondimento tecnico.

### **IL PERCORSO**

Si è ritenuto necessario procedere alla elaborazione del Piano sociale regionale attraverso un percorso ad alto grado di partecipazione e trasparenza, capace di coinvolgere tutti gli attori sociali e di acquisirne i contributi.

Il suddetto percorso partecipato, iniziato con l'evento di presentazione del 3 maggio 2015, presso l'Ostello Caritas Don Luigi Di Liegro, si è sviluppato per la durata di sette mesi nel corso dei quali si sono susseguiti sette incontri istituzionali, dislocati sull'intero territorio regionale, con Enti Locali ed ASL, numerosi incontri con soggetti del Terzo Settore, Imprese Sociali, rappresentanze dei sindacati e cittadini interessati, nonché molteplici tavoli tematici e focus group su diversi ambiti di intervento (affido, maltrattamento e abusi su minori, violenza di genere, coprogettazione, famiglia-minori-adozioni, rapporto servizi-giustizia, rifugiati, pianificazione del welfare, integrazione socio-sanitaria, disabilità, povertà, sistemi partecipativi, dopo di noi, rom-sinti e caminanti, ecc), nel corso dei quali si è data la possibilità di rappresentare esigenze e criticità, nonché di proporre contributi riguardanti sia la governance del sistema integrato da realizzare sia gli aspetti contenutistici.

L'Università degli Studi di Roma Tor Vergata ha presentato il documento finale dello schema di Piano, quale risultato del complesso ed articolato processo di elaborazione sopra descritto, con il costante coordinamento da parte della Direzione regionale Salute e politiche sociali per la piena coerenza dello stesso con le Linee di indirizzo politico-programmatico della Giunta e le finalità della L.R. 11/16.

Gli aspetti qualificanti dello schema di Piano sono stati riportati in un documento sintetico curato dall'Assessorato che è stato oggetto di confronto con organismi di rappresentanza istituzionale, del mondo dell'associazionismo e delle parti sociali, i quali hanno espresso un convinto apprezzamento per il percorso partecipato di costruzione del documento programmatico, nonché per gli obiettivi strategici e di servizio nello stesso individuati.

### **LE MODALITA' DI APPROVAZIONE DEL PIANO**

L'art. 47 della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 che indica le modalità di predisposizione ed approvazione dello schema di Piano sociale regionale, in particolare:

- al comma 1, dispone che "lo schema del Piano sociale regionale è predisposto dalla Giunta regionale ed è sottoposto al parere della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale di cui all'art. 55, di Roma Capitale, della delegazione del CAL, delle reti associative di secondo livello del terzo settore, dell'Osservatorio permanente sulle famiglie di cui all'art. 10 della

l.r. 32/01 e successive modifiche, delle consulte di settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

- al comma 2, dispone che "la Giunta regionale, effettuate le consultazioni con i soggetti di cui al comma 1, approva, con propria deliberazione, la proposta di piano sociale regionale da sottoporre all'esame del Consiglio regionale.

### **LA DISPOSIZIONE**

Viene recepito lo schema del nuovo Piano sociale regionale, denominato "Prendersi cura, un bene comune", predisposto al termine del percorso partecipativo descritto nelle premesse, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso, e farlo proprio;

Viene avviato il percorso per l'acquisizione del parere da parte di ciascuno dei soggetti richiamati al comma 1, art. 47, della L.R. 11/16.

## **PIANO SOCIALE - PRENDERSI CURA UN BENE COMUNE**

Sommario

Le parole chiave del Piano sociale

Schema del Piano sociale

Introduzione

Contesto normativo

Principi e valori di riferimento

Caratterizzazione del Piano

A. Obiettivi

Obiettivi generali

Obiettivi specifici

Obiettivo 1: superare la soglia della povertà

Obiettivo 2: lavorare insieme

Obiettivo 3: non lasciare nessuno solo

Obiettivo 4: assicurare servizi di qualità in tutti i territori

Obiettivo 5: accedere più facilmente ai servizi sociali

Obiettivo 6: generare autonomia

Obiettivo 7: offrire servizi adeguati ai bisogni delle persone

Obiettivo 8: conoscere di più per fare meglio

B. Stati di bisogno, miglioramento dei servizi e azioni prioritarie

Stati di bisogno

Miglioramento dei servizi e degli interventi

Aree prioritarie di intervento

Transizioni tra i servizi

Cittadini e cittadine in crescita

Giovani risorse

Accoglienza e integrazione dei nuovi cittadini e delle nuove cittadine

Violenza di genere

C. Livelli essenziali delle prestazioni

Uno sguardo generale

Segretariato sociale e Punto Unico di Accesso

Indicatori e standard del servizio

Servizio sociale professionale

Indicatori e standard del servizio

Emergenza e pronto intervento sociale

Indicatori e standard del servizio

Domiciliarità

Indicatori e standard del servizio

Residenzialità

Indicatori e standard del servizio

Semiresidenzialità

Indicatori e standard del servizio

D. Parametri per la valutazione delle condizioni di accesso prioritario

E. Modalità di verifica dei risultati

Il sistema di monitoraggio regionale: indicatori analitici locali

Organizzazione territoriale per gli adempimenti valutativi

F. Modalità di erogazione delle prestazioni e condizioni di esigibilità

G. Modalità di raccordo fra programmazione regionale e locale

Il ciclo programmatico

Il Piano di Zona

La programmazione di area vasta  
 Strumenti di raccordo programmatico  
 H. Entità e modalità di finanziamento del sistema integrato  
 Fondo Sociale Regionale  
 Risorse  
 Parametri per la determinazione del sistema tariffario e della compartecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni  
 I. Innovazione  
 Co-progettazione  
 Co-housing  
 Valutazione di impatto sociale di processi, servizi e attività  
 Mutualità territoriale per la resilienza sociale  
 L. Fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali  
 M. Coordinamento e integrazione dei servizi  
 Definizione del modello di governance delle politiche sociali regionali  
 Linee guida per l'integrazione sociosanitaria  
 Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario  
 Definizione degli ambiti territoriali, quali ambiti ottimali per la programmazione ed erogazione degli interventi sociali e sanitari  
 Linee guida ai territori per la programmazione integrata e la ricomposizione delle fonti di finanziamento nel budget di distretto  
 Creazione di luoghi unici di accoglienza e presa in carico (Segretariato sociale, PUA - Punto Unico di Accesso e Casa della Salute)  
 Valutazione multidimensionale integrata  
 Progettazione personale e budget di salute  
 Il progetto personale  
 Sistema informativo e Cartella sociosanitaria  
 Raccordo con le politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, abitative, ambientali, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero .  
 N. Formazione e aggiornamento degli operatori sociali<sup>9</sup>  
 O. Osservatorio sociale regionale e Sistema informativo  
 La fruizione delle informazioni e dei processi conoscitivi nelle comunità territoriali  
 Verso la multiutility  
 O.1 Disegno e realizzazione del Sistema informativo dei servizi sociali, a partire dai risultati e dalle criticità delle esperienze pregresse (LR 11/2016, art. 49). 113  
 Sistema informativo integrato. Supporto decisionale, Cartella sociosanitaria e open data.  
 O.2 Azioni e risorse da attivare nel triennio per l'attivazione e il funzionamento dell'Osservatorio regionale e del Sistema informativo  
 P. Programmazione partecipata e coinvolgimento dei fruitori dei servizi  
 Attuazione del Piano  
 Misure e azioni per l'attuazione del nuovo Piano sociale  
 Cronogramma delle azioni per l'attuazione del Piano sociale regionale

Allegato – Profilo sociale del Lazio  
 La popolazione residente  
 La crescita demografica e le dinamiche naturali  
 Natalità e mortalità  
 I saldi naturali e migratori  
 Struttura per età della popolazione e indicatori demografici  
 Stato civile  
 La popolazione straniera residente.

La crescita demografica e le dinamiche naturali  
 Natalità e mortalità  
 I saldi naturali e migratori  
 Struttura per età della popolazione straniera e indicatori demografici  
 Permessi di soggiorno  
 Le famiglie  
 Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze  
 La spesa media mensile familiare  
 Povertà relativa  
 Il giudizio e la percezione delle famiglie  
 Condizioni abitative  
 Persone con limitazioni funzionali (ex-Disabilità)  
 Vulnerabilità sociale e materiale  
 Livello di istruzione e abbandoni scolastici  
 Cause di morte  
 Persone senza dimora

**NB**

**In sede di illustrazione del documento, si è proceduto ad una reimpaginazione, in considerazione della difficoltà ad una riproduzione (ut sic!)**

**Le tabelle sono state omesse e quindi per la loro lettura si fa rinvio al testo integrale.**

### **Le parole chiave del Piano sociale**

Il Piano sociale triennale della Regione Lazio ha come principio guida quello della **centralità della persona nella comunità**; intorno ad essa devono ruotare politiche, progettualità, servizi e strutture specifiche. In particolare, sono individuabili cinque parole chiave che lo contraddistinguono:

- l'impostazione centrata sui **livelli essenziali delle prestazioni** (al momento non esigibili, ma definiti come obiettivi di servizio), in luogo dell'approccio, ormai obsoleto per quanto radicato, centrato sulle categorie;
- la logica dell'**integrazione**, che va perseguita a diversi livelli: integrazione delle politiche e degli attori (istituzionali e non), dei programmi e dei processi, dei servizi e degli interventi, delle risorse umane, strumentali e finanziarie;
- l'approccio di **prossimità alla persona**, che privilegia interventi domiciliari, centrati su: la permanenza nel proprio contesto di vita, il sostegno all'abitare, l'inclusione nella comunità di appartenenza, la predisposizione di soluzioni abitative che riproducano le condizioni di vita familiari;
- l'**innovazione** nei processi partecipativi, nello sviluppo di comunità responsabili e mutualistiche, nel coinvolgimento nella co-progettazione delle organizzazioni di terzo settore e nella valutazione di impatto delle attività, dei progetti e delle politiche;
- un approccio basato **conoscenza** approfondita dei cambiamenti sociali, dell'offerta di strutture e servizi, delle vulnerabilità e delle prese in carico per la programmazione di interventi personalizzati. Sulla base di una consapevole scelta metodologica, l'indice del Piano segue in modo organico la previsione dei contenuti di cui all'articolo 46 della legge 11/2016. Inoltre è orientato alla **costruzione di processi di programmazione** più efficaci e qualitativi nelle politiche sociali regionali nel loro complesso, piuttosto che essere organizzato per voci di "bisogno" o di "target", al fine di evitare il rischio di politiche programmatiche cosiddette a "canne d'organo".

### **Schema del Piano sociale**

**Una Regione che si prende cura e protegge**

**Introduzione**

**Contesto normativo**

La programmazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari nel Lazio si inserisce nel contesto normativo che regola il settore a livello regionale e nazionale, tenendo conto del quadro programmatico europeo ed internazionale (Strategia Europa 2020 e programma “Millennium Development Goals”).

A livello regionale esso è diretta espressione delle disposizioni contenute nella legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 (Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio). Si completa, inoltre, con il Piano Operativo Regionale FSE 2014-2020 e con i programmi di intervento per lo sviluppo e l’inclusione sociale emanati recentemente dalla Giunta regionale.

Nella redazione del Piano sociale si fa riferimento alla programmazione dei servizi sanitari, in un’ottica di progressiva integrazione sociosanitaria, di cui è evidente segno anche la recente unificazione delle Direzioni regionali relative alla Sanità e al Sociale. Il Piano si collega, inoltre, alle diverse programmazioni in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale, sportiva e abitativa.

A livello nazionale, oltre a tener conto delle norme che stanno innovando l’assetto della governance istituzionale (ad esempio in merito alle Province e alle Città Metropolitane), il Piano si inquadra nel contesto della legge 328/2000 e delle successive leggi sul welfare, alcune delle quali approvate recentemente e ancora in fase di regolamentazione e implementazione (es. legge 141/2015 sull’agricoltura sociale; legge delega 106/2016 di riforma del terzo settore e del servizio civile universale, legge 112/2016 sul cosiddetto “Dopo di noi”).

Il Piano regionale è stato redatto in coerenza con gli obiettivi del Programma Operativo Nazionale Inclusione e dei Piani nazionali di intervento per specifici gruppi target (es. Piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, Piano disabilità). Nella predisposizione del Piano si è tenuto conto anche di quanto previsto nel disegno di legge 2494, attualmente in discussione in Parlamento, che prevede non solo l’istituzione di una misura nazionale di contrasto della povertà e dell’esclusione sociale, denominata “Reddito di inclusione”, ma anche il rafforzamento del coordinamento degli interventi in materia di servizi sociali, al fine di garantire in tutto il territorio nazionale i livelli essenziali delle prestazioni, come previsto dal dettato costituzionale.

### **Principi e valori di riferimento**

Il Piano sociale fa propri i valori indicati nella legge regionale 11/2016 (in particolare negli artt. 1, 2, 5, 7 e 68), con riferimento ai principi contenuti nella Costituzione italiana e nella Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea, oltre agli impegni contenuti nelle diverse Convenzioni sottoscritte dallo Stato italiano (es. Convenzioni ONU sui diritti del fanciullo, Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, Convenzione di Istanbul, ecc.).

Il Piano punta a garantire a tutti un facile accesso a prestazioni sociali e sociosanitarie di qualità, mediante una solida infrastrutturazione sociale, che superi gli elementi di criticità evidenziati dall’attuale sistema regionale. Esso propone un modello di welfare comunitario, fondato sul principio di sussidiarietà, in cui il prendersi cura è un bene comune, condiviso da tutte le componenti sociali, chiamate ad assumere impegni e iniziative per l’interesse generale della collettività. Il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali disegnato dal Piano è espressione di un “welfare plurale”, centrato sulla collaborazione sinergica tra soggetti diversi, in cui – mentre si riconosce, valorizza e sostiene l’apporto sostanziale della famiglia, della società civile dei corpi intermedi e del

terzo settore – risalta anche il ruolo fondamentale delle istituzioni nel garantire i diritti di tutti, in modo equo, assicurando prestazioni qualificate, efficaci e appropriate anche nel rispetto di un “lavoro buono”.

Il Piano si sviluppa a partire da una visione che assume come centrale il benessere della persona, sia come singolo individuo sia nelle formazioni in cui si aggrega, in particolare la famiglia e le comunità locali. Questa ottica impone un forte impegno da parte di tutti gli attori sociali per superare la separatezza che in molti casi caratterizza ancora il sistema dei servizi, con linee di

intervento “a canne d’organo”, che generano inefficienze e ostacolano i percorsi di accesso alle prestazioni. Il Piano si caratterizza perciò per una chiara e decisa volontà di integrazione socio-sanitaria, su tutti i livelli (istituzionale, programmatico, operativo, professionale ed economico-finanziario), al fine di rispondere in modo organico alle situazioni multiproblematiche.

La programmazione regionale intende rafforzare inoltre la connessione dei servizi socioassistenziali con la formazione, il lavoro e in generale con il mondo produttivo, in un’ottica di welfare generativo e di empowerment personale e comunitario, in grado di prevenire e contrastare i rischi dell’intrappolamento nella povertà e nei circuiti assistenzialistici. In questo contesto si valorizzano le potenzialità espresse dalla cooperazione sociale e dal welfare aziendale.

### **Caratterizzazione del Piano**

Il Piano si articola secondo lo schema proposto dal comma 2 dell’art. 46 della legge 11/2016. Si propone come uno strumento “asciutto”, concreto e operativo. Gli obiettivi da raggiungere e le azioni da realizzare sono quelli realisticamente ipotizzabili con le risorse disponibili, entro un triennio. Non un “libro dei sogni”, quindi, né un semplice e generico elenco di buone intenzioni.

In tutti i casi pertinenti, vengono segnalati indicatori di processo e di risultato osservabili e misurabili, in modo da consentire la verifica dello stato di attuazione del Piano e del grado di raggiungimento degli obiettivi.

In relazione alle diverse tematiche, il Piano individua azioni di tipo regolamentare, amministrativo, programmatico e operativo, che impegnano la Regione, gli enti locali, altre istituzioni e le organizzazioni del terzo settore.

Il Piano rimanda in taluni casi a misure che saranno adottate dalla Giunta regionale. Il seguente elenco illustra le deliberazioni che saranno predisposte e approvate dalla Giunta nel periodo di attuazione del Piano, in coerenza con il dettato della legge 11/2016:

1. definizione di criteri e modalità per l’erogazione di contributi di assistenza economica e di assegni di cura per persone con disagio economico (art. 25);
2. determinazione dei requisiti e delle modalità per il funzionamento del servizio di assistenza domiciliare e dei programmi di aiuto alla persona (art. 26);
3. individuazione di tipologie di strutture residenziali multiutenza e/o polifunzionali, anche a carattere sperimentale (art. 31);
4. definizione di criteri e modalità per l’accreditamento delle strutture e dei servizi socioassistenziali (art. 32);
5. individuazione dei Distretti socio-sanitari, in coerenza con l’articolazione dei Distretti sanitari (art. 43);
6. elaborazione di linee guida per l’organizzazione e il funzionamento dell’Ufficio di Piano; individuazione dei requisiti per la nomina del coordinatore dell’Ufficio di Piano; definizione delle modalità di partecipazione della ASL all’Ufficio di Piano (art. 45);
7. regolamentazione del sistema informativo: tipologia dei dati da acquisire, modalità per la raccolta e l’elaborazione dei dati, risorse da impegnare per la realizzazione delle attività, modalità per la fornitura delle informazioni sui servizi agli utenti (art. 49);
8. elaborazione di linee guida in merito all’organizzazione, alla dotazione organica e alle modalità di finanziamento del Punto Unico di Accesso - PUA (art. 52);
9. approvazione di linee guida per la definizione della metodologia di integrazione socio-sanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da budget di salute (art. 53);
10. deliberazione in merito alla costituzione e al funzionamento della Conferenza per la programmazione socio-sanitaria regionale; determinazione della costituzione e del funzionamento del gruppo di lavoro per il supporto tecnico alla Conferenza (art. 55);
11. individuazione di modalità e criteri per la valutazione della qualità degli interventi e dei servizi sociali e socio-sanitari (art. 61);

12. disciplina dell'organizzazione e del funzionamento dell'Ufficio di tutela e garanzia dei diritti degli utenti (art. 62);

13. definizione della composizione e del funzionamento dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali (art. 63).

In via transitoria, fino all'approvazione del Piano sociale da parte del Consiglio regionale, la Giunta adotterà con proprio atto le seguenti misure, così come previsto dall'art. 71 della LR 11/2016:

- determinazione dei criteri di riparto delle risorse finanziarie tra i Distretti;
- definizione di linee guida per i Piani di Zona e l'utilizzo delle relative risorse;
- definizione della quota di risorse da riservare per progetti di interesse regionale.

Completa il presente Schema di Piano l'allegato:

- Profilo sociale del Lazio

## **A. Obiettivi**

### **Obiettivi generali**

Il Piano assume gli obiettivi di benessere elencati nell'art. 4 della legge 11/2016, in coerenza con gli obiettivi nazionali ed europei, per fare del Lazio una "regione che si prende cura e protegge", al fine di:

- rimuovere gli ostacoli relazionali, sociali ed economici che limitano la libertà e l'uguaglianza dei cittadini e delle cittadine e il pieno sviluppo della persona;
- contrastare la solitudine, la povertà, l'esclusione sociale e la disuguaglianza di genere;
- ampliare le protezioni fornite dal sistema dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari per renderlo più adeguato rispetto ai bisogni emergenti e più equo e omogeneo nell'accesso alle prestazioni.

### **Obiettivi specifici**

Il Piano si propone in particolare di raggiungere nel prossimo triennio otto specifici "obiettivi di servizio" per razionalizzare, consolidare e migliorare il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari in tutto il territorio regionale, in favore delle persone, delle famiglie e dei gruppi a maggior rischio di esclusione sociale.

In questa sezione introduttiva gli obiettivi del Piano sono enunciati in modo necessariamente sintetico. Essi sono sviluppati e dettagliati nei capitoli seguenti, in cui vengono evidenziate in modo puntuale le azioni che saranno messe in campo per il loro raggiungimento e sono esplicitati gli indicatori di processo e di risultato utilizzati per il monitoraggio dello stato di avanzamento e per la valutazione del Piano.

#### **Obiettivo 1: superare la soglia della povertà**

Prevenire i rischi di impoverimento e ridurre le conseguenze e la cronicizzazione della povertà, con particolare riferimento alle povertà estreme, alle famiglie con figli di minore età e alle persone con disabilità che necessitano di sostegni intensivi, mediante misure di sostegno al reddito integrate con interventi personalizzati di accompagnamento ed empowerment. Introdurre il reddito di dignità.

#### **Obiettivo 2: lavorare insieme**

Aumentare la coesione delle comunità locali, migliorando il clima di fiducia, la collaborazione e il lavoro in rete tra i soggetti che hanno responsabilità socio-assistenziali, compresi i destinatari degli interventi e le loro famiglie, anche attraverso le reti di solidarietà del privato sociale. Promuovere un welfare comunitario caratterizzato da azioni di prevenzione, affermazione dei diritti, progettazione partecipata e sviluppo locale.

#### **Obiettivo 3: non lasciare nessuno solo**

Ridurre l'isolamento e la solitudine delle persone a maggior rischio di esclusione sociale, con particolare riferimento alle persone anziane e con disabilità che necessitano di sostegni intensivi,

mediante il potenziamento dei servizi e degli interventi di prossimità e il sostegno alle famiglie, ai caregiver e alle reti di solidarietà locali.

**Obiettivo 4: assicurare servizi di qualità in tutti i territori**

Diminuire le incertezze in merito al diritto alle prestazioni sociali e socio-sanitarie, attraverso lo sviluppo e la regolamentazione di un sistema di welfare locale caratterizzato da una solida infrastrutturazione e da una distribuzione razionale ed equa dei servizi e degli interventi essenziali, in modo omogeneo in tutto il territorio laziale, nel rispetto delle peculiarità locali, con personale adeguato e qualificato.

**Obiettivo 5: accedere più facilmente ai servizi sociali**

Agevolare i percorsi di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari per tutta la popolazione, soprattutto per le persone più esposte al rischio di emarginazione sociale, eliminando o riducendo gli ostacoli e le barriere di tipo informativo, culturale e fisico, anche attraverso l'integrazione dei sistemi di welfare e punti unici di ingresso e passaggio tra i diversi servizi.

**Obiettivo 6: generare autonomia**

Aumentare l'appropriatezza, la qualità e l'efficacia degli interventi, in una logica di welfare generativo, che tiene conto non solo dei bisogni, ma anche delle risorse (attuali e potenziali) dei beneficiari, mediante l'adozione di misure che favoriscono l'autonomia personale, evitando ogni forma di dipendenza assistenzialistica.

**Obiettivo 7: offrire servizi adeguati ai bisogni delle persone**

Migliorare l'efficienza del sistema, mediante l'adozione di un rigoroso metodo di programmazione e valutazione, con una gestione dei servizi coerente con i bisogni locali e le caratteristiche istituzionali e socio-demografiche che caratterizzano i diversi territori della Regione, nel rispetto del CCNL.

**Obiettivo 8: conoscere di più per fare meglio**

Incrementare la disponibilità e l'utilizzo di informazioni tempestive e di dati affidabili che consentano una buona programmazione e gestione del sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari, fondate su una migliore conoscenza degli stati di bisogno della popolazione e delle caratteristiche quantitative e qualitative delle risorse e dell'offerta di servizi nei differenti territori.

**B. Stati di bisogno, miglioramento dei servizi e azioni prioritarie**

**Stati di bisogno**

I cambiamenti sociali avvenuti nella Regione Lazio, così come nell'intero territorio nazionale, negli ultimi 15 anni sono stati molti.

Il profilo sociale (Allegato A, parte integrante del Piano regionale) descrive nel dettaglio i principali cambiamenti socio-demografici, con particolare attenzione alle condizioni delle persone e delle famiglie, individuando, attraverso l'indice composito di vulnerabilità sociale, una chiave di lettura dei differenti stati di bisogno avvertiti nei Comuni e nei Distretti socio-sanitari del territorio regionale.

Tale indice è stato utilizzato, insieme all'offerta complessiva dei servizi territoriali, come base per poter sviluppare gli obiettivi e le azioni da perseguire e implementare nel triennio di vigenza del Piano sociale regionale.

**NB**

**IL TESTO DEL DOCUMENTO E' INTEGRATO DA TASSELLI IN CUI SONO EVIDENZIATI SPECIFICI INTERVENTI, CHE IN SEDE DI REIMPAGINAZIONE SI SONO DI VOLTA IN VOLTA BORDATI**

<b>Gli interventi per la vita indipendente</b>
Il rafforzamento dell'autonomia personale e la realizzazione della vita indipendente devono essere perseguite attraverso la costruzione di un sistema che metta al centro la persona e ne valorizzi e rafforzi le risorse, contrasti l'esclusione e ne favorisca la permanenza nel proprio contesto di vita, evitando situazioni di isolamento ed emarginazione.
Principio ispiratore del Piano sociale della Regione Lazio è l'idea che l'intervento sociale e sociosanitario sia pensato e progettato, in prima battuta e secondo le preferenze della persona, in forma domiciliare, e che l'assistenza residenziale debba essere limitata allo stretto necessario e scelta in alternativa al mantenimento dell'abituale dimora solo qualora siano stati attivati tutti i supporti e i sostegni possibili, in un'ottica comunque riabilitativa.
In questo senso Il Piano prevede:
<input type="checkbox"/> il rafforzamento dell'assistenza domiciliare;
<input type="checkbox"/> l'attivazione dei servizi previsti nella legge sul dopo di noi;
<input type="checkbox"/> il sostegno ai caregiver;
<input type="checkbox"/> la facilitazione dell'accesso, in particolare per le persone disabili, ai servizi residenziali e semiresidenziali riabilitativi;
<input type="checkbox"/> l'attivazione di servizi per la fruizione delle prestazioni sanitarie da parte di persone con disabilità complessa e non collaboranti.

### **Miglioramento dei servizi e degli interventi**

Oltre ad assicurare i livelli essenziali delle prestazioni, secondo quanto specificato nel capitolo successivo, in coerenza con le indicazioni della LR 11/2016, la Regione emanerà specifici provvedimenti finalizzati a:

- rivedere le modalità per l'erogazione delle prestazioni di assistenza economica e degli assegni di cura, assicurando la loro integrazione con le misure e gli interventi di accompagnamento e di inclusione sociale e socio-lavorativa (art. 25);
- fornire linee di indirizzo per l'organizzazione dei servizi ludico-ricreativi e per la vacanza per persone in età evolutiva, anziane e con disabilità (art. 26) e di interventi comunitari, finalizzati alla crescita del senso di appartenenza territoriale e della coesione sociale, alla mediazione dei conflitti, al consolidamento della cultura della legalità e del dialogo sociale (art. 22, comma 3);
- attivare percorsi per il miglioramento continuo del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari, a partire dalle proposte emerse durante il percorso di ascolto che ha preceduto la redazione dello Schema di Piano.

### **Aree prioritarie di intervento**

#### **Transizioni tra i servizi**

Il passaggio tra i diversi servizi per l'abitare basati sull'età anagrafica degli utenti rappresenta un fattore che accresce il rischio di esclusione e/o di istituzionalizzazione o di discontinuità degli interventi del sistema integrato. Se da un lato è necessario confermare le peculiarità di ciascun servizio riguardo a specifiche ed omogenee necessità (personali, educative, relazionali), l'assenza di flessibilità rappresenta una criticità che è necessario affrontare.

Al fine di qualificare la gestione della transizione dai servizi per l'infanzia ai servizi per gli adulti e dai servizi per gli adulti a quelli per gli anziani sarà avviato, con particolare riferimento ai servizi per l'abitare, un processo sperimentale di accompagnamento che:

- assuma a riferimento il progetto personale di ciascuna persona interessata, redatto su preliminare valutazione multidimensionale;
- valorizzi la consapevolezza e l'autodeterminazione delle persone verso il vivere da adulti o da anziani;
- favorisca l'adozione di sostegni e servizi che consentano la maggiore autonomia e libertà di scelta possibili;
- consenta, anche in presenza di necessità di supporto intensivo, soluzioni abitative e servizi che ripropongano le dinamiche e le dimensioni familiari, contrastando situazioni sanitarie o segreganti;
- estenda, nel rispetto del principio della continuità delle relazioni e degli affetti, anche in modalità transitoria, la fattispecie delle comunità familiari ad accoglienza mista ai casi in cui le persone adulte con disabilità siano già state ospiti in età minorile;
- preveda la possibilità di passaggio graduale e accompagnato fra tipologie di strutture, onde rendere meno traumatica possibile tale transizione, con fasi di monitoraggio di eventuali difficoltà o comportamenti problematici, e la conseguente ridefinizione del progetto personale;
- colga l'occasione del passaggio dei minorenni alla maggiore età per rivalutare, assieme all'interessato o a chi lo rappresenta, opzioni di vita autonoma, anche in forma di co-housing (cfr. legge 112/2016).

<b>Il potenziamento dei servizi per gli anziani</b>
<b>L'ottica generale del Piano, come detto, è quella di mantenere il più possibile le persone nel proprio contesto di vita, favorendo il mantenimento, in particolare, dell'ambito sociale e di quello affettivo.</b>
<b>In questo senso, grazie all'utilizzo del Fondo Sociale Europeo, saranno potenziati i servizi dedicati alle persone anziane, con particolare attenzione a quelli di semiresidenzialità, quali centri diurni anziani fragili e centri Alzheimer, all'assistenza domiciliare, che sarà ampliata con l'estensione progressiva degli orari e della loro flessibilità quotidiana, e al sostegno per le famiglie ed i singoli che si avvalgono del supporto di assistenti familiari (badanti). Saranno inoltre disciplinate le modalità di riconoscimento e supporto dei caregiver familiari.</b>
<b>Nell'ottica di garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, particolare importanza rivestirà l'integrazione tra prestazioni ospedaliere, di medicina generale, specialistica ambulatoriale e l'assistenza domiciliare e sociale territoriale, al fine di contrastare il ricorso a ricoveri impropri, anche con forme di ospedalizzazione a domicilio, e di prevenire l'istituzionalizzazione, assicurando alla persona la permanenza nella propria abitazione.</b>
<b>I centri diurni, in particolare, sempre di più saranno strutture di tipo aperto in grado di fornire prestazioni di socializzazione, di aggregazione, di preservazione della vita sociale, collegati con gli altri servizi e strutture presenti sul territorio, in grado anche di fornire interventi di supporto all'assistenza domiciliare.</b>

### **Cittadini e cittadine in crescita**

Il Piano prevede un forte investimento sui servizi e gli interventi finalizzati ad assicurare le migliori opportunità e i diritti delle persone di minore età.

Recuperando lo spirito e le indicazioni operative della legge 285/97, in coerenza con quanto previsto nel IV Piano Nazionale d'azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, sarà predisposto un *Piano regionale per l'infanzia e l'adolescenza*, da definire in stretta collaborazione con le istituzioni scolastiche, la magistratura e la giustizia

minorile, il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza, i servizi sociali e sociosanitari territoriali, le associazioni, i soggetti di advocacy e altre realtà attive in questo settore.

Sarà dato un forte impulso al contrasto della povertà educativa (anche favorendo la creazione di sinergie tra i progetti che saranno finanziati nell'ambito dei programmi nazionali già operativi) e sarà consolidato il percorso già avviato nell'area *adozione e affidamento familiare*. In particolare, sarà assicurata la piena funzionalità dei tavoli regionali già istituiti o da istituirsi, al fine di assicurare spazi di confronto periodico tra le realtà attive nel settore, sviluppando politiche organiche, con il coinvolgimento dei servizi territoriali, delle autorità giudiziarie minorili, delle associazioni del settore e dei genitori adottivi e affidatari.

In questo ambito:

- saranno realizzati specifici percorsi formativi per gli operatori pubblici e del terzo settore, coinvolgendo famiglie e singole persone interessate e disponibili a questo servizio;
- saranno incentivati su tutto il territorio regionale gli interventi di sostegno ai genitori adottivi, in particolare a quelli che hanno adottato minorenni disabili o di età superiore ai 12 anni;
- sarà sostenuta e diffusa la pratica degli "affidamenti ponte" dei bambini piccolissimi;
- saranno fornite direttive in merito ai sostegni economici e alle coperture assicurative da garantire agli affidatari, con importi stabiliti in relazione alle condizioni dell'affidato.

Sarà inoltre affrontato con tutti gli attori interessati il tema dell'accoglienza dei *minorenni stranieri non accompagnati*, al fine di predisporre un sistema integrato, omogeneo e sostenibile di servizi e interventi appropriati, con nuovi standard strutturali e organizzativi per la prima e la seconda accoglienza, che tengano conto della loro particolare situazione, coerenti con le strategie adottate a livello nazionale e comunitario, nel rispetto delle Convenzioni internazionali. In tal senso, è stata già approvata e pubblicata un'apposita delibera.

<b>Sostenere la genitorialità</b>
<b>Per crescere bene non basta avere due buoni genitori.</b>
<b>È necessario un ambiente di vita che consenta ai genitori di entrare in una relazione di sostegno e di accudimento. L'impegno della Regione Lazio è, in particolare, quello di garantire l'appropriatezza degli allontanamenti familiari, e a tal fine si intende sostenere la famiglia in una logica multidimensionale in cui il focus rimane il mondo dei bambini, dei loro affetti, e le reti sociali in cui vivono.</b>
<b>I centri famiglia e l'implementazione su tutto il territorio di programmi nazionali come P.I.P.P.I (Programma di Intervento Per Prevenire l'Istituzionalizzazione), promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con il sostegno dell'affido familiare anche in forme e modalità innovative sono strumenti messi in campo insieme a progetti formativi di sostegno ai servizi territoriali. Le adozioni nazionali e internazionali sono molto cambiate per numero di coppie disponibili all'adozione e tipologia di bambini adottabili. Soprattutto la presenza di bambini con bisogni speciali rende indispensabile riorganizzare il servizio dei Gruppi Integrati Lavoro Adozioni e il ruolo degli enti autorizzati, aumentando la possibilità per le famiglie di trovare professionalità specifiche e sostenere particolarmente il nucleo nel periodo del post adozione.</b>
<b>Si considera strategico un centro regionale per le adozioni che possa svolgere un ruolo di coordinamento e di supporto metodologico e di supervisione agli operatori e di sviluppo e analisi della banca dati regionale - ADOTTAMI. Rimane indispensabile la presenza dell'ente autorizzato pubblico per garantire a tutti i cittadini e le cittadine laziali un servizio di informazione e assistenza all'adozione.</b>

Saranno infine adottate misure per rendere esplicita la peculiarità della condizione dei *nuclei mamma-bambino* in situazioni di rischio di esclusione sociale. Al riguardo, sarà aperto un tavolo di

consultazione con le organizzazioni di riferimento, valorizzando le esperienze più innovative ed efficaci, compreso l'istituto dell'affidamento del nucleo familiare presso l'abitazione di famiglie affidatarie (o appartamenti autonomi in prossimità di queste).

In questo ambito si lavorerà sia sulla prevenzione dei rischi, sia sui percorsi per l'autonomia, attraverso interventi di conciliazione tra lavoro ed esigenze di cura, nuove soluzioni abitative, servizi di "sostegno leggero" e reti solidali, che possano agire in funzione preventiva o integrativa dell'accoglienza residenziale. Sarà incentivato lo scambio di metodi e strumenti per la progettazione personale che integrino le dimensioni e le aspettative della donna con la condizione e la crescita del bambino. Saranno inoltre riviste le attuali regole sul sistema di accreditamento delle strutture, prevedendo sostegni finanziari coerenti con i costi dei servizi per l'intero nucleo. Nello stesso tempo saranno promossi e organizzati specifici percorsi di aggiornamento e formazione per la crescita di

una comunità di pratiche motivata e competente.

### **Giovani risorse**

Il Piano sociale intende investire sulle giovani generazioni. In questo contesto, il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali affianca ed integra le azioni realizzate nel quadro delle politiche giovanili.

La Regione sosterrà la realizzazione di Piani Locali Giovani<sup>1</sup>, che rappresentano il processo di concertazione tra più enti, al fine di individuare obiettivi comuni per l'attuazione di politiche orientate allo sviluppo locale e all'aumento della partecipazione dei giovani ai processi decisionali, integrando servizi e iniziative nell'ambito della creatività, dell'innovazione, della formazione, del lavoro, dell'abitare, del credito, del ricambio generazionale nei luoghi decisionali.

In particolare, il Piano sociale svilupperà una serie di misure, articolate sui seguenti assi:

promozione dell'autonomia, mediante programmi e interventi finalizzati sia a favorire soluzioni a basso costo per l'abitare (anche per gli studenti universitari fuori sede), comprese modalità innovative di co-housing (v. più avanti), sia l'orientamento e l'inclusione lavorativa, utilizzando al meglio gli

strumenti a disposizione, come l'alternanza scuola-lavoro, i programmi "Garanzia Giovani" o "Torno subito", tirocini, borse-lavoro, ecc.;

<sup>1</sup> Rete ITER, I Piani Locali Giovani. Investimento, capitale umano, democrazia. La forma delle nuove politiche giovanili, ANCI - Dipartimento Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma 2009

sostegno ai percorsi di partecipazione alla vita civica e all'assunzione di responsabilità solidaristiche civiche, compreso lo sviluppo e la valorizzazione delle esperienze del Servizio civile nazionale;

sviluppo di percorsi per l'accompagnamento all'autonomia dei neomaggiorenni in uscita da servizi e strutture di tutela e protezione sociale;

attivazione e messa in rete dei programmi e degli interventi finalizzati alla prevenzione e al contrasto della dispersione scolastica e della devianza (dipendenze patologiche, illegalità, comportamenti dannosi alla salute, bullismo).

### **Il Servizio civile**

**Le attività riguardanti il Servizio civile sono cresciute esponenzialmente sotto diversi punti di vista.**

<p><b>Nell'ambito delle attività di promozione e comunicazione si è rilevato un notevole incremento della qualità e della quantità di informazioni sul Servizio civile a partire dalla valorizzazione delle esperienze e delle storie di vita dei giovani, dalla conoscenza dei progetti e del loro impatto sul territorio e da un'azione di trasparenza che coinvolge tutti gli attori e i protagonisti del settore. È fondamentale il ruolo svolto sul territorio dai giovani in Servizio civile per diffondere una cultura della solidarietà, dei diritti, dei doveri e delle responsabilità e, più in generale, della cittadinanza attiva. La promozione dei valori del Servizio e la valorizzazione dell'esperienza maturata dai giovani contribuisce a creare una leadership giovanile capace di affrontare la sfida della costruzione di un nuovo welfare di comunità.</b></p>
<p><b>Nell'ambito delle attività di formazione, al fine di garantire la formazione e l'aggiornamento delle figure chiave degli enti di Servizio civile (operatore locale di progetto, formatore, responsabile del Servizio civile, progettista), si è cercato di realizzare una proposta formativa uniforme e di qualità attraverso la valorizzazione dell'esperienza e del ruolo svolto fino ad oggi dai formatori accreditati al livello regionale. Altro obiettivo è stato quello di creare una community di formatori della Regione Lazio, così da promuovere la collaborazione tra i formatori dei diversi enti e garantire percorsi formativi omogenei e di qualità per i volontari.</b></p>
<p><b>Nell'ambito delle attività di monitoraggio il fine è verificare i processi di gestione dei progetti e le modalità attraverso cui questi perseguono obiettivi e risultati e, soprattutto, favoriscono la crescita culturale, sociale, civica e professionale dei giovani in servizio. Per garantire il raggiungimento di questi obiettivi è stata implementata una "survey online" che segue periodicamente l'andamento dei progetti. Si è scelto, inoltre, di analizzare l'impatto sociale dei progetti, verificandone la sostenibilità e l'efficacia per il percorso formativo e professionale dei giovani. Coerentemente alle linee guida nazionali, la Regione Lazio sostiene l'implementazione della certificazione delle competenze dei volontari per garantire il riconoscimento delle attività e delle competenze acquisite.</b></p>
<p><b>Attualmente, oltre al bando ordinario 2017 e al bando straordinario a favore delle aree e delle popolazioni colpite dal terremoto, è prevista l'apertura di uno sportello in cui la Regione ha un ruolo di indirizzo e di coordinamento per favorire la progettazione, la co-progettazione e l'aggregazione tra gli enti. Quest'esigenza nasce alla luce della nuova normativa che ha istituito il Servizio Civile Universale e per garantire una maggiore integrazione dei progetti di Servizio civile con i programmi regionali, distrettuali e comunali nell'ambito delle politiche sociali.</b></p>
<p><b>Infine, si è rilevato un grande incremento nel numero degli enti accreditati all'albo regionale del Servizio civile: nel 2016 pari quasi al 30% (attualmente 321 enti accreditati).</b></p>

### **Accoglienza e integrazione dei nuovi cittadini e delle nuove cittadine**

La Regione Lazio, con la legge regionale n. 10 del 14 luglio 2008 (Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati), ha definito il sistema di governo territoriale per l'accoglienza e l'integrazione sociale dei migranti e determinato le finalità generali verso le quali orientare le proprie politiche. La stessa legge, nel prendere atto del mutato contesto nel quale la migrazione si realizza, nonché della stratificazione della popolazione straniera sul territorio, ha individuato dispositivi di programmazione, regolazione e attuazione degli interventi in favore degli immigrati, che prevedono la valorizzazione di pratiche interistituzionali e di sussidiarietà, in un approccio globale ed integrato al tema.

A favore di richiedenti asilo e titolari di protezione, in particolare, ha previsto il concorso regionale alla tutela del diritto di asilo e il sostegno agli Enti locali e agli altri soggetti, pubblici e privati, che prestano servizi finalizzati all'accoglienza e all'integrazione.

In questo ambito, il Piano sociale prevede:

□ un monitoraggio continuo e specifico dei flussi migratori per una migliore e tempestiva conoscenza del fenomeno, anche finalizzata ad una programmazione omogenea degli interventi;

<b>L'integrazione di Rom, Sinti e Caminanti</b>
<b>La Regione Lazio, in attuazione delle indicazioni contenute all'interno della Strategia Nazionale di inclusione dei Rom, Sinti e Caminanti, con delibera del 17 febbraio 2015 n. 63 ha istituito il tavolo regionale. La legge regionale 10 agosto 2016 n. 11 ha inoltre rafforzato la tutela di queste popolazioni.</b>
<b>È stato costruito un percorso di collaborazione tra privato sociale ed istituzioni regionali realizzato con la costituzione di tavoli tematici in merito alle strategie di intervento da attuare per l'inclusione delle popolazioni Rom, Sinti e Caminanti, atte a superare gli ostacoli attraverso azioni di sistema e di indirizzo. Gli incontri sono stati organizzati per esaminare la situazione esistente, le criticità e le buone pratiche, per elaborare proposte di indirizzo relative alle quattro aree di intervento: casa, istruzione, salute e lavoro.</b>
<b>Nell'ottica di un'implementazione delle azioni volte all'integrazione degli attori istituzionali e del privato sociale, dei processi e dei servizi, il percorso partecipativo è stato fondamentale per comprendere la complessità delle situazioni in cui attualmente vivono queste popolazioni e fondamentale per porre in essere l'elaborazione di linee guida territoriali per migliorare la capacità degli enti di realizzare una piena inclusione sociale.</b>
<b>Gli incontri hanno permesso un confronto tra le diverse competenze ed esperienze e tra gli attori istituzionali e sociali, ed un'analisi tra le specifiche peculiarità dei vari territori tenendo presenti i quattro assi della Strategia.</b>
<b>Il lavoro dei tavoli tematici ha dato luogo all'elaborazione di contributi utili per rafforzare una strategia regionale e che periodicamente potranno fornire indicazioni utili per la programmazione regionale finalizzata alla realizzazione di politiche adeguate per lo sviluppo e l'integrazione sociale delle popolazioni Rom Sinti e Caminanti nonché al superamento delle discriminazioni.</b>

- il potenziamento dell'accoglienza diffusa e misure di sostegno ai Comuni che garantiscono accoglienza ai richiedenti e ai titolari di protezione internazionale;
- una migliore integrazione tra il sistema di accoglienza governativo e quello SPRAR;
- una maggiore fluidità tra le varie fasi del percorso di accoglienza residenziale dei richiedenti e dei titolari di protezione internazionale;
- la promozione di responsabilità condivise, incentivando la collaborazione intra-istituzionale (sociale, sanitario, educativo, della formazione e del lavoro), inter-istituzionale e delle partnership territoriali;
- lo sviluppo di "patti" locali necessari per rispondere in modo globale ai bisogni e alla domanda di empowerment e d'integrazione dei beneficiari di protezione, e più in generale delle persone straniere immigrate;
- una specifica formazione degli operatori pubblici e del privato sociale;
- un forte impulso all'apprendimento linguistico, all'inserimento sociolavorativo e alla partecipazione attiva alla vita economica, sociale e culturale, in particolare delle seconde generazioni;
- la promozione di una cultura aperta alla solidarietà e all'accoglienza, anche mediante azioni di contrasto allo stigma, alle discriminazioni e allo sfruttamento;
- un confronto permanente attraverso il consolidamento e la piena funzionalità del tavolo tematico avviato.

Tra gli interventi rivolti a fasce fragili o vulnerabili della popolazione beneficiaria di protezione, di particolare rilevanza è quello rivolto alle vittime di tratta, anche minorenni, a scopo di sfruttamento

sessuale, di grave sfruttamento lavorativo o di coinvolgimento in attività illegali e nell'accattonaggio.

<b>Le politiche per i rifugiati</b>
<b>La legge regionale del 14 luglio 2008 n. 10 “Disposizioni per la promozione e la tutela dell’esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati” ha definito il sistema di governo territoriale per l’accoglienza e l’integrazione sociale dei migranti e determinato le finalità generali verso le quali orientare le politiche della Regione Lazio.</b>
<b>Il Piano sociale prevede un monitoraggio continuo sui flussi migratori finalizzato ad una programmazione omogenea degli interventi, il sostegno ad incrementare l’accoglienza diffusa e misure di potenziamento dei servizi ai Comuni che la garantiscono.</b>
<b>Il Piano promuove l’attivazione di responsabilità condivise, incentivando la collaborazione intra-istituzionale e lo sviluppo di “patti” locali mirati a rispondere in modo globale ai bisogni, il sostegno alla formazione degli operatori pubblici e del privato sociale, l’apprendimento linguistico ed un confronto permanente attraverso la piena funzionalità del tavolo tematico avviato, nonché la promozione di una cultura aperta alla solidarietà e all’accoglienza, anche mediante azioni dicontrasto allo stigma, alle discriminazioni e allo sfruttamento.</b>
<b>Di particolare rilevanza sono le misure rivolte alle vittime di tratta, anche minorenni, a scopo di sfruttamento sessuale e lavorativo o di coinvolgimento in attività illegali.</b>

### **Violenza di genere**

Le Nazioni Unite definiscono la "violenza di genere" come “ogni atto legato alla differenza di sesso che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale, psicologico o una sofferenza della donna, compresa la minaccia di tali atti, la coercizione o l'arbitraria privazione della libertà sia nella vita pubblica che nella vita privata”<sup>2</sup>. Circa il 20-25% delle donne in Europa ha subito atti di violenza fisica almeno una volta nel corso della propria vita adulta e oltre il 10% ha subito violenza sessuale. Il 45% delle donne ha subito qualche forma di violenza; il 12-15% delle donne in Europa è vittima della violenza domestica che, nell'Unione europea, causa ogni giorno la morte di sette donne<sup>3</sup>.

La Regione Lazio, nel rispetto della Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, adottata ad Istanbul l’11 maggio 2011 e ratificata in Italia il 27 giugno 2013, nel quadro 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, riconosce che ogni forma e grado di violenza contro le donne rappresenta una violazione dei diritti umani fondamentali e ostacola il raggiungimento della parità tra i sessi.

Il principale riferimento normativo del Lazio è costituito dalla legge regionale del 19 marzo 2014, n. 4 “Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna”.

Il tema è ripreso dalla legge regionale 11/2016, che all’art. 15 afferma che “il sistema integrato sostiene la tutela delle persone vittime di violenze sessuali, abusi psicologici, maltrattamenti, sfruttamento e di atti persecutori di cui all’articolo 612 bis del codice penale, anche in ambito familiare o lavorativo, nonché delle donne gestanti o madri in situazione di disagio sociale, attraverso la realizzazione di interventi e servizi di rete in grado di offrire una risposta adeguata e appropriata”. La Regione, in attuazione di quanto previsto dalla legge 4 del 2014, ha istituito una “Cabina di regia” (con compiti di coordinamento degli interventi e formulazione di proposte) e l’Osservatorio regionale

sulle pari opportunità e la violenza alle donne. La legge 4 prevede inoltre l’elaborazione del Piano triennale contro la violenza. Il Piano sociale ed il Piano contro la violenza dovranno reciprocamente

integrarsi, nella considerazione che le politiche di contrasto e prevenzione della violenza di genere non ricadono esclusivamente nell'ambito sociale.

Nel corso del 2016 la Giunta regionale ha adottato diverse misure, tra cui la Deliberazione n. 614 del 18 ottobre 2016, con cui ha approvato specifiche linee guida per l'offerta di servizi uniformi su tutto il territorio regionale, nonché i requisiti minimi strutturali e organizzativi dei centri antiviolenza, delle case rifugio e delle case di semi-autonomia. Il Piano sociale intende sostenere e consolidare il processo avviato con la legge regionale 4/2014, organizzando gli interventi su tre linee programmatiche.

2 Dichiarazione in occasione della Conferenza Mondiale sui diritti umani, tenutasi a Vienna nel 1993.

3 Fonte: Commissione europea, 31 gennaio 2014.

### **Il contrasto e la prevenzione della violenza di genere**

**La Regione Lazio, in attuazione di quanto previsto dalla legge regionale n. 4 del 19 marzo 2014 “Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna”, ha istituito una “Cabina di regia” con compiti di coordinamento degli interventi e formulazione di proposte e l'Osservatorio regionale sulle pari opportunità e la violenza alle donne. La legge prevede inoltre l'elaborazione del Piano triennale contro la violenza, che, integrandosi vicendevolmente con il Piano sociale, strutturerà a 360 gradi le politiche di contrasto e prevenzione.**

**Il tema della violenza di genere è ripreso dall'art. 15 della legge regionale 11/2016.**

**Nel corso del 2016 la Giunta regionale ha inoltre adottato diverse misure, tra cui la Deliberazione n. 614 del 18 ottobre 2016, con la quale ha approvato specifiche linee guida per l'offerta di servizi, uniformi su tutto il territorio regionale, da parte delle strutture preposte al contrasto della violenza di genere, nonché i requisiti minimi strutturali e organizzativi dei Centri antiviolenza, delle Case rifugio e delle Case di semi-autonomia.**

**Il Piano sociale intende sostenere e consolidare il processo avviato, organizzando gli interventi su alcune linee programmatiche volte al rafforzamento della governance, incentivando il lavoro di rete con tutti gli attori, favorendo l'inserimento dei servizi di contrasto alla violenza di genere nella programmazione sociosanitaria locale. Il Piano sociale si propone di promuovere azioni volte all'aumento della qualità degli interventi monitorando l'applicazione delle linee di indirizzo sui requisiti riguardanti i servizi e rafforzando la formazione e l'aggiornamento del personale che opera nei servizi e negli enti pubblici e privati dedicati a questo settore. Infine, intende offrire un sostegno alla prevenzione incentivando i programmi di intervento finalizzati alla promozione di una cultura del rispetto dei diritti e delle differenze di genere, aumentando il sostegno alle reti e promuovendo iniziative di informazione, sensibilizzazione ed educazione.**

### **Infrastrutturazione e governance del sistema**

- aumento e diffusione omogenea di centri, servizi e strutture specializzate su tutto il territorio regionale, tenendo conto dei differenti fabbisogni;
- incentivazione del lavoro in rete con tutti gli attori che intervengono in questo campo, favorendo il pieno inserimento dei servizi di contrasto della violenza di genere nella programmazione sociosanitaria locale in coerenza con la programmazione regionale, così come previsto dalla legge n. 4 del 2014;

- promozione della collaborazione intra e inter istituzionale nei processi di programmazione, realizzazione e valutazione dei servizi, anche attraverso l'azione della "Cabina di regia";
- raccolta e analisi sistematica di dati sui fenomeni collegati con la violenza di genere, con il supporto dell'Osservatorio regionale.

### **Qualità e appropriatezza degli interventi**

- monitoraggio dei processi di attuazione delle linee di indirizzo emanate con DGR n. 614 del 18 ottobre 2016, con cui sono state definite modalità omogenee di funzionamento delle strutture che erogano servizi per donne che hanno subito violenza e i/le loro figli/e, al fine di garantire standard qualificati nella presa in carico delle vittime di violenza in tutto il territorio regionale;
- avvio e realizzazione di un percorso di formazione e aggiornamento del personale che opera nei servizi e nelle strutture pubbliche e private attive in questo settore, in collaborazione con gli Ordini e le associazioni professionali, le Università e i Centri specializzati per la formazione;
- promozione e sostegno ad innovazioni di processo finalizzate all'identificazione e alla presa in carico tempestiva di situazioni a rischio, evitando l'aggravamento di condizioni che potrebbero evolvere negativamente;
- sostegno ad interventi, anche sperimentali, finalizzati alla realizzazione di programmi rivolti al recupero dei responsabili di maltrattamento.

### **Prevenzione**

- incentivazione di programmi di intervento finalizzati alla promozione di una cultura del rispetto dei diritti e delle differenze di genere, contrastando ogni ideologia basata su relazioni di prevaricazione, che legittima la violenza maschile nelle relazioni intime, nell'ambito familiare, lavorativo e sociale;
- sostegno alle organizzazioni e alle reti territoriali che operano nel campo della prevenzione e del contrasto della violenza nei confronti delle donne, anche attraverso forme di auto e mutuo aiuto;
- promozione di iniziative di informazione, sensibilizzazione ed educazione, da attuarsi a livello regionale e locale, anche con il concorso delle istituzioni scolastiche e dei mezzi di comunicazione.

<b>Il reinserimento dei detenuti</b>
<b>L'art.27 della Costituzione Italiana sancisce il principio secondo il quale "le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato". La Regione Lazio, nell'ambito delle proprie competenze, promuove il miglioramento della condizione carceraria con l'obiettivo di:</b>
<b>1. sostenere un sistema attivo di opportunità trattamentali che consentano di garantire alla persona privata della libertà migliori prospettive per il futuro;</b>
<b>2. favorire il ricorso a misure alternative alla detenzione, potenziando il sistema integrato di rete sociale regionale;</b>
<b>3. migliorare la qualità del trattamento intramurario, cofinanziando attività in coordinamento con l'amministrazione penitenziaria.</b>
<b>L'art. 15 dell'Ordinamento Penitenziario, adottato con la legge 354/1975 (norme che regolano l'esecuzione della pena detentiva e quindi della riforma penitenziaria), attribuisce al lavoro un ruolo centrale nel processo rieducativo e di risocializzazione del condannato, rappresentando uno strumento indispensabile ai fini rieducativi e del reinserimento socio-lavorativo. Infatti, a partire dalla L.193/2000 "Norme per favorire l'attività lavorativa dei detenuti", sono introdotti nell'Ordinamento strumenti e azioni per favorire la creazione e la gestione del lavoro di persone in esecuzione penale, dentro e fuori dal carcere. Si evidenzia la comune volontà di collaborazione della Regione Lazio (Direzioni Salute e Politiche Sociali, Lavoro, Formazione)</b>

e del Ministero della Giustizia (Prap, UEPE, Giustizia Minorile), sancita da ultimo, nel maggio 2014, da un protocollo d'intesa tra le due amministrazioni, finalizzato ad attuare azioni a sostegno di programmi di reinserimento di persone in esecuzione di pena. In sintesi, sono previste le seguenti azioni:
- informazione, orientamento, counseling e bilancio di competenze ed abilità, accompagnamento in forma individuale e/o di gruppo per favorire l'accesso alle varie opportunità e costruire percorsi adeguati alle specifiche esigenze;
- formazione per l'acquisizione di competenze di base, trasversali e/o tecnicoprofessionali, anche per il conseguimento di qualifiche professionali;
- tirocini formativi ai sensi della DGR 511/2013 con indennità di partecipazione mensile;
- attività laboratoriali all'interno degli istituti penitenziari con indennità di frequenza;
- attività di sensibilizzazione del contesto economico sociale per il potenziamento delle opportunità occupazionali e dell'incontro domanda-offerta di lavoro
- attività di sostegno della rete familiare ed amicale.

<b>Terzo settore e impresa sociale</b>
Negli ultimi anni si è sempre più affermato quello che viene definito terzo settore, termine che racchiude il variegato mondo associativo e della cooperazione; in particolare, con il riconoscimento di uno status sociale ed economico, avvenuto negli anni '80, di ambito diverso dallo Stato e dell'Industria, si è sempre più consolidato il ruolo di snodo fra cittadinanza organizzata, anche in forma di impresa sociale, ed Istituzioni, soprattutto a livello locale.
Non a caso la nuova legge 6 giugno 2016, n. 106 "Delega al Governo per la riforma del terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale" ribadisce il ruolo centrale e specifico del terzo settore anche in relazione al sistema integrato di interventi e servizi socio assistenziali. L'art. 4 comma 1 lettera o) recita testualmente:
<i>"o) valorizzare il ruolo degli enti nella fase di programmazione, a livello territoriale, relativa anche al sistema integrato di interventi e servizi socio-assistenziali nonché di tutela e valorizzazione del patrimonio culturale, paesaggistico e ambientale e individuare criteri e modalità per l'affidamento agli enti dei servizi d'interesse generale, improntati al rispetto di standard di qualità e impatto sociale del servizio, obiettività, trasparenza e semplificazione e nel rispetto della disciplina europea e nazionale in materia di affidamento dei servizi di interesse generale, nonché criteri e modalità per la verifica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni;"</i>
Si tratta dell'esplicitazione del compito di valorizzazione del ruolo del terzo settore che spetta agli enti pubblici, anche alla luce della ventennale esperienza maturata a seguito dell'approvazione della legge 328/2000, che dedica al rapporto tra sistema di servizi e enti del terzo settore la massima attenzione. L'art. 1 comma 4 recita testualmente:
<i>"4. Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali."</i>

<p>La stessa legge presenta uno specifico articolo sul terzo settore, l'art. Art. 5. (<i>Ruolo del terzo settore</i>) che prevede, tra l'altro, l'atto di indirizzo e coordinamento del Governo. Il suddetto Decreto, D.P.C.M. 30 marzo 2001, introduce, tra le altre cose, sia le modalità di affidamento della gestione dei servizi che quelle per le Istruttorie pubbliche per la co-progettazione con i soggetti del terzo settore.</p>
<p>La nuova legge regionale 10 agosto 2016 n° 11 recepisce, aggiorna e sistematizza le modalità di valorizzazione e di relazione tra gli enti pubblici ed il terzo settore. In particolare al Capo IV "Soggetti del sistema integrato", l'articolo 39 è specificamente dedicato al terzo settore; al comma 1 recita:</p>
<p><i>"1. Nel rispetto del principio di sussidiarietà, la Regione e gli enti locali riconoscono e agevolano il ruolo degli enti del terzo settore e promuovono la partecipazione attiva degli stessi nelle fasi di programmazione, progettazione e realizzazione concertata del sistema integrato". Il Comma 2 è la lista dettagliata di tutti gli enti del terzo settore, a legislazione vigente.</i></p>
<p>Da segnalare l'art. 5 comma 2 che alla lettera f) impegna la Regione ad attivare procedure partecipative dei cittadini e delle organizzazioni sociali ai processi di programmazione e coprogettazione degli interventi e dei servizi, concertazione con le organizzazioni sindacali. Sul percorso di co-progettazione La Regione Lazio ha stilato delle linee guida "Dal partenariato pubblico/privato alla co-progettazione per un nuovo welfare generativo e di comunità" che rappresentano un percorso nuovo di relazione tra i sistemi pubblici e le organizzazioni del terzo settore sulla base responsabilità e ruoli definiti.</p>

<p><b>Salute mentale</b></p>
<p><i>Progetti per l'autonomia, gruppi appartamento, progetti di supporto all'abitare, progetti finalizzati all'inclusione e all'inserimento socio-lavorativo</i></p>
<p>Il lavoro e la vita indipendente sono universalmente considerati obiettivi fondamentali della riabilitazione psichiatrica, nonché aspetti determinanti dell'inclusione sociale. Negli ultimi dieci anni nei Dipartimenti di Salute Mentale del Lazio sono state implementate pratiche innovative nell'area della residenzialità psichiatrica. Tali pratiche sono coerenti con i più recenti indirizzi internazionali (ONU, OMS, Unione Europea) e nazionali (Progetti Obiettivo e, più recentemente, il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2013-2020), che raccomandano la valorizzazione della partecipazione attiva di utenti e familiari nei progetti terapeutici e riabilitativi riguardanti le persone con disturbi mentali gravi.</p>
<p>In alternativa alla residenzialità istituzionale, basata su un continuum di soluzioni residenziali che, come risulta dall'esperienza e dalla letteratura, tendono a rigenerare forme di neoistituzionalizzazione, allontanamento dalle comunità di appartenenza e dipendenza istituzionale a lungo termine, sono state realizzate soluzioni di vita indipendente con adeguato supporto domiciliare e reperibilità sulle 24 ore dei servizi di salute mentale.</p>
<p>I progetti vengono formulati andando incontro fin dall'inizio alle preferenze degli utenti per ciò che riguarda la collocazione, gli arredi, i conviventi, le modalità di assistenza, in sinergia con i diversi stakeholder coinvolti (familiari, amministratori di sostegno, servizi sociali).</p>
<p>Si è constatato ben presto come in tal modo vengano attivate le "parti sane" del paziente (esercizio dell'autodeterminazione, responsabilizzazione), poiché le risposte ai bisogni degli utenti per come essi li esprimono vengono fornite attraverso una rete di collaborazione in cui ciascun attore può attivare le proprie competenze verso una finalità comune, il benessere e la soddisfazione delle persone a cui gli interventi sono diretti. La risposta appropriata ai bisogni reali ha favorito l'interruzione dei circuiti di revolving door, abbattendo i ricoveri. La stabilità residenziale, nel lungo periodo, risulta essere infatti di circa il 95%.</p>

<p><b>L'”architettura istituzionale” che sorregge la continuità dei progetti è necessariamente flessibile e variabile, poiché si tende ad utilizzare il potenziale che ciascuna situazione può offrire (se riconosciuta e valorizzata), anziché applicare un modello standardizzato e impersonale. In alcuni casi, ad esempio, l’utente stesso è titolare del canone di locazione; in altri, temporaneamente, interviene una onlus di cui familiari e utenti sono membri.</b></p>
<p><b>La rete assistenziale è garantita dai servizi di salute mentale, in costante coordinamento con i servizi sociali, i familiari e associazioni di volontariato, e quotidianamente gli utenti sono in contatto con essa.</b></p>
<p><b>La Regione Lazio, consapevole dell’importanza di questo rinnovamento, ha posto tra gli obiettivi dei piani operativi 2016-2018 la regolamentazione degli standard per i progetti per l’autonomia degli utenti (gruppi appartamento, progetti di supporto all’abitare, progetti finalizzati all’inclusione e all’inserimento socio-lavorativo e ha, altresì, costituito con determina n. G139541 del 25 novembre 2016 un apposito gruppo. L’obiettivo è di includere la disabilità derivante da disturbi psichiatrici nel piano sociale regionale alla stregua di quanto stabilito dal piano di azioni nazionale per la salute mentale che richiama tra l’altro la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità delle nazioni unite<sup>2</sup>.</b></p>
<p>1 Istituzione del gruppo di lavoro per la definizione e regolamentazione degli standard per i progetti per l’autonomia degli utenti (sostegno abitativo, gruppi appartamento, progetti di supporto all’abitare, progetti finalizzati all’inclusione e all’inserimento socio-lavorativo).</p>
<p>2 Convention on the Rights of Persons with Disabilities ( in sigla CRPD).</p>

### **C. Livelli essenziali delle prestazioni**

#### **Uno sguardo generale**

La questione dei livelli essenziali delle prestazioni [1] sociali (LEPS) è da anni al centro dell'attenzione dei decisori e degli operatori sociali. In un contesto di progressivo (ancorché incerto) decentramento regionale delle responsabilità nel settore dell'assistenza, la determinazione dei LEPS rimane praticamente l'unica garanzia normativa per un sistema di servizi sociali in grado di assicurare in tutto il territorio nazionale pari opportunità e non discriminazione nell'accesso alle prestazioni sociali.

Riguardo ai Leps, si sono consolidate due interpretazioni di fondo: per alcuni autori i LEPS devono essere intesi (solo) come standard quantitativi e qualitativi obbligatori, quale condizione strutturale per assicurare una omogenea offerta di servizi in tutto il territorio nazionale; per altri invece essi si qualificano più propriamente come "diritti soggettivi", e quindi esigibili nei confronti della Pubblica Amministrazione, per determinate prestazioni sociali, al verificarsi di specifiche situazioni di bisogno.

In realtà le due accezioni sono intimamente connesse. Il loro rapporto si può cogliere facilmente se si considera la determinazione operativa dei LEPS come un atto complesso di tipo processuale, che comprende diversi passaggi:

1. l'indicazione di quali diritti è necessario tutelare ai sensi del dettato costituzionale, nonché dei soggetti titolari di tali diritti [2];
2. la descrizione delle condizioni che richiedono l'erogazione di specifiche prestazioni, finalizzate alla rimozione o riduzione degli ostacoli che impediscono l'esercizio di fondamentali diritti sociali, nonché la precisazione dei soggetti accreditati a certificare lo stato di bisogno che attiva l'obbligo di erogare le prestazioni previste dalla legge;
3. la specificazione quantitativa e qualitativa (livelli) delle prestazioni essenziali da garantire ai soggetti titolari dei diritti, in quanto sostanzialmente relazionate con tali diritti;
4. la determinazione degli standard dei servizi (in termini di risorse umane e strumentali, di organizzazione, di distribuzione territoriale, ecc.) che devono essere assicurati dalla pubblica amministrazione (direttamente o indirettamente) per la fornitura delle prestazioni;

5. la previsione dei costi di tali servizi e delle risorse finanziarie necessarie per il loro funzionamento (con l'eventuale riparto degli oneri tra diversi soggetti, compresi eventualmente i beneficiari stessi);

6. la determinazione delle procedure che possono essere attivate dagli aventi diritto per rendere esigibili tali prestazioni;

7. l'indicazione delle responsabilità dei diversi livelli di governo per l'attuazione dei servizi e delle prestazioni da erogare, compresa la possibilità di intervento sussidiario e sostitutivo.

Come è noto, il tema dei livelli essenziali delle prestazioni sociali ha trovato una sua prima sistemazione normativa nell'articolo 22 della legge quadro 328/2000. Il comma 2 di questo articolo elenca nove interventi definiti come "livello essenziale delle prestazioni sociali", senza però alcuna specificazione quantitativa o qualitativa. L'unica determinazione operativa è quella contenuta nel comma 4 dello stesso articolo, che elenca cinque tipologie di servizi (chiamati qui "prestazioni") che devono essere comunque erogati in ogni ambito territoriale corrispondente al Distretto sanitario [3].

La riforma del Titolo V della Costituzione, a meno di un anno di distanza dall'approvazione della legge 328, sancisce la competenza legislativa esclusiva delle Regioni nel settore dei servizi sociali, affidando però allo Stato in via esclusiva la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117, comma 2, lettera m).

Il concetto dei livelli essenziali ha così acquisito un valore costituzionale, che si configura in relazione all'esercizio dei diritti che, in quanto tali, devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, sulla base del principio di uguaglianza, senza vincoli precostituiti. L'autonomia legislativa delle Regioni nel settore dei servizi sociali trova qui un limite invalicabile, reso evidente anche dal nuovo articolo 120 della Costituzione, che prevede che il Governo nazionale possa sostituirsi agli altri organi istituzionali quando lo richieda "la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali".

Dopo 15 anni dalla riforma del Titolo V della Costituzione, il Parlamento non ha però ancora approvato la legge che determina i LEPS, né ha avviato un processo legislativo in questo senso.

È da osservare però che il disegno di legge 2494, attualmente in discussione al Parlamento, prevede che l'introduzione di una misura nazionale di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale, denominata reddito di inclusione, sia "individuata come livello essenziale delle prestazioni da garantire uniformemente in tutto il territorio nazionale" (art. 1, comma a).

Nelle more della completa attuazione del dettato costituzionale, le Regioni sono comunque chiamate ad esercitare una propria specifica responsabilità in questo campo [4].

La legge regionale del Lazio 11/2016 ha raccolto questa opportunità. Il comma 2 dell'art. 22 elenca le seguenti sette tipologie di servizi, indicate come livelli essenziali:

1. Servizio di Segretariato sociale per favorire l'accesso ai servizi, mediante l'informazione e la consulenza ai cittadini;
2. Servizio sociale professionale;
3. Punto Unico di Accesso, garantito in ogni Distretto sociosanitario;
4. Pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza;
5. Servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e con le prestazioni di cura sociali e sanitarie integrate;
6. Strutture residenziali e centri di accoglienza;
7. Strutture semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali o diurni a carattere comunitario.

In questo capitolo si riprende ciascuna delle tipologie di servizi indicate sopra, specificando per ognuna di esse le modalità con cui la Regione e gli enti locali garantiranno l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali nel prossimo triennio.

Gli obiettivi di servizio di seguito indicati saranno progressivamente validati, entro il prossimo triennio, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, mediante un confronto costruttivo con tutti gli attori sociali interessati, sulla base dei dati che saranno resi disponibili dal Sistema

informativo sociale e dall'Osservatorio regionale delle politiche sociali, con riferimento agli stati di bisogno della popolazione, all'offerta dei servizi presenti sul territorio e alle risorse disponibili per il raggiungimento delle mete che saranno programmate nel successivo Piano sociale.

[1] In letteratura si interpreta il termine "prestazione" non come singola azione, ma come un intervento organico multidimensionale, atto a prevenire, eliminare o ridurre il bisogno sociale e/o le sue conseguenze. Il termine comprende dunque erogazioni monetarie e/o in natura, servizi alla persona e al nucleo familiare, "mix" di erogazioni monetarie e di interventi, ecc.

[2] È necessario distinguere tra diritto "soggettivo" e "individuale". È infatti acquisita (anche se solo recentemente) l'attribuzione del "diritto soggettivo" anche a soggetti collettivi (come ad esempio uno specifico nucleo familiare).

[3] "... le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale (...), comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni: a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari; b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari; c) assistenza domiciliare; d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario".

[4] Cfr. art. 2 comma 2 della legge 328/00: "I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3 [Enti locali, Regioni e Stato], sono tenuti a realizzare il sistema di cui alla presente legge che garantisce i livelli essenziali di prestazioni, ai sensi dell'articolo 22".

### **Segretariato sociale e Punto Unico di Accesso**

Obiettivo del Piano sociale regionale è di assicurare, nell'arco del triennio considerato, a tutti i cittadini e le cittadine della Regione:

- il diritto all'accesso alla rete dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari;
- il diritto all'informazione e alla presa in carico;
- il diritto al progetto personale e alla conseguente definizione del budget di salute.

Per il perseguimento di tale obiettivo è essenziale:

1. La definizione di un sistema unificato di accesso ai servizi e agli interventi, che preveda criteri e modalità comuni. Ciò richiede in particolare:

- la connessione logistico-operativa tra il Segretariato sociale comunale e il Punto Unico di Accesso distrettuale, al fine di assicurare alle persone un'adeguata informazione, orientamento e accompagnamento ai servizi sociali, sanitari e socio-sanitari del territorio, anche attraverso lo svolgimento competente di funzioni di pre-valutazione e l'eventuale attivazione dell'unità di valutazione multidisciplinare;
- la predisposizione di percorsi integrati e unificati per usufruire dei vari servizi di rete, anche tramite la definizione condivisa di procedure specifiche;
- la costituzione di unità professionali integrate tra Comuni e ASL, per la definizione dei progetti personali a partire dalla valutazione multidimensionale della situazione personale e ambientale di chi accede al sistema integrato. Tali strutture operano su base distrettuale e assumono i caratteri di una équipe multiprofessionale, la cui composizione può variare in ragione delle competenze professionali richieste dalle specifiche condizioni della persona e/o della famiglia. Le funzioni di valutazione e di

progettazione svolte dall'equipe vengono esercitate avvalendosi di strumenti di valutazione multimodale periodicamente rivisti e corretti in rapporto all'evoluzione scientifica delle metodologie valutative e dell'esperienza maturata a seguito della loro applicazione.

2. La strutturazione del processo che, garantendo modalità di scambio di informazioni tra servizi anche attraverso lo strumento della Cartella socio-sanitaria, renda più facilmente realizzabile

l'integrazione, assicuri la continuità assistenziale e permetta di adeguare nel tempo il progetto personale.

3. La ri-programmazione periodica (annuale e pluriennale) sociale, sanitaria e sociosanitaria. Ciò comporta la predisposizione di un Sistema informativo che offra a tutti gli attori della rete, che concorrono alle decisioni, un quadro conoscitivo organico e sistematico. Il funzionamento e la manutenzione della rete richiede una precisa responsabilità tecnica di gestione, identificabile in una struttura integrata (l'Ufficio sociosanitario, come descritto nel successivo capitolo M), unitariamente individuata da Comuni e ASL, capace di monitorare e stimolare tutti i processi operativi.

La costituzione di equipe multiprofessionali a livello distrettuale e l'erogazione congiunta di prestazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie favoriscono condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse (sanitarie e sociali).

Tale integrazione, di natura professionale, garantisce il massimo di efficacia nell'affrontare i bisogni complessi che richiedono la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, frutto di un processo che si compone di tre fasi fondamentali:

- la valutazione multidimensionale;
- la progettazione personale;
- il monitoraggio e la valutazione dei risultati.

La realizzazione dell'integrazione professionale richiede tre condizioni di supporto:

1. La partecipazione delle figure professionali alla definizione delle linee programmatiche e organizzative dei servizi, in relazione alle specifiche competenze e in funzione della realizzazione di processi di intervento congiunti, coerenti e qualificati, che consentano la gestione condivisa delle responsabilità.

2. La predisposizione di un Sistema informativo per la raccolta dei dati, indispensabile a livello micro per la predisposizione e il monitoraggio del progetto personale, e a livello macro per la programmazione e valutazione del sistema integrato territoriale.

3. La previsione di percorsi formativi comuni, cui partecipino operatori sociali e sanitari, appartenenti sia ai servizi degli enti locali che a quelli della ASL, ma aperti anche ad altri soggetti, sia pubblici che privati, profit e non profit. L'obiettivo è di garantire il coinvolgimento di tutte le componenti della governance locale, allo scopo di potenziare le funzioni di programmazione, gestione e valutazione del sistema delle prestazioni, e di favorire lo sviluppo dell'integrazione a livello locale. Il confronto fra esperienze, culture, riferimenti teorici e operativi è, infatti, condizione indispensabile per la definizione di linguaggi, metodi e strumenti condivisi.

### **Indicatori e standard del servizio**

Servizio LR 11/16 Standard quantitativi Indicatori qualitativi

Sistema unificato di accesso:

Segretariato sociale e PUA

Artt. 23,52 e 53

Garantire in ogni Distretto sociosanitario:

- 1 Ufficio sociosanitario quale strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD);
- 1 Casa della Salute che integri le funzioni del Segretariato sociale e del PUA;
- 1 Unità di Valutazione Multidimensionale, composta da personale sanitario della ASL e personale sociale dei Comuni singoli o associati.
- Accessibilità;
- fruibilità;
- continuità e flessibilità oraria;
- professionalità impegnate;
- formazione congiunta;
- procedure e strumenti condivisi;

- integrazione sociosanitaria;
- coordinamento con gli altri servizi territoriali, pubblici o privati;
- tempistica certa tra il riconoscimento del diritto e l'attuazione del progetto personale (erogazione delle prestazioni).

### **Servizio sociale professionale**

Il lavoro sociale è stato organizzato, nel tempo, prevalentemente in base al criterio dei “gruppi target”. Ciò ha prodotto, in linea di tendenza, una progressiva specializzazione degli operatori e un miglioramento delle capacità di risposta in relazione alle diverse aree di intervento. Ma tale impostazione ha prodotto anche, come conseguenza, la categorizzazione dei bisogni e il rischio di classificare le persone in base ad una loro caratteristica o condizione.

La semplificazione che ne è derivata ha portato benefici in termini tecnicoamministrativi, ma è risultata fortemente in contrasto con l'esperienza soggettiva della singola persona, che si sviluppa nella sua unitarietà in un determinato contesto di vita e non può essere spaccettata per competenze. Inoltre ha reso sempre più complicato per il sistema di welfare fornire alle persone una risposta integrata e continuativa.

In futuro è quindi auspicabile il superamento di un tale approccio per gruppi e per categorie. Nella pratica, infatti, una stessa persona e una singola famiglia esprimono molteplici domande sociali, cui occorre fornire risposte in un'ottica unitaria e orientata al contesto.

Ciò apre all'opportunità di un cambiamento nella direzione di un modello di Servizio sociale di comunità. Tale assetto organizzativo guarda al territorio come luogo di formazione della domanda sociale, ma anche come risorsa utile ad una sua rielaborazione e possibile soluzione.

Di fronte alla crescente complessità sociale non è più possibile, oggi, fornire risposte standardizzate: gli stili di vita, i modelli familiari, i rapporti di lavoro sono molto più diversificati di quanto non accadeva in passato. La semplificazione per gruppi target ha prodotto un'offerta di servizi preordinati e settoriali, che risulta inadeguata ad affrontare le concrete situazioni di vita. L'unica risposta possibile alla complessità del tessuto sociale è rappresentata dalla creazione di una rete altrettanto complessa e articolata, in grado di rispondere, in modo integrato, ai bisogni nelle loro infinite associazioni, evitando frammentazione, duplicazione di interventi e dispersione delle risorse, e favorendo la condivisione delle responsabilità connesse alla costruzione del benessere collettivo.

Al livello di Servizio sociale ciò presuppone di sviluppare strategie di intervento integrate con tutti gli attori attivi a livello territoriale e di coinvolgere direttamente la persona e la sua famiglia nelle scelte che riguardano la loro vita o aspetti di essa.

In particolare:

- Le condizioni di vita delle persone sono diverse, come diversi sono i bisogni e gli obiettivi personali e familiari, gli operatori sociali devono quindi considerare la persona e la sua famiglia come co-protagonisti a pieno titolo dell'azione sociale, riconoscendo loro il diritto ad una progettazione personale che ne preveda il diretto coinvolgimento.
- Le prestazioni sociali devono ispirarsi al principio della prossimità alla persona. Devono favorire la permanenza nel proprio contesto di vita e promuovere l'inclusione nella comunità di appartenenza.
- Gli operatori sociali devono fornire ai cittadini ed alle cittadine tutte le informazioni e tutti gli elementi utili all'esercizio della libertà di scelta o della scelta fra soluzioni alternative.
- Tutte le risorse, non solo pubbliche, che solitamente vengono mobilitate per far fronte ad una situazione di bisogno devono essere messe a sistema nell'ambito del progetto personale, favorendo la corresponsabilità della sua attuazione.

Indicatori e standard del servizio

Servizio LR 11/2016 Standard quantitativi Indicatori qualitativi

Servizio sociale professionale

Art. 24

- Riduzione del 50% dell'esternalizzazione della funzione;
  - 1 assistente sociale del Distretto sociosanitario, a tempo pieno, ogni 6.000 residenti.
- Con deliberazione regionale sarà definito un range tra 5.000 e 7.000 abitanti in relazione a:
- gli esiti della diagnosi di comunità;
  - le dimensioni e le caratteristiche orografiche del territorio di riferimento;
  - la presenza di persone non residenti in condizioni di disagio socioeconomico.
  - Adeguatezza della dotazione organica;
  - stabilità contrattuale delle risorse umane;
  - esperienza, specializzazione e formazione continua del personale;
  - prevenzione del turnover e del rischio di burn-out;
  - uso degli strumenti: progetto personale e budget di salute.

<b>Osservazioni</b>
<b>Si condivide la decisione di definire il parametro assistente sociale-popolazione in un rapporto soddisfacente, 6.000 abitanti residenti, anche se darebbe più opportuno un rapporto con la popolazione presente.</b>
<b>Di rilievo l'obiettivo di garantire la stabilità contrattuale e la riduzione dell'esternalizzazione.</b>
<b>Si ritiene opportuna una ricognizione del personale sociale presente nella Regione, per distretti, per la quale l'ISTISSS manifesta la propria disponibilità</b>

### **Emergenza e pronto intervento sociale**

Il servizio di emergenza e pronto intervento sociale, previsto dall'articolo 30 della LR 11/2016, è finalizzato ad intervenire in maniera tempestiva e flessibile in risposta a situazioni impreviste e imprevedibili, a favore di una o più persone che, per situazioni contingenti, sono sprovviste dei mezzi necessari al soddisfacimento dei bisogni primari di vita e si trovano in situazioni di grave disagio che richiedono un aiuto immediato per salvaguardare l'integrità e la dignità personale.

L'obiettivo è quello di garantire protezione e tutela materiale, sociale e giuridica attraverso l'attivazione di interventi di pronta accoglienza, assicurando la soddisfazione immediata dei bisogni primari e vitali della persona.

Il servizio è strettamente collegato con i servizi sociali territoriali ed è svolto in collegamento con il sistema di emergenza sanitaria, ora confluito nel numero unico per le emergenze (112).

Il servizio si svolge generalmente fuori degli orari d'accesso ai consueti servizi di assistenza sociale, tranne casi particolarmente complessi (come ad esempio nel territorio di Roma Capitale).

È rivolto ad adulti, uomini e donne, disabili o anziani con limitata autonomia e in condizioni di improvvisa e imprevista necessità assistenziale. Sono escluse le persone che mettono in atto comportamenti pericolosi (di competenza dei servizi di ordine pubblico) o che risultano in evidente stato di bisogno di cure e assistenza sanitarie, per le quali sono previsti altri canali di intervento.

Lo spirito del servizio di pronto intervento sociale è di offrire una prima risposta di bassa soglia all'emergenza: non rappresenta perciò un percorso sostitutivo, né una via preferenziale della presa in carico ordinaria.

Ogni ambito territoriale individua proprie modalità di organizzazione del servizio, che può prevedere anche il ricorso a convenzioni e accordi con altri sistemi di emergenza (sanitaria e di ordine pubblico). In ogni caso, deve essere assicurata

l'efficacia e la tempestività degli interventi di emergenza, mediante la reperibilità telefonica 24 ore su 24, 365 giorni l'anno. Il servizio deve essere gestito da professionalità in grado di intervenire in modo competente su casi particolari e complessi. Inoltre dovrà essere assicurata la disponibilità di idonei luoghi di accoglienza temporanea (diurna e notturna).

Per un'organizzazione ottimale del pronto intervento sociale, nei casi appropriati sarà utile ricercare accordi con altri ambiti, per organizzare il servizio in modo da assicurare la qualità delle prestazioni realizzando le necessarie economie di scala, in rapporto alla frequenza e consistenza delle situazioni che le richiedono.

### **Indicatori e standard del servizio**

Servizio LR 11/2016 Standard quantitativi Indicatori qualitativi

Servizio di emergenza e pronto intervento assistenziale

Art. 30

- 1 servizio operante nel territorio di Roma Capitale;
- 1 servizio in ogni ASL negli altri territori, negli orari non coperti dal funzionamento ordinario del servizio sociale.
- Accessibilità (anche telefonica);
- tempestività;
- integrazione con gli altri servizi di emergenza;
- integrazione con i servizi sociali ordinari.

### **Domiciliarità**

La partecipazione alla vita della società è un bisogno e un diritto fondamentale di ogni cittadino e di ogni cittadina. Le reti relazionali rappresentano una risorsa fondamentale per la salute delle persone. Il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali deve, pertanto, porsi come obiettivo quello di contrastare l'esclusione, favorendo la permanenza della persona nel proprio contesto di vita, evitando fenomeni di isolamento e di emarginazione, e quindi prevenendo l'istituzionalizzazione e consolidando processi di deistituzionalizzazione.

A tale scopo, il Piano sociale della Regione si fonda sui seguenti criteri di azione:

- Tutte le persone hanno diritto di scegliere liberamente dove, come e con chi vivere, evitando ogni situazione segregante, di esclusione o di isolamento, e ricevendo i supporti di intensità adeguata alle specifiche condizioni personali e ambientali. Alla persona e alla famiglia devono essere fornite tutte le informazioni e tutti gli elementi utili all'esercizio consapevole della libertà di scelta o della scelta fra soluzioni alternative.
- Tutte le politiche sociali devono ispirarsi al principio della prossimità alla persona e garantire la permanenza e l'inclusione nel proprio contesto di vita. In tale quadro l'offerta residenziale deve rappresentare l'ultima ratio ed essere attivata solo qualora siano venute meno tutte le possibilità di intervento domiciliare o di soluzioni alternative, oppure quando sia necessario un ricovero transitorio di emergenza.
- La capacitazione, il rafforzamento dell'autonomia personale, la realizzazione della vita indipendente devono essere concretamente perseguite attraverso la costruzione di un sistema articolato di servizi e di supporti che ponga al centro la persona e ne valorizzi e rafforzi le risorse.
- Le prestazioni di assistenza domiciliare socio assistenziale e sociosanitaria e per la vita indipendente devono essere pensate all'interno di una progettazione personale che integri misure, sostegni, servizi e trasferimenti monetari (dal supporto alla genitorialità al contrasto dell'impovertimento, dall'assistenza personale autogestita alle attività di socializzazione, ai sostegni per l'abitare ecc.). Inoltre, nell'ambito del progetto personale possono trovare spazio anche le risorse private attivate o da attivare congiuntamente all'intervento pubblico, che entrano in questo modo a far parte della rete dei servizi di sostegno alla domiciliarità e di supporto all'inclusione sociale.

Azioni:

- Rafforzare l'integrazione tra assistenza domiciliare sociale e sanitaria, attraverso la programmazione sociosanitaria congiunta, la predisposizione di un modello organizzativo condiviso, la valutazione multidimensionale della persona e la redazione del progetto personale, con il relativo budget di salute.
- Potenziare l'offerta domiciliare socioassistenziale e sociosanitaria, attraverso l'estensione progressiva degli orari in funzione dell'intensità dei supporti necessari alla persona, e garantire la flessibilità oraria e giornaliera.

- Assicurare ai cittadini e alle cittadine, in tutti i Distretti sociosanitari e garantendone la trasportabilità, la possibilità di scegliere il mix più appropriato di interventi, erogati in forma diretta, indiretta o mista, e in combinazione con altre prestazioni, da definire nell'ambito del progetto personale.
- Garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, attraverso l'integrazione tra prestazioni ospedaliere, di medicina generale, specialistica ambulatoriale e l'assistenza domiciliare e sociale territoriale, al fine di contrastare il ricorso a ricoveri impropri, anche con forme di ospedalizzazione a domicilio, e di prevenire l'istituzionalizzazione, assicurando alla persona la permanenza nella propria abitazione.
- Disciplinare, attraverso deliberazione della Giunta regionale, le modalità di riconoscimento e supporto dei caregiver familiari, riconoscendo il loro ruolo e sostenendo la loro qualità di vita.
- Favorire, nell'ambito della progettazione personale, la messa in rete dell'offerta di prestazioni sociali e sociosanitarie non solo pubbliche, ma anche private e non profit.
- Individuare un sistema di indicatori che consentano di riconoscere le situazioni di isolamento e segregazione (anche in ambito domiciliare) presenti o potenziali, compresi indicatori per rilevare condizioni di disagio e sofferenza dell'operatore domiciliare, e diffondere tali strumenti ai servizi sociali e sociosanitari.
- Adottare politiche e programmare percorsi di formazione e aggiornamento rivolti a tutto il personale coinvolto nei servizi domiciliari; prevedere momenti di supervisione e confronto tra operatori per superare eventuali criticità e/o condizioni di disagio e sofferenza; favorire occasioni di scambio di saperi ed esperienze tra operatori domiciliari e *caregiver* familiari.

Secondo i dati forniti dall'ISTAT, a livello nazionale meno del 20% delle famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali ha usufruito, nel 2013, di servizi pubblici a domicilio. E la carenza assistenziale non è colmata neppure dai servizi domiciliari a pagamento: infatti, oltre il 70% delle famiglie non usufruisce di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica.

(Fonti: ISTAT, Regione Piemonte, "Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013", luglio 2014)

Concentrandosi in particolare sulle persone con disabilità gravi, più della metà della popolazione giovane e adulta (da 0 a 64 anni) con gravi disabilità non riceve assistenza dai servizi pubblici, non ricorre al mercato dei servizi di cura privati e non può contare sull'aiuto di familiari non conviventi. Il carico assistenziale insiste quindi completamente sui familiari conviventi.

La quota più consistente di persone con disabilità gravi under 65 vive con i propri genitori (49,9%). Di queste, oltre la metà (54%) può contare solo sui caregiver familiari. Da segnalare come particolarmente critica è la condizione di coloro che vivono con genitori anziani (poco più del 30%).

Tra coloro che invece vivono da soli, il 54% ricorre unicamente all'aiuto dei familiari non conviventi e ben il 20% non riceve alcun tipo di aiuto (né familiare, né dei servizi pubblici o privati). Ciò appare tanto più preoccupante se si pensa che ben oltre la metà (58,2%) delle persone con disabilità gravi che vivono da sole dichiara di poter contare su risorse economiche scarse o insufficienti.

(Fonti: ISTAT, "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare. Audizione dell'Istituto nazionale di statistica", ottobre 2014)

Indicatori e standard del servizio

Servizio LR 11/2016 Standard quantitativi Indicatori qualitativi

Servizio di assistenza domiciliare

Art. 26 Garantire in ogni Distretto sociosanitario:

- l'implementazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

- l'estensione della quota di persone con limitazioni funzionali che fruiscono di servizi pubblici a domicilio;
- l'estensione delle ore erogate in funzione dell'intensità dei supporti necessari alla persona, rilevata in fase di valutazione;
- la possibilità di scelta tra assistenza diretta, indiretta o mista.
- Libertà di scelta;
- capacitazione ed empowerment;
- integrazione sociosanitaria;
- integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio;
- flessibilità oraria e giornaliera;
- continuità assistenziale e prevenzione dell'istituzionalizzazione;
- competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi domiciliari;
- prevenzione del rischio di burn-out.

### **Residenzialità**

Adottare il principio della prossimità alle persone e promuovere la loro partecipazione alla vita della comunità determina una gerarchia nelle prestazioni da erogare e richiede un ripensamento delle attuali soluzioni residenziali in senso abitativo, in particolare:

- L'intervento sociale e sociosanitario deve essere pensato e progettato, in prima battuta e secondo le preferenze della persona, in forma domiciliare; l'assistenza residenziale deve essere limitata allo stretto necessario e scelta in alternativa al mantenimento dell'abituale dimora solo qualora siano stati attivati tutti i supporti e i sostegni possibili.
- Le strutture, i servizi, gli interventi o le situazioni direttamente o indirettamente segreganti devono essere progressivamente esclusi dalle politiche regionali, in favore di soluzioni che concorrono a realizzare il progetto di vita e a supportare l'ambiente familiare della persona.
- La Regione e le istituzioni territoriali devono compiere ogni sforzo mirato alla deistituzionalizzazione delle persone che vivono in strutture segreganti, attraverso l'attivazione di sostegni e servizi per l'abitare che permettano la fuoriuscita da tali strutture, ma anche attraverso il divieto alla realizzazione di nuove strutture che riproducano situazioni segreganti vietandone l'accreditamento e, di conseguenza, qualsiasi finanziamento diretto o indiretto.
- I servizi per l'abitare devono riprodurre le condizioni di vita familiare, essere attivati nella forma più decentrata possibile e garantire il collegamento con la comunità di riferimento. I servizi devono essere integrati nel tessuto sociale e aperti alla relazione con il territorio. Luoghi che assomiglino il più possibile a una casa, che non accolgano le persone come degenti o malate, che non recidano il rapporto con il contesto in cui le persone crescono.
- Nel quadro dei servizi per l'abitare le persone devono poter esercitare, nell'ambito della progettazione personale, il proprio diritto di scelta.

### **Azioni:**

- Procedere nell'arco del triennio, sulla base di indicatori condivisi, a una rilevazione sistematica e completa delle strutture segreganti presenti sul territorio regionale e garantire percorsi di dimissione delle persone segregate attraverso l'elaborazione di progetti personali.
- Definire, sulla base dei dati forniti dal Sistema informativo, il fabbisogno di servizi per l'abitare sul territorio regionale e pianificarne nel triennio la realizzazione, garantendo alla popolazione un ventaglio di soluzioni.
- Elaborare linee guida regionali per la definizione di un procedimento unico di accreditamento sociosanitario che superi le attuali modalità e procedure, prendendo a riferimento i criteri introdotti dalla Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) – Requisiti del servizio", e negando l'accreditamento e qualsiasi finanziamento diretto o indiretto a strutture potenzialmente segreganti;

- Determinare obiettivi di servizio connessi ai servizi per l'abitare che assumano come riferimento la Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio" e monitorarne il raggiungimento.

- Consentire alle persone che fruiscono dei servizi per l'abitare di arricchire le proprie competenze e abilità e ritardare per quanto più possibile la perdita dell'autonomia garantendo l'erogazione continua di sostegni professionali, educativi, assistenziali e informali congruenti con la valutazione multidimensionale e inseriti nell'ambito di un progetto personale redatto con la partecipazione attiva della persona o di chi la rappresenta.

I servizi per l'abitare devono, in particolare, rispettare i seguenti criteri e modalità operative:

#### Accesso e dimissioni

- ai fini dell'accesso ai servizi per l'abitare, deve essere garantita l'informazione, accessibile e comprensibile, di tutte le opportunità alternative al servizio e dei relativi supporti a tali scelte, anche in situazioni di indigenza, con la finalità di rendere effettiva la libertà di scelta della persona o di chi la rappresenta;

- l'ammissione al servizio deve essere preceduta dalla redazione, concordata e condivisa con l'interessato o con chi lo rappresenta, di un progetto personale, in seguito alla valutazione multidimensionale e di contesto e con l'accurata valutazione delle possibilità di successive soluzioni alternative;

- il progetto personale deve contenere indicazioni precise sui sostegni e gli interventi necessari per il raggiungimento degli obiettivi previsti, incluse le indicazioni relative alle fasi di ammissione e dimissione dal servizio; esso deve prevedere la configurazione di azioni e interventi orientati in modo intenzionale ed efficace alla persona, tesi al mantenimento e raggiungimento progressivo del personale livello di autonomia e autodeterminazione possibile; deve inoltre contenere, fin dall'inizio, elementi riferibili al contesto di vita della persona (famiglia, comunità, luoghi, attività esterne ecc.) e prevenire l'allontanamento dalla comunità originale di riferimento;

- il progetto personale deve essere monitorato e valutato periodicamente, con il coinvolgimento della persona o chi la rappresenta, ai fini di eventuali revisioni, tenendo anche in considerazione le concrete ipotesi di soluzioni abitative in autonomia anche successive;

- l'accesso al servizio può essere relativo a situazioni emergenziali (personali, familiari o contestuali);

- l'accesso al servizio può essere previsto in via transitoria e come percorso per l'acquisizione o il rafforzamento dell'autonomia personale in vista di successive soluzioni abitative in autonomia o in co-housing;

- la dimissione dal servizio e l'eventuale passaggio ad altre soluzioni abitative deve essere concordata con la persona interessata o con chi la rappresenta e deve prevedere azioni di supporto al cambiamento;

- ogni eventuale variazione di servizio erogato (passaggio fra servizi diversi e alternativi) deve essere regolato in base al progetto personale di ciascuno e prescindere da qualsivoglia discriminazione per età o condizione.

#### Regole di coabitazione

- garantire l'accessibilità delle informazioni, comprese quelle per la sicurezza, ricorrendo anche a figure di mediazione o a strumenti di lettura facilitata;

- assicurare la comprensione e la condivisione delle regole di convivenza, e la loro eventuale revisione; la persona deve essere posta nella condizione di esprimere le proprie opinioni e preferenze

sull'organizzazione del servizio, nonché di manifestare l'accettazione o il rifiuto delle attività proposte;

- favorire il mantenimento di abitudini, hobby, interessi ecc. che la persona possedeva e coltivava prima dell'ingresso nel servizio;

- favorire condizioni di relazioni interpersonali e di reciprocità tipiche della vita familiare ivi incluse le responsabilità di ognuno;
- strutturare gli ambienti di vita in funzione dell'accessibilità, dei bisogni, delle preferenze e dei funzionamenti della persona;
- favorire la flessibilità dei tempi delle attività della coabitazione in funzione dei progetti personali, dei bisogni, delle preferenze e dei funzionamenti della persona;
- garantire e rispettare gli spazi privati, la riservatezza e le inclinazioni e preferenze personali;
- garantire la gestione del proprio denaro, oggetti e beni personali (anche non economicamente rilevanti); nei casi di significative limitazioni in tali attività la gestione del denaro e dei beni della persona devono rispettare il massimo della trasparenza;
- garantire l'opportunità di scegliere e di chiedere ragionevolmente il cambio dell'operatore o assistente di riferimento; partecipare alla valutazione e monitoraggio periodici del personale;
- garantire la promozione della salute e di tutte le forme di prevenzione e responsabilizzazione nella cura di sé anche attraverso la verifica periodica dell'appropriatezza prescrittiva;
- rendere disponibili e accessibili i media, nonché gli strumenti di informazione e partecipazione offerti anche dalle tecnologie informatiche, al fine di ridurre i rischi di isolamento e l'esclusione.

#### Relazioni con il contesto sociale di riferimento

- consentire alla persona il massimo grado di inclusione con l'ambiente sociale di riferimento anche ricorrendo a interventi e figure di mediazione o a strumenti tecnologici o associazioni di advocacy;
- la fruizione dei servizi per l'abitare non può determinare a priori l'esclusione dalla fruizione di altri servizi territoriali o ausili;
- favorire e garantire lo svolgimento della vita quotidiana all'esterno del servizio (ad esempio per il lavoro, la frequenza a centri diurni, le relazioni e le attività nel territorio, anche di tipo ricreativo);
- favorire e garantire il mantenimento di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali, persone), sia con iniziative esterne che incentivando l'ingresso nel servizio;
- garantire l'informazione, accessibile e comprensibile, di tutte le opportunità offerte dal contesto territoriale, anche di tipo ludico, e favorire la creazione di nuove relazioni sociali;
- prevedere la correlazione dei servizi per l'abitare con gli altri servizi del territorio, compresi quelli di trasporto e di supporto personale extra domiciliare.

#### **Protezione da abusi e maltrattamenti**

Il servizio deve adottare la procedura per la prevenzione e la gestione dell'evento avverso inteso come qualsiasi evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno alla persona, non intenzionale e indesiderabile (*vedasi, Ministero della Salute: Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, giugno 2011 e Decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 per la parte relativa all'analisi e prevenzione dei rischi di reato*).

Inoltre:

- il servizio deve prevedere specifiche politiche e procedure di supporto per garantire che la persona sia protetta da ogni forma di abuso fisico e psicologico, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza che la possa esporre a rischi ingiustificati;
- le politiche e le procedure adottate e programmate devono essere disponibili e comunicate alle persone e a chi le rappresenta, a tutto il personale e a chi entra in relazione con la persona sin dal momento della selezione e nelle fasi di formazione;
- il servizio deve evidenziare le azioni adottate o programmate utili a prevenire, rilevare e correggere qualsiasi deviazione dal corretto comportamento che ogni operatore deve tenere con la persona, compresa l'analisi di indicatori di condizioni di disagio e sofferenza dell'operatore stesso (ad esempio monitoraggio del burn-out);
- il servizio deve registrare ogni genere di eventi, situazioni e comportamenti che possano configurarsi come potenziali condizioni di abuso, maltrattamento e rischio per l'incolumità delle persone e valutarne la consistenza e la necessità di intervento;

- nel caso in cui si verificano episodi di abuso, maltrattamento, trattamenti degradanti o negligenza, fermi restando gli obblighi di legge, tutti gli eventi, indipendentemente dalla loro gravità o casualità, devono essere registrati; devono essere previste specifiche procedure di supporto e consulenza (anche in forma di consulenza alla pari) alla persona per affrontare in modo appropriato le conseguenze fisiche e psicologiche dell'evento; devono essere garantite adeguate informazioni affinché possa adire eventualmente alle vie legali e devono essere previste delle procedure di supporto nel caso la persona non si possa rappresentare da sola;
- fra le forme di abuso è incluso l'uso - non emergenziale, eccezionale e limitato - della contenzione e del ricorso alla sedazione.

#### Indicatori e standard del servizio

##### Servizio LR 11/2016 Standard quantitativi Indicatori qualitativi

##### Residenzialità

Art. 31 Garantire in ogni Distretto sociosanitario:

- il monitoraggio delle condizioni di chi vive attualmente in struttura;
- la riduzione dei tempi medi di permanenza nelle strutture residenziali;
- la definizione di un procedimento unico di accreditamento sociosanitario;
- l'elaborazione di linee guida regionali che prendano a riferimento i criteri introdotti dalla Norma UNI 11010/2016 "Servizi socio sanitari e sociali - Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità (PcD) - Requisiti del servizio";
- la riqualificazione e l'adeguamento delle strutture residenziali esistenti in funzione delle linee guida elaborate dalla Regione;
- la manutenzione straordinaria e la messa in sicurezza dei beni pubblici destinati al sociale;
- la ristrutturazione di edifici pubblici inutilizzati per la creazione di soluzioni abitative innovative e per il co-housing;
- la creazione di servizi per l'abitare che riproducano le condizioni di vita familiari.
- Libertà di scelta;
- accessibilità;
- rispetto della privacy;
- capacitazione ed empowerment;
- integrazione sociosanitaria;
- integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio;
- mantenimento di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali, persone) e partecipazione alle attività realizzate all'esterno (anche di tipo ricreativo);
- competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi residenziali;
- prevenzione del rischio di burn-out;
- protezione da ogni forma di abuso, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza.

##### Semiresidenzialità

Le strutture a ciclo semiresidenziale sono caratterizzate dall'erogazione di servizi diurni. Possono prevedere diversi gradi di intensità dei supporti forniti, in relazione ai bisogni delle persone. Devono garantire l'espletamento delle normali attività e funzioni della vita quotidiana. E prevedere attività ricreative, educative, culturali e aggregative.

Rientrano nella semiresidenzialità i centri diurni: strutture di tipo aperto che forniscono prestazioni socioeducative, di socializzazione, di aggregazione e di recupero, destinate a bambini e ragazzi di minore età, alle persone con disabilità o disagio psichico, agli anziani con Alzheimer. Il centro diurno deve essere collegato con i servizi e le strutture presenti sul territorio e può fornire anche interventi di supporto all'assistenza domiciliare, decisi nell'ambito di quell'insieme di prestazioni definito nel progetto personale.

Parliamo di semiresidenzialità anche nel caso dei centri diurni anziani fragili, che hanno una funzione di mantenimento della persona all'interno della comunità di appartenenza, di aggregazione e di preservazione della vita sociale.

Possiamo far rientrare in quest'ambito anche la mensa sociale e il centro di accoglienza notturna: servizi gratuiti tesi a soddisfare i bisogni primari di vita delle persone che versano in gravi condizioni di disagio sociale, economico e familiare.

Tali servizi offrono vitto e alloggio notturno a persone che temporaneamente non possono provvedervi e rappresentano la prima modalità di accesso al sistema integrato, ai fini della successiva definizione di un percorso di presa in carico che preveda l'individuazione dei bisogni inespresi e l'attivazione di ulteriori servizi.

Indicatori e standard del servizio

Servizio LR 11/2016 Standard quantitativi Indicatori qualitativi

Semiresidenzialità

Artt. 27, 28 e 31

Omogeneizzare la rete territoriale dei servizi semiresidenziali in relazione alle seguenti tipologie:

- ludoteche;
- laboratori per l'autonomia delle persone con disabilità;
- centri di aggregazione giovanile;
- centri anziani;
- mense sociali e centri di accoglienza notturna.
- Accessibilità;
- fruibilità;
- capacitazione ed empowerment;
- integrazione sociosanitaria;
- integrazione con le altre prestazioni di carattere sociale e sociosanitario, pubbliche e private, presenti sul territorio;
- creazione di relazioni con il contesto sociale di riferimento (comunità, reti informali) e partecipazione alle attività realizzate sul territorio (anche di tipo ricreativo);
- competenza e formazione continua di chi è coinvolto nei servizi semiresidenziali;
- prevenzione del rischio di burn-out;
- protezione da ogni forma di abuso, maltrattamento, trattamento degradante o negligenza.

#### **D. Parametri per la valutazione delle condizioni di accesso prioritario**

La legge 11/2016 (art. 6, comma 4) dispone che l'accesso al sistema integrato sia garantito prioritariamente alle persone che versano nelle seguenti condizioni:

A. povertà o situazione economica disagiata;

B. incapacità fisica, psichica o sensoriale, totale o parziale, a provvedere autonomamente alle proprie esigenze con particolare riguardo a chi è privo di tutela familiare;

C. non autosufficienza dovuta all'età o alla malattia;

D. difficoltà all'inserimento nella vita sociale attiva, nel mercato del lavoro e nella frequenza scolastica obbligatoria;

E. persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali.

Secondo l'articolo 6, comma 5, della stessa legge, la definizione dei parametri per la valutazione delle condizioni che danno diritto all'accesso prioritario al sistema dei servizi territoriali spetta ai Distretti sociosanitari, sulla base di indicatori univoci e omogenei stabiliti nel Piano sociale regionale, allo scopo di rendere uniformi i criteri di accesso e le modalità di erogazione dei servizi in tutto il territorio laziale.

La valutazione dei bisogni della persona concerne le condizioni personali, familiari e socio-ambientali. Essa pertanto deve tener conto delle limitazioni funzionali, delle restrizioni nelle attività

e nella partecipazione, dell'intensità dei supporti necessari, degli ostacoli e degli elementi di facilitazione che caratterizzano il contesto di vita, delle condizioni economiche, della situazione familiare, della condizione abitativa, dell'esistenza di una rete parentale e/o amicale, delle limitazioni nell'inclusione sociale, scolastica, lavorativa e/o nell'accesso alla formazione continua, del disagio psichico, della dipendenza da sostanze, della presenza di eventuali condizioni di irregolarità/illegalità. Il reddito non costituisce motivo di esclusione dal sistema integrato degli interventi e servizi territoriali, ma rappresenta un elemento rilevante ai fini della definizione della priorità di accesso e della prefigurazione di possibili soluzioni alternative all'intervento pubblico. A parità di bisogno viene, infatti, riconosciuta priorità al titolare del reddito più basso.

Azioni:

- Costituire un gruppo di lavoro partecipato e rappresentativo dei diversi stakeholder che rediga le Linee guida ai Distretti sociosanitari per la definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di accesso prioritario al sistema integrato e dei relativi tempi di attuazione (da emanare entro novanta giorni dalla data di pubblicazione del Piano regionale - LR 11/2016, art. 6, comma 5).

### **E. Modalità di verifica dei risultati**

Le risorse che il soggetto pubblico impegna per le politiche sociali devono creare valore e raggiungere gli obiettivi, ossia devono essere usate, con efficienza e appropriatezza, per creare un sistema di welfare di elevata qualità, garantendo accesso ed equità per tutti i cittadini e le cittadine. Con queste

premesse, il monitoraggio e la valutazione si pongono come gli strumenti da cui derivano le informazioni per impostare un processo di comunicazione trasparente con le persone e tramite i quali il soggetto pubblico assume le proprie responsabilità sui risultati conseguiti. La valutazione è una fase necessaria per consentire la verifica dei risultati raggiunti dal sistema rispetto agli obiettivi individuati nell'ambito della pianificazione strategica.

L'obiettivo della Regione Lazio per i prossimi anni è quello di realizzare un miglioramento continuo degli indicatori monitorati attraverso la piattaforma informatica, con il contributo scientifico e sussidiario dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali, partecipato anche dai soggetti del terzo settore, per ridurre le situazioni di esclusione sociale e rispondere ai bisogni della popolazione in difficoltà, con la finalità trasversale di perseguire l'equilibrio di equità sostanziale.

In attuazione dell'art. 48, comma 2, lettere h) e i), della LR 11/2016, la Regione, attraverso la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, implementa un sistema di monitoraggio amministrativo e finanziario, anche attraverso una piattaforma informatica, atto a verificare i bisogni del territorio e l'attuazione dei Piani di Zona per ciascun indicatore, misurando anche i parametri di accesso ai servizi secondo i criteri previsti per le condizioni di accesso prioritario di cui al capitolo D. Per il tramite dell'Ufficio di Piano i Distretti sociosanitari sono tenuti ad alimentare costantemente il sistema di monitoraggio regionale, pena l'interruzione del trasferimento delle risorse finanziarie. Il protrarsi di tali inadempienze comporterà l'attivazione di penali amministrative e la riduzione dei trasferimenti sino al ripristino del livello medio di spesa stabilito dall'Ufficio di Piano per l'anno di riferimento. Gli Uffici di Piano sono tenuti a redigere e trasmettere alla Regione una relazione consuntiva annuale, ai sensi dell'art. 50, comma 2, della LR 11/2016, contenente tutti gli elementi necessari per la verifica programmatica, amministrativa e contabile dei servizi e degli interventi attuati dal singolo Piano di Zona. La presentazione della relazione consuntiva e l'adempimento degli obblighi di monitoraggio rappresentano la *conditio sine qua non* per la liquidazione del saldo delle risorse stanziato dal presente Piano per l'anno finanziario di riferimento, oltre che per l'attribuzione e il trasferimento delle premialità raggiunte come disciplinato dal capitolo sulle risorse finanziarie del presente Piano.

### **Il sistema di monitoraggio regionale: indicatori analitici locali**

La Regione Lazio intende elaborare e condividere con i Distretti sociosanitari e con tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti nella programmazione sociale un sistema di monitoraggio analitico comune, che misuri le azioni della rete territoriale dei servizi e degli interventi integrati. La definizione di specifici indicatori servirà a realizzare l'architettura dei campi analitici presenti nella piattaforma per il monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti e dei servizi presenti sul territorio e per offrire un sistema di valutazione che misuri l'efficacia delle scelte programmatiche e degli interventi condotti. Il sistema regionale di monitoraggio e valutazione si pone come obiettivo l'individuazione e la condivisione di strumenti per la raccolta dei dati e di indicatori che consentano comparazioni e raffronti temporali, e richiede l'impegno da parte di tutti gli attori coinvolti nel fornire le informazioni e nel rielaborarle, anche al fine di costruire report sintetici utili sia agli amministratori, per riorientare la loro azione, sia ai cittadini, per conoscere i servizi attivati, le scelte organizzative e gli effetti prodotti. Si tratta di un percorso che intende evidenziare, confermare, correggere o abbandonare le strade scelte e intraprese, fino a diventare parte integrante e qualificante della programmazione delle politiche sociali, e va inteso come un'occasione di crescita e di miglioramento continuo a più livelli, pur configurandosi come un'attività di controllo sull'efficacia delle politiche e

sulla correttezza dei processi di realizzazione dei servizi e della spesa equivalente.

È necessaria un'iniziale condivisione, con i soggetti coinvolti, delle finalità e degli obiettivi del monitoraggio nel suo complesso. Vanno considerate le caratteristiche e le responsabilità dei soggetti pubblici e privati presenti nel contesto, le aspettative, le motivazioni e le precondizioni che possono favorire una concertazione relativa ad aspetti e questioni da inserire nel lavoro di monitoraggio. Il sistema proposto consiste in diverse fasi e in una serie di strumenti (set di indicatori inseriti nella piattaforma, compilati in modo progressivo e costante) che alla fine di ogni anno permetteranno una puntuale verifica in merito alla qualità ed efficacia degli interventi sistemici in tutto il territorio regionale, in stretto rapporto con l'Osservatorio regionale. Tale sistema di controllo costituirà il data-set di indicatori di base su cui costruire la successiva fase di valutazione d'impatto sociale prevista nel successivo capitolo I.

### **Organizzazione territoriale per gli adempimenti valutativi**

I Distretti sociosanitari, attraverso l'Ufficio di Piano, devono organizzarsi con risorse, competenze, professionalità e una metodologia proprie per lo svolgimento delle funzioni di programmazione, gestione, amministrazione e valutazione. Organizzativamente ciascuna di queste funzioni deve essere

presidiata da un referente, al quale ogni attore del processo può e deve rivolgersi. Esso sarà anche il referente per i responsabili degli uffici regionali.

Per garantire continuità all'Ufficio di Piano, è indispensabile che il Coordinatore che sarà individuato disponga delle competenze adatte alle funzioni che dovrà esercitare, che il suo incarico sia almeno triennale, e che possa garantire un impegno per un numero adeguato di ore settimanali.

Un passaggio cruciale sarà l'elaborazione di indicatori di monitoraggio della qualità dei processi in atto, che costituiranno per la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali il presupposto di attribuzione delle premialità su base annuale ai Distretti più virtuosi e che saranno definiti sulle seguenti possibili aree di valutazione:

- Il miglioramento della qualità dei processi di governance sociale.
- L'attivazione e/o l'implementazione della gestione associata.
- La costituzione dei Consorzi tra Comuni per la gestione integrata dei servizi.
- L'innovazione del sistema di progettazione e attivazione dei servizi di ambito.
- Il miglioramento della qualità dei servizi di accesso e presa in carico tramite il PUA integrato.
- L'adeguatezza e tempestività della spesa annuale.
- La qualità e l'efficacia dei servizi attivati.
- La capacità di cofinanziamento da parte dei Comuni e/o il reperimento di ulteriori risorse finanziarie provenienti dal contesto economico locale.

- L'innovatività dei processi attivati in ambito sperimentale.
- Il grado di implementazione e il rispetto della tempistica del Sistema informativo regionale.

#### **F. Modalità di erogazione delle prestazioni e condizioni di esigibilità**

Una delle finalità principali del Piano sociale, come già anticipato nel capitolo C, consiste nell'individuare gli obiettivi di servizio da garantire in modo uniforme su tutto il territorio regionale, e ciò in termini di:

- modalità di accesso al sistema integrato;
- diritto alla presa in carico, con la garanzia di tempi certi;
- progettazione personale, con la definizione del mix più appropriato di servizi, interventi e trasferimenti, e relative modalità di gestione (diretta, indiretta o mista) e finanziamento;
- partecipazione attiva della persona, o della sua famiglia, nella definizione del proprio progetto personale;
- esercizio consapevole della libertà di scelta o della scelta fra soluzioni alternative.

La fissazione di obiettivi di servizio consente di effettuare una pianificazione verosimile delle risorse necessarie e fornisce ai Distretti sociosanitari importanti parametri di riferimento per la programmazione territoriale.

Per identificare correttamente gli obiettivi di servizio occorre fare riferimento a tre indicatori:

- **il fabbisogno:** si tratta di individuare il parametro più appropriato per soddisfare la domanda potenziale, nella convinzione che su tutto il territorio di riferimento debbano essere garantite determinate prestazioni (o volumi di prestazioni o risorse finanziarie) in rapporto a entità predefinite (come ad esempio il numero di abitanti). Il vantaggio di tali indicatori consiste nel fatto che permettono di effettuare calcoli numerici in modo abbastanza agevole, non essendo strettamente ancorati a bisogni manifesti, possono essere applicati anche a prestazioni di carattere promozionale o preventivo. Lo svantaggio consiste, invece, nel fatto che essi risultano statici e poco flessibili rispetto alle peculiarità locali e alle esigenze specifiche legate a determinate aree di intervento;
- **la dinamica temporale:** si tratta di prevedere l'andamento nel tempo della domanda potenziale e quindi di stimare l'entità della crescita delle prestazioni (o dei volumi di prestazioni o delle risorse finanziarie) da garantire. La dinamica nel tempo deve essere necessariamente calcolata in modo più empirico rispetto a quanto avviene per i fabbisogni, e deriva dalle analisi compiute sui dati raccolti dal Sistema informativo e dai risultati di indagini specifiche condotte dall'Osservatorio regionale;
- **gli standard di qualità:** si tratta di selezionare alcuni criteri qualitativi per il sistema integrato e/o per le prestazioni sociali e sociosanitarie, e di fissare gli standard da assicurare su tutto il territorio regionale. Anche in questo caso le finalità sono quelle di omogeneizzazione territoriale e di sviluppo dei servizi, sul piano però della qualità.

Ovviamente, nel fissare gli obiettivi di servizio, occorre tener conto della loro finanziabilità e realizzabilità.

Infine, alla luce dei mutamenti delle condizioni socio-demografiche a livello locale, è indispensabile riesaminare costantemente i fabbisogni complessivi calcolati per il triennio, per verificarne la congruità rispetto agli andamenti effettivi e alle trasformazioni avvenute a livello nazionale, regionale e di singolo

#### **Distretto sociosanitario.**

Per evitare che le scelte effettuate non corrispondano al sentire della collettività, non risultino appropriate rispetto ai bisogni e divengano fonte di conflitto invece che di coesione sociale, è necessario che siano sostenute da analisi rigorose della situazione, ma soprattutto risultino il frutto di un processo di condivisione, che negozi i punti di vista soggetti per renderli oggettivi.

Solo attraverso una prassi di governance allargata è possibile, infatti, radicare un'assunzione di responsabilità da parte della comunità. E questo è vero, non soltanto nella fase di analisi della situazione e di individuazione delle priorità, ma anche in quella di implementazione e valutazione dei risultati.

## **G. Modalità di raccordo fra programmazione regionale e locale**

### **Il ciclo programmatico**

I servizi sociali e sociosanitari sono spesso “schiacciati” sulle emergenze, in una logica “re-attiva” che genera stress lavorativo, inefficienze, scarsa efficacia e bassa qualità delle prestazioni. Il Piano sociale intende contribuire a superare questi rischi, proponendo, a tutti i livelli, un approccio centrato sul ciclo della programmazione. Si tratta quindi di organizzare il lavoro secondo un percorso coerente, che parte dall’analisi dei bisogni e delle risorse per identificare obiettivi, priorità e mete da raggiungere. In ragione di queste si programmano, implementano e gestiscono le attività, i cui esiti vengono valutati in modo rigoroso, per fornire gli elementi di giudizio, fondati sulla realtà, su cui si baserà la nuova pianificazione.

Il capo VI della legge regionale 11/2016 considera in primo luogo due livelli territoriali per la programmazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali:

- quello dell’intera Regione (artt. 33, 46 e 47);
- quello dei Comuni associati nei Distretti sociosanitari (artt. 35 e 48).

I due livelli di programmazione non sono indipendenti, ma sequenziali. La pianificazione locale, elaborata a partire dai bisogni e dalle risorse del territorio, è definita in coerenza con le priorità e gli obiettivi del Piano regionale, in quanto concorre al loro raggiungimento. Nello stesso tempo, l’analisi degli elementi che emergono dalle problematiche locali e dai risultati ottenuti nei vari territori costituiscono la base per l’individuazione delle strategie di intervento e per la programmazione regionale.

Assicurare coerenza tra i due livelli programmatici non è superfluo, né un obbligo burocratico. Non basta perciò che i Piani sociali di Zona contengano riferimenti formali alle misure e agli indicatori previsti nel Piano regionale, né che questo accenni in modo generico alle situazioni e alle problematiche dei diversi territori.

Si tratta invece di un impegno sostanziale, necessario per la creazione di un sistema integrato di servizi e interventi in grado di rispondere in modo armonico ed equo ai differenti bisogni della popolazione, in tutto il territorio del Lazio.

Il raccordo tra la programmazione regionale e quella locale esige l’adozione di diverse misure che favoriscano una più razionale e fluida comunicazione tra tutti gli attori sociali, con regole chiare e procedure più semplici. Nello stesso tempo, una maggiore armonizzazione delle diverse programmazioni sarà facilitata dalla previsione di fondi sufficientemente certi, erogati entro tempi che permettano di evitare difficoltà nella pianificazione, allocazione e gestione delle risorse, riducendo il rischio di discontinuità dei servizi.

Funzionale a entrambe le azioni sopra indicate è la necessaria conoscenza delle situazioni sostanziali dei territori sui quali esse andranno a essere realizzate, in modo da poterle calibrare in coerenza con i bisogni emergenti e in seguito verificarne l’efficacia. In questo senso il raccordo tra la programmazione regionale e quella locale dovrà passare attraverso due attività, tra loro interconnesse e coordinate: da un lato, un lavoro di monitoraggio costante, consistente in un’analisi del bisogno da aggiornarsi annualmente a livello regionale su base quali-quantitativa, anche a mezzo dell’implementazione di un sistema informativo uniforme; dall’altro, un’attività di analisi e studio dei dati così ricavati, associata alla lettura condivisa tra Regione e Uffici di Piano di appositi report di medio termine degli interventi attuati a livello territoriale.

In alcuni casi sarà necessario mettere a disposizione servizi di assistenza tecnica per le amministrazioni che manifestano difficoltà nella programmazione dei servizi e nell’utilizzo coerente e tempestivo delle risorse disponibili. Al riguardo la Regione adotterà strumenti utili a sostenere normativamente il processo di stabilizzazione del personale tecnico impegnato nei servizi. Il Piano prevede inoltre un forte investimento in azioni di governance finalizzate alla creazione di forme stabili per la gestione associata dei servizi e degli interventi sociali (Consorzi o Unioni dei Comuni) e per il buon funzionamento dell’Ufficio di Piano, che costituisce la struttura tecnico-

amministrativa nella quale, attraverso opportune forme di coordinamento, si realizza l'integrazione tra i Comuni associati e la ASL competente per territorio.

L'organizzazione e il funzionamento dell'Ufficio di Piano sono stabiliti, ai sensi dell'art. 45, 4° comma della legge regionale 11/2016, da apposite linee guida regionali, che ne armonizzeranno alla legislazione vigente le modalità già stabilite nello schema tipo di regolamento adottato con deliberazione della Giunta regionale del 24 giugno 2014, n. 395.

L'azione strategica dell'Ufficio di Piano si realizza essenzialmente attraverso la circolazione delle informazioni, l'attivazione di tavoli di lavoro tematici e di ordine generale, momenti di verifica e valutazione dei risultati raggiunti; le attività devono coinvolgere i Comuni, il distretto, i cittadini e le cittadine singoli o associati, il terzo settore e le organizzazioni sindacali, in un'ottica che considera i

vari soggetti protagonisti dell'intero processo programmatico.

I Comuni associati nei distretti sociosanitari sono tenuti a garantire il regolare funzionamento dell'Ufficio di Piano attraverso l'individuazione delle necessarie risorse umane e finanziarie proprie, eventualmente integrate da una quota di quelle regionali, nel rispetto delle disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti e del principio dell'onnicomprendività del trattamento economico dei pubblici dipendenti nei limiti previsti per la spesa del personale.

Qualora presso i Comuni associati non siano presenti figure professionali idonee, ovvero i Comuni stessi non siano in grado, per motivi organizzativo-funzionali, di mettere a disposizione le suddette unità di personale, ivi compreso il Coordinatore, i Comuni associati acquisiscono le risorse umane necessarie ricorrendo agli strumenti contrattuali previsti dalla normativa vigente.

A seguito dell'approvazione dell'Accordo di Programma con la ASL, quest'ultima può distaccare proprie unità di personale presso il Comune o l'Ente Capofila, da assegnare all'Ufficio di Piano per lo svolgimento delle attività connesse alla gestione associata dei servizi sociali e specificatamente ad attività di integrazione sociosanitaria.

## **Il Piano di Zona**

La programmazione locale si concretizza essenzialmente nel Piano sociale di Zona, i cui modelli saranno elaborati tenendo conto dell'esperienza acquisita in questi anni e delle sollecitazioni dei responsabili degli Uffici di Piano. Sarà adottato un approccio meno rigido e, come tale, più rispondente ai mutevoli bisogni del territorio, con margini di flessibilità che lascino spazio alle responsabilità dei decisori locali, assicurando comunque la coerenza tra il quadro programmatico locale e quello regionale.

Il Piano sociale di Zona ha durata triennale e viene aggiornato annualmente. I nuovi modelli - approvati con deliberazione della Giunta regionale (LR 11/2016, artt. 48, 50 e 71) - saranno elaborati in modo da consentire un'articolazione "a matrice", in grado di incrociare i livelli essenziali dei servizi e degli interventi (di accesso e presa in carico, comunitari, di lotta alla povertà e all'emarginazione sociale, a carattere domiciliare, diurno, a temporalità limitata, residenziale), con i

relativi gruppi target (popolazione in generale, famiglie, minori, persone anziane, con disabilità, gruppi particolarmente vulnerabili).

Il Piano sociale di Zona è predisposto dall'Ufficio di Piano e approvato dagli organismi di indirizzo e programmazione di cui all'articolo 44 della legge regionale 11/2016, d'intesa con l'Azienda Sanitaria Locale competente (limitatamente alle attività sociosanitarie), con il coinvolgimento sostanziale delle organizzazioni sindacali e delle reti associative di secondo livello del terzo settore - volontariato, Aps, cooperazione sociale - delle Consulte sulla disabilità, delle associazioni di utenti e familiari e a seguito di percorsi di redazione partecipata inclusiva, in appositi tavoli tematici, delle organizzazioni di primo livello e di associazioni di cittadini e utenti.

I tavoli tematici sono convocati dall'Ufficio di Piano, che ne individuerà la platea dei partecipanti anche attingendo agli appositi albi e registri regionali degli organismi del terzo settore aventi sedi legali o operative nei rispettivi territori. Di ciascun tavolo tematico dovranno essere convocati

almeno due incontri annuali, uno dei quali preliminare alla programmazione territoriale – per il censimento dei bisogni, l'emersione di nuovi e la valutazione degli interventi in corso – e uno successivo, per la verifica della programmazione svolta.

Tali meccanismi di partecipazione presuppongono la predisposizione, in capo all'Ufficio di Piano, di un sistema di monitoraggio e valutazione che da un lato presieda a scelte di programmazione e di affidamento dei servizi quanto più possibile rispondenti ai bisogni rilevati e, dall'altro, consenta una valutazione *ex post* del Piano sociale di Zona in termini di impatto, da condividersi con le realtà operanti sul territorio di riferimento.

Il Piano sociale di Zona si configura come lo strumento di programmazione di tutti gli interventi e i servizi del sistema integrato locale da realizzare nell'ambito del Distretto sociosanitario. È comprensivo dunque delle diverse programmazioni che in passato sono state elaborate in modo separato (ad es. Piano distrettuale per le non autosufficienze, interventi sociali per la popolazione soggetta a provvedimenti dell'autorità giudiziaria ed ex carcerati, progetti per la prevenzione delle dipendenze patologiche e per il reinserimento socio-lavorativo degli ex tossicodipendenti e altre misure che riguardano il settore socioassistenziale).

Esso distingue – senza separare – la programmazione delle azioni di welfare rivolte alle persone, alle famiglie, ai gruppi e alla cittadinanza da quelle di sistema, che rispondono a responsabilità istituzionali (pianificazione, monitoraggio, autorizzazioni, impegno e rendicontazione delle risorse finanziarie, vigilanza e valutazione).

Il Piano di Zona non ha solo la funzione di una corretta programmazione tecnicoamministrativa delle risorse finalizzate alla realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali nel territorio. Esso è anche uno strumento che, improntato all'utilizzo di un linguaggio chiaro, che favorisca la comprensione dei processi da parte di tutti, garantisce la comunicazione e la partecipazione dei cittadini e delle cittadine e degli attori sociali in tutte le fasi del ciclo programmatico. Si tratta di un aspetto non accessorio, ma costituente l'essenza stessa dell'intero processo programmatico, che senza un adeguato livello di partecipazione risulterebbe un esercizio burocratico e rischierebbe di essere inefficace. Il Piano deve pertanto essere messo a disposizione di tutti gli interessati, nel rispetto dei criteri di accessibilità, anche in versioni semplificate e facilmente comprensibili dai non addetti ai lavori.

### **La programmazione di area vasta**

Il raccordo tra le diverse programmazioni sociali non si esaurisce però solo tra il livello regionale e quello distrettuale. Se si prende in considerazione l'intera legge regionale 11/2016, nonché la particolare configurazione del Lazio (in cui spicca la presenza di Roma Capitale), si comprende come si rendano necessarie anche altre programmazioni, ad un livello intermedio:

- quella della Città metropolitana di Roma Capitale e delle Province;
- quella che riguarda Roma Capitale, con i suoi Municipi.

Per quanto riguarda la Città metropolitana di Roma Capitale e le Province, l'art. 34 della LR 11/2016 prevede che, nelle more della riforma costituzionale e delle relative norme di attuazione, questi enti territoriali di area vasta esercitino alcune funzioni concernenti l'assistenza alle persone con disabilità sensoriali e concorrano alla programmazione e realizzazione degli interventi per la protezione, l'accoglienza e l'inclusione delle donne vittime di violenza (anche con figli) e dei cittadini e delle cittadine immigrati, richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione.

In relazione a Roma Capitale, l'art. 36 della LR 11/2016 prevede che essa concorra alla determinazione degli obiettivi della programmazione sociale e sociosanitaria della Regione, nonché alla loro specificazione e attuazione nel proprio territorio, adottando, in conformità ai contenuti del Piano sociale regionale, propri atti per la pianificazione e la realizzazione del sistema integrato, avvalendosi degli organi di decentramento amministrativo previsti dal proprio statuto (i Municipi).

La Giunta regionale, contestualmente all'approvazione degli schemi-tipo per i Piani sociali di Zona, sentite le parti interessate e in accordo con i decisori di Roma Capitale, fornirà linee guida per la

programmazione di area vasta. In particolare, saranno fornite indicazioni per la specifica programmazione sociale dei Municipi, di Roma Capitale e della Città Metropolitana. I relativi Piani dovranno in ogni caso assicurare l'interfacciabilità con quelli degli altri territori, in modo da consentire una visione unitaria dell'intera programmazione regionale e il trattamento di dati comparabili.

### **Strumenti di raccordo programmatico**

La complessa articolazione che caratterizza il territorio del Lazio esige una strumentazione in grado di assicurare un forte raccordo e coordinamento tra i diversi livelli territoriali, per garantire la coerenza degli obiettivi e il confronto tra i processi e i risultati raggiunti in ciascun ambito.

A tal fine, la Giunta regionale, contestualmente all'approvazione degli schemi per i Piani sociali di Zona, adotterà i seguenti provvedimenti:

- revisione e rafforzamento delle Consulte e dei Tavoli di confronto tematici, che dovranno avere una operatività stabile, con incontri periodici;
- promozione e attivazione dei "Tavoli interdistrettuali di coordinamento degli Uffici di Piano", a livello di ASL;
- organizzazione della "Cabina di regia" del Piano sociale regionale, con compiti di monitoraggio e assistenza tecnica.

### **H. Entità e modalità di finanziamento del sistema integrato**

Il sistema di welfare integrato della Regione Lazio è forte di un'elevata componente pubblicistica, rappresentata da vari soggetti istituzionali, Comuni singoli e associati, Comunità montane e Consorzi di Comuni, che offrono prestazioni e servizi socioassistenziali e sociosanitari ai cittadini ed alle cittadine laziali gestiti prevalentemente in maniera etero-diretta, a fronte di una discreta applicazione dei principi della sussidiarietà orizzontale tra pubblico e privato e del principio di libera scelta da parte della persona del fornitore di servizio. Sul piano istituzionale l'organizzazione dei servizi ha una dimensione territoriale e di popolazione servita dagli enti gestori ridotta e parcellizzata rispetto a quella delle ASL di riferimento, che, a seguito del processo di accorpamento territoriale realizzato in quest'ultimo biennio, oggi comprendono nei propri confini più enti gestori dei servizi socioassistenziali e sociosanitari. L'attuale sistema dei servizi e degli interventi presenta elementi di criticità in termini di efficienza, efficacia e non omogeneità dei servizi sul territorio dovuti principalmente ad una mancanza di innovazione nell'erogazione delle prestazioni, e crescita dei costi di gestione.

Tali criticità trovano la loro ragion d'essere in fattori strutturali, quali:

- eccessiva frammentazione territoriale degli enti locali gestori delle funzioni sociali;
- conseguente moltiplicazione dei costi soprattutto di natura amministrativa, suddivisi in spese per gli organi direzionali, per i servizi di gestione del personale e dell'area economico-finanziaria, necessari all'erogazione dei servizi e degli interventi sui territori di riferimento, che incidono sul costo finale delle prestazioni erogate alla persona;
- difficoltà di programmazione zonale e di programmazione dell'area dell'integrazione sociosanitaria per la compresenza sul territorio di un'unica ASL e di più enti gestori dei servizi socioassistenziali e sociosanitari.

Nelle seguenti tabelle, elaborate sulla base degli ultimi dati ISTAT[1] disponibili, si può evidenziare quanto è stato speso nella Regione Lazio per il sistema delle politiche sociali.

I Comuni singoli e associati della Regione dichiarano una spesa complessiva di 943.960.660, per un valore pro-capite di 171 euro, a fronte dei 117 euro della media nazionale.

**Tab. 1 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per Regione e ripartizione geografica - Anno 2012 e PIL pro-capite per Regione e ripartizione geografica - Anno 2014 (valore assoluto e pro-capite in euro)**

	Spesa dei Comuni singoli o associati *	Spesa procapite**	PIL procapite
Piemonte	570.559.389	131	27.763
Valle d'Aosta	35.251.923	277	37.028
Liguria	194.458.735	124	29.026
Lombardia	1.191.204.826	122	35.044
Bolzano	134.061.445	264	39.894
Trento	134.234.247	254	33.943
Veneto	540.019.419	111	30.034
Fr. Venezia Giulia	294.340.028	241	27.856
Emilia Romagna	728.663.415	167	32.487
Toscana	491.761.585	134	28.926
Umbria	78.587.048	89	23.916
Marche	167.172.094	108	25.247
Lazio	943.960.660	171	31.673
Abruzzo	80.014.005	61	23.122
Molise	13.110.393	42	20.326
Campania	268.931.332	47	16.822
Puglia	268.130.230	66	16.919
Basilicata	38.331.446	66	18.740
Calabria	48.270.637	25	16.177
Sicilia	384.521.522	77	17.031
Sardegna	376.807.482	230	19.791
Nord-ovest	1.991.474.873	126	32.468
Nord-est	1.831.318.554	159	31.358
Centro	1.681.481.387	144	29.419
Sud	716.788.043	51	17.509
Isole	761.329.004	115	17.711
ITALIA	6.982.391.861	117	26.548

\* Si intende la spesa in conto corrente di competenza impegnata nel 2012 per l'erogazione dei servizi o degli interventi socio-assistenziali da parte di Comuni singoli e associati. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente). La spesa è indicata al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale.

\*\* Rapporto tra la spesa dei Comuni singoli e associati e la popolazione residente nella Regione o nella ripartizione geografica.

Nell'ambito della spesa sociale regionale, la quota di spesa afferente alla Provincia di Roma risulta pari all'88%, per una spesa pro-capite di 207 euro, significativamente superiore alla media laziale. Alle restanti Province afferisce il restante 12% della spesa sociale rilevata, per valori pro-capite tutti inferiori, in modo consistente, alla media regionale.

**Tab. 2 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati nel Lazio per Provincia - Anno 2012 (valore assoluto e spesa pro-capite in euro)**

	Spesa dei Comuni singoli o associati	Spesa pro-capite*
Lazio	943.960.660	171
Viterbo	23.101.957	74
Rieti	17.024.184	109
Roma	833.606.047	207
Latina	35.944.794	66
Frosinone	34.283.678	70

\* *Rapporto tra la spesa dei Comuni singoli e associati e la popolazione residente nella Regione o nella Provincia.*

Per quanto attiene agli enti gestori delle funzioni sociali, il 94,82% della spesa sociale regionale è ascrivibile ai singoli Comuni e il 4,70% ai Distretti sociosanitari; residuale è invece la quota afferente agli enti associativi. Diversa appare la situazione media nazionale, dove la percentuale della spesa relativa ai Comuni è del 75,53%, mentre la quota dei Consorzi è del 6,01%.

**Tab. 3 - Spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per ente gestore, per Regione Lazio e ripartizione geografica - Anno 2012 (distribuzione percentuale)**

	Comune	Distr.soc.	Com montana	Cons. ASL	Unione di Comuni	Altra associazione di Comuni
Lazio	94,82	4,70	0,04	0,04	-	0,40
Nordoves	76,98	4,14	2,61	15,09	0,58	0,54
Nord-est	60,40	8,23	0,18	2,08	12,09	4,31
Centro	84,90	3,80	0,41	4,75	4,08	0,89
Sud	70,29	27,97	1,46	0,11	-	0,17
Isole	92,36	7,56	-	-	-	0,08
ITALIA	75,53	7,95	1,04	6,01	4,32	1,53

Guardando alle fonti di finanziamento del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, emerge che nel Lazio il 72,5% della spesa è coperto dai Comuni con risorse proprie, a fronte del 67,2% registrato a livello Italia. Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali finanzia il sistema laziale solo per il 4,0%, a fronte dell'8,0% registrato nella media del Paese, mentre è in linea col dato nazionale la quota relativa ai Fondi regionali (16,8% nel Lazio).

**Tab. 4 - Spesa sociale dei Comuni singoli e associati per fonte di finanziamento, per Regione Lazio e ripartizione geografica - Anno 2012 (distribuzione percentuale)**

Così come accade a livello nazionale, oltre l'80% della spesa sociale dei Comuni laziali singoli e associati è destinato a tre aree di utenza, anche se con percentuali differenti rispetto alla media italiana: il 43,5% è rivolto a Famiglie e minori (contro il 40,0% della media nazionale), il 23,0% alla Disabilità (contro il 24,3%) e il 15,2% agli Anziani (contro il 19,1%).

Una distribuzione della spesa diversa da quella registrata a livello Italia si rileva invece per le aree Immigrati e nomadi (4,7% vs 2,8% nazionale) e Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora (11,3% vs 7,7%).

Soffermandosi in modo specifico sulla situazione della Regione Lazio emerge come la quota più significativa della spesa sociale, pari a 410.853.660 euro, sia indirizzata all'area Famiglie e minori, di cui 270.071.792 sono destinati agli asili nido (definizione che comprende, oltre agli asili nido tradizionali, i micronidi e le sezioni primavera) sia per le strutture comunali che per le rette e i contributi pagati dai Comuni per gli utenti degli asili nido privati.

Sugli andamenti registrati nel Lazio incide in modo preponderante il comportamento del territorio della Provincia di Roma, che, lo ricordiamo, pesa per l'88% sulla spesa sociale complessiva dei Comuni singoli e associati della Regione. In particolare, ciò emerge con estrema evidenza riguardo alla spesa pro-capite, che pone il Lazio in una posizione medio-alta della classifica regionale in ragione principalmente degli elevati livelli di spesa pro-capite rilevati nella Provincia di Roma, a fronte di valori calcolati nelle restanti Province che appaiono in linea con quelli del Mezzogiorno.

La legge regionale 11/2016 prevede un sistema plurimo di finanziamento delle politiche sociali che riconosce la prima titolarità della spesa ai Comuni suddivisi nei vari Distretti sociosanitari e la compartecipazione alla Regione nei suoi diversi livelli istituzionali. Le fonti di finanziamento che confluiscono nel Fondo Sociale Regionale sono descritte nell'art. 64 della predetta legge e si

distinguono in vari livelli: risorse statali (Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e altri Fondi nazionali finalizzati); risorse regionali; risorse provenienti da organismi dell'Unione europea.

Anche le persone che utilizzano i servizi sono chiamate a farsi carico di una piccola quota dei costi delle prestazioni sociali e sociosanitarie erogate negli ambiti dei Piani di Zona. La quota viene stabilita con lo strumento della situazione economica equivalente (ISEE).

Al finanziamento del welfare regionale e dei suoi servizi contribuiscono, infine, soggetti privati di varia natura quali le fondazioni di origine bancaria, l'associazionismo e il volontariato attraverso il 5 per mille, soggetti imprenditoriali, e, non in misura minore, le donazioni filantropiche.

Il raggiungimento degli obiettivi individuati dal Piano sociale regionale è strettamente collegato alle risorse finanziarie disponibili per la loro realizzazione.

Relativamente alle risorse finanziarie la Regione si muove dunque in un'ottica che è insieme di integrazione e miglioramento organizzativo delle risorse disponibili nelle comunità locali, risorse economiche, strutturali e umane già organizzate nei Distretti sociosanitari e destinate dai Comuni alle politiche sociali, alle quali vanno aggiunte le risorse economiche trasferite agli ambiti dal Fondo Sociale Regionale che finanzia il sistema articolato dei Piani di Zona, secondo un criterio di ripartizione costruito sulla base di un indice composto dalla densità demografica, dall'indice di isolamento territoriale, dagli indici di vulnerabilità sociale e dai criteri di salvaguardia per i Comuni di piccola dimensione.

Resta, in ogni caso, l'obbligo di provvedere, comunque, alla copertura finanziaria delle prestazioni connesse ai livelli essenziali di assistenza sociale. La Regione definisce così un "sistema di governance multilivello" di politiche coordinate e integrate dell'Unione Europea, dello Stato, della Regione e dei Comuni.

I Comuni, titolari delle funzioni amministrative relative alla realizzazione delle attività e degli interventi sociali, garantiscono risorse finanziarie, le quali, affiancandosi alle risorse messe a disposizione dello Stato, dalla Regione e dagli utenti, assicurano il raggiungimento di livelli di assistenza adeguati ai bisogni espressi dal proprio territorio.

La Giunta regionale del Lazio, di concerto con i Comuni singoli e/o associati, individua una quota capitaria sociale, necessaria per assicurare i livelli essenziali e omogenei delle prestazioni.

La legge regionale 11/2016 ribadisce che questo intervento finanziario della Regione ha carattere contributivo, rispetto all'intervento primario comunale, ed è finalizzato a sostenere il consolidamento su tutto il territorio regionale della rete dei servizi sociali definiti nei vari Distretti sociosanitari, in modo che essi siano qualitativamente omogenei e rispondenti alle effettive esigenze delle comunità

locali. Le risorse del Fondo Sociale Regionale sono prioritariamente destinate alla contribuzione finanziaria dei Piani di Zona conformi alle indicazioni e agli obiettivi fissati dalla Regione attraverso il Piano sociale. Il Fondo Regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali è ripartito annualmente tra gli enti gestori delle attività socioassistenziali e sociosanitarie, secondo i criteri individuati dalla Giunta regionale.

### **Fondo Sociale Regionale**

Il Fondo viene pertanto ripartito in quattro parti:

- trasferimenti ordinari ai Distretti sociosanitari (quota non inferiore all'80% del totale) a carattere contributivo e perequativo, rispetto all'impegno finanziario dei Comuni, per il mantenimento e il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari, e in particolare per l'attuazione degli obiettivi di servizio correlati ai livelli essenziali delle prestazioni sociali e all'attivazione dei PUA;
- fondo di solidarietà interistituzionale (quota non inferiore al 5% del totale richiedibile una sola volta nel corso del triennio) per interventi urgenti non programmabili ed eccezionali che creano squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni, e comunque previa presentazione del rendiconto delle spese ordinarie sino ad allora sostenute e di una relazione tecnica

corredata di una pianificazione finanziaria, che giustifichi la richiesta dell'intervento economico aggiuntivo.

- interventi di interesse regionale, (art. 46, comma 2, lettera j) e interventi che assumono valenza di strumenti di qualificazione del sistema e di progressiva attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, di sperimentazione di azioni trasversali e di interventi conseguenti ad obblighi di legge (utilizzando le risorse non destinate agli interventi precedenti e comunque non superiori al 5% del totale);
- interventi di premialità per i Distretti che hanno dimostrato un'elevata performance sugli indicatori di cui al capitolo E, per interventi innovativi di cui al seguente capitolo I (usando le risorse non destinate agli interventi precedenti e comunque per una quota non superiore al 10% del totale).

### **Risorse**

Le risorse finanziarie complessive a disposizione della Regione Lazio per l'attuazione del Piano sociale regionale sono indicate nelle seguenti Tabelle di Previsione Programmazione triennale, i cui dati sono stati ricavati dai documenti tecnici di accompagnamento del bilancio regionale 2017-2019 approvati dalla Giunta regionale con le deliberazioni del 31/12/2016 n. 857 e 858:

#### **RISORSE STANZIATE PER L'ANNUALITA' 2017**

Le somme riportate nelle tabelle che precedono (a cui si fa rinvio), limitatamente all'annualità 2017, sono integrate da:

- risorse statali erogate per l'attuazione della legge 112/2016 "Dopo di noi", il cui primo decreto attuativo assegna al Lazio la somma di euro 9.090.000,00 per la prima annualità, che si realizzerà nel 2017;
- risorse statali concesse per il finanziamento di Programmi distrettuali per la vita indipendente delle persone con disabilità, relative ai bandi ministeriali 2014-2015-2016 la cui attuazione andrà a regime nel 2017, per un ammontare complessivo di 5.300.000,00 euro (compreso il cofinanziamento regionale del 20%);
- risorse statali assegnate per l'anno 2016 per interventi di sostegno per le donne vittime di violenza, per un importo di euro 2.328.713,00, da utilizzare nel 2017 per il mantenimento e il potenziamento della rete di case rifugio e centri antiviolenza e altri interventi mirati;

Per la piena realizzazione degli obiettivi individuati, oltre alle risorse indicate nelle tre tabelle sopra riportate, saranno utilizzati i fondi provenienti dal POR FSE 2014-2010 – obiettivo tematico 9 – ammontanti complessivamente a 132.000.000,00 di euro, come da tabella dettagliata di seguito riportata, la cui utilizzazione è stata avviata e andrà a pieno regime nel triennio di vigenza del Piano.

#### **RISORSE FINANZIARIE DEL POR FSE 2014-2010. OBIETTIVO TEMATICO 9 - INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA'**

*All'utilizzazione delle suddette risorse, per ciascun intervento complessivo, si provvede con successiva deliberazione in conformità a quanto stabilito con la delibera di Giunta regionale n. 14 del 17 gennaio 2017, e fatto salvo quanto previsto dalla manovra di finanza pubblica di cui all'art. 1 commi 680 e 682 della legge 208/2015 con riferimento alle risorse statali.*

Nella fase di pianificazione finanziaria dei servizi e dei livelli essenziali previsti dal Piano, una quota di risorse è stata destinata a cofinanziare le attività sociali a rilevanza sanitaria e all'attivazione dei Punti Unici d'Accesso (art. 46, comma 2, lettera h). Tale quota è prevista all'interno della quota generale dell'80% dei trasferimenti finanziari ai Distretti sociosanitari.

L'adozione del Piano sociale richiede inoltre una disciplina della fase di transizione. Gli strumenti di programmazione zonale dovranno transitare dai tempi e dalle annualità di programmazione regionale precedenti, attuati con linee guida ex legge n. 328/2000, ai tempi e alle disposizioni

contenute nel presente Piano, nonché nelle disposizioni di attuazione operativa che verranno successivamente emanate.

Nella prima annualità di attuazione del presente Piano, è pertanto necessario avviare, strutturando un sistema di assistenza governato dalla Direzione Regionale, una omogeneizzazione economica e strutturale tra i diversi Piani di Zona, in maniera che la loro attuazione successiva coincida con il periodo di vigenza del Piano sociale regionale. Questa esigenza, oltre ad essere necessaria formalmente, è ancora più necessaria operativamente in quanto consentirà di applicare uniformemente il modello di valutazione e monitoraggio e la messa in atto delle azioni previste dal Piano alle stesse scadenze per tutti. Una tale sincronizzazione dei tempi di attuazione e dell'utilizzo dei fondi garantirà, inoltre, la possibilità di prevedere un coordinamento delle misure di interesse generale e della rendicontazione dei costi, che permetterà una seria valutazione funzionale alla successiva programmazione triennale.

Stanti tali premesse, si indicano i principi guida da seguire nel percorso di sincronizzazione dei Piani di Zona:

- prevedere l'emanazione di una procedura di revoca e/o rideterminazione del riparto dei fondi delle annualità precedenti ai Distretti che, trovandosi in ritardo, non potranno completare l'attuazione delle annualità precedenti prima dell'uniforme avvio di attuazione dei nuovi Piani di Zona triennali;
- prevedere una graduazione, sulla base dei dati in possesso, delle date di presentazione dei Piani di Zona, della certificazione della spesa, del monitoraggio dei servizi, nella determinazione del periodo di ritardo e conseguentemente dell'entità dei fondi da revocare e/o rideterminare;
- garantire la continuità dei servizi e degli interventi fino alla partenza dei nuovi Piani di Zona, anche attraverso una proroga di quelli già in essere da parte degli ambiti sociali;
- garantire agli ambiti virtuosi, che sono in linea con i tempi di presentazione dei Piani di Zona o che sono addirittura in anticipo con l'attuazione degli stessi, una compensazione di risorse che vada a coprire i servizi fino all'avvio di quelli previsti nei nuovi Piani di Zona;
- riprogrammare l'impiego delle risorse recuperate che verranno a determinarsi.

### **Parametri per la determinazione del sistema tariffario e della compartecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni**

Nel rispetto dell'autonomia dei Comuni, la Regione Lazio per garantire uniformità nei criteri di accesso al sistema integrato dei servizi ed a maggior tutela dei diritti dei cittadini e delle cittadine laziali, propone modalità di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti. A tale fine si forniscono ai Comuni associati in Ambiti territoriale strumenti condivisi che saranno previsti da un'apposita deliberazione della Giunta regionale che sarà emanata entro 90 gg. dall'approvazione del

Piano sociale regionale.

In base al predetto disposto normativo, alla Regione Lazio spetta la funzione di individuare le soglie minime di esenzione e massime di compartecipazione, mentre è lasciata all'autonomia decisionale dei Comuni associati in Ambiti Territoriali la facoltà di definire, con proprio regolamento, sia le soglie minime che quelle massime alternative se più favorevoli alle esigenze dei propri cittadini, sia di definire fasce intermedie di reddito e relativa quota di compartecipazione comprese fra le soglie minima e massima.

La quota di compartecipazione dell'utente al costo del servizio è strettamente correlata alla sua situazione reddituale e patrimoniale. Per il calcolo dell'indicatore di situazione economica equivalente ISEE dovrà essere acquisita la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) concernente la situazione reddituale e patrimoniale del richiedente la prestazione agevolata, nonché quella di tutti i componenti il nucleo familiare che andrà redatta conformemente al DPCM 159/2014. Il dichiarante potrà presentare una nuova dichiarazione sostitutiva prima della scadenza in caso di variazione della propria situazione familiare e/o patrimoniale. A tali indicatori reddituali saranno affiancati altri indicatori previsti dalla predetta deliberazione.

Si prevede per il prossimo triennio operativo una messa a regime del citato sistema attraverso il consolidamento delle procedure di inserimento dei dati degli utenti nella piattaforma online da parte delle amministrazioni competenti. In questo modo ed in tempi brevi, gli Uffici di Piano e la Direzione Regionale avranno a disposizione una banca dati contenente l'anagrafica di tutti gli utenti dei servizi con la possibilità di monitorare e studiare le situazioni reddituali e familiari di ciascuno ed eventualmente apportare le dovute modifiche al sistema delle tariffe regionali.

Il monitoraggio delle suddette tariffe garantisce inoltre che l'erogazione del servizio avvenga nel rispetto dei livelli minimi individuati da questo Piano sociale regionale. Esse si applicano ai servizi residenziali e semiresidenziali accreditati il cui costo si pone anche solo in parte a carico dell'ente pubblico. Sono esclusi pertanto i servizi privati non accreditati/convenzionati la cui fruizione è totalmente a carico dei cittadini/utenti.

Attraverso l'istituto dell'accreditamento e la definizione pubblica delle tariffe da corrispondere ai soggetti accreditati per le prestazioni erogate, la Regione Lazio intende garantire l'offerta dei servizi dando garanzia e certezza ai cittadini ed alle cittadine di un buon livello qualitativo dei servizi e della loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale.

### **I. Innovazione**

L'area dell'innovazione è trasversale a tutti gli ambiti di interesse affrontati nel Piano sociale triennale.

I criteri per l'individuazione di aree, processi, servizi riferibili all'innovazione saranno stabiliti attraverso una specifica delibera di giunta.

Di seguito si individuano alcune tematiche che potranno essere oggetto di sperimentazione e di innovazione.

### **Co-progettazione**

Le linee guida che verranno condivise e costruite allo scopo di individuare nuovi strumenti di governance del welfare della Regione Lazio, attraverso la coprogettazione e la cogestione tra enti pubblici e terzo settore, costituiscono una grande novità per la Regione. La co-progettazione nasce con la funzione di allargare la governance delle politiche sociali locali per corresponsabilizzare maggiormente i soggetti in campo e per rafforzare il senso di appartenenza verso i progetti e i programmi di politica pubblica promossi.

La co-progettazione ha per oggetto la definizione progettuale di iniziative, interventi e attività complesse, tenendo conto delle priorità strategiche evidenziate e condivise dall'ente pubblico, da realizzare in termini di partnership tra quest'ultimo e i soggetti del terzo settore individuati in conformità a una procedura di selezione pubblica.

Si tratta quindi di una modalità con cui si vuole migliorare l'efficienza e l'efficacia delle azioni in campo del welfare comunitario, promuovere processi partecipativi di co-progettazione territoriale, individuare promuovere e sostenere progetti di innovazione sociale, di welfare territoriale e inclusione attraverso azioni di prevenzione, promozione dei diritti, sviluppo locale.

Da un punto di vista metodologico, infatti, la co-progettazione è un metodo per costruire politiche pubbliche coinvolgendo risorse e punti di vista diversi, provenienti dal soggetto pubblico e dal terzo settore. Di per sé oggi la spinta ad una rinnovata relazione tra il pubblico e il terzo settore avviene spesso anche indipendentemente dallo strumento contrattuale che si utilizza e la ricerca continua da parte delle persone di risposte a problemi in costante aumento e cambiamento non interroga più solo l'amministrazione pubblica, ma l'intera società civile: singoli cittadini e cittadine e realtà organizzate del terzo settore.

L'idea della co-progettazione prende piede in tempi recenti perché sia gli enti locali, sia i soggetti del privato sociale si trovano oggi ad agire in una cornice che supera il tradizionale rapporto committente-fornitore che aveva caratterizzato la loro relazione fino a qualche tempo fa.

Dunque, la co-progettazione rappresenta una forma di collaborazione tra PA e soggetti del terzo settore per la realizzazione di attività e interventi, in base al principio di sussidiarietà, e fonda la sua

funzione sui principi di trasparenza, partecipazione, corresponsabilità e sostegno dell'impegno privato nella funzione sociale

Utilizzando gli strumenti tecnici operativi di queste nuove modalità di welfare e aumentando le responsabilità condivise ne consegue un cambiamento nell'approccio culturale, passando dal concetto di "problema" a quello di "bisogno".

Il terzo settore, attraverso questo strumento, viene posto davanti ad un'ulteriore sfida, e cioè partecipare alla relazione di partenariato con l'Ente Pubblico, per lo più, non come singole organizzazioni, ma costituendo un'aggregazione, una sorta di "pre-partenariato" tra diverse organizzazioni del terzo settore.

Il DPCM 2001 all'art.1 prevede che le regioni:

- adottino specifici indirizzi per promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi, anche attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità;
- favoriscano la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;
- favoriscano l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali che consentano la piena espressione della capacità progettuale ed organizzativa dei soggetti del terzo settore;
- favoriscano forme di co-progettazione promosse dalle amministrazioni pubbliche interessate, che coinvolgano attivamente i soggetti del terzo settore per l'individuazione di progetti sperimentali ed innovativi, al fine di affrontare specifiche problematiche sociali;
- definiscano adeguati processi di consultazione con i soggetti del terzo settore e con i loro organismi rappresentativi riconosciuti come parte sociale.

Nella co-progettazione devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- a. attraverso la co-progettazione le Amministrazioni pubbliche saranno supportate e coadiuvate dai soggetti del terzo settore nella ricerca di soluzioni tecniche utilizzabili per l'attuazione di progetti innovativi, che abbiano come obiettivo il soddisfacimento della domanda di servizi individuati dall'Amministrazione.
- b. I soggetti della co-progettazione devono essere scelti con una procedura aperta a tutti i soggetti del terzo settore. La collocazione all'interno del Piano di Zona assume caratteristiche strategiche rispetto al modello di sussidiarietà.
- c. La titolarità delle scelte dovrà rimanere in capo all'Amministrazione, la co-progettazione dovrà riguardare interventi innovativi e sperimentali di attività complesse e dovranno essere messe in comune le risorse per l'attuazione di obiettivi e progetti condivisi.
- d. I soggetti che intendono manifestare il proprio interesse a partecipare all'attività di co-progettazione dovranno essere in possesso di tutti i requisiti giuridici di affidabilità giuridicoeconomico- finanziaria di tutti i soggetti del partenariato.
- e. La partecipazione dei soggetti del terzo settore nelle fasi 1, 2 e 3 dovrà essere svolta a titolo gratuito e dovrà essere specificato in fase di selezione che non potranno essere riconosciuti corrispettivi.
- f. Dovranno essere definiti in maniera chiara i limiti dell'attività di coprogettazione.
- g. gli elaborati progettuali dei soggetti che intendono partecipare dovranno contenere: analisi dei problemi, obiettivi, metodi e modalità d'interventi, proposta organizzativa e gestionale, analisi dei costi, specifiche sulla modalità di co-partecipazione. A tal fine i soggetti che vorranno prendere parte al processo, nel definire il progetto dovranno individuare interessi/modalità d'azione comuni e definire la struttura di governance, le rispettive quote di budget e le modalità d'integrazione.

### **Co-housing**

La questione dell'abitare è uno dei fattori su cui si basa l'inclusione sociale. La situazione abitativa è di primaria importanza nella costruzione di percorsi di benessere delle comunità. In questo settore il co-housing rappresenta una linea innovativa di intervento che il Piano sociale intende attivare nel prossimo triennio.

I co-housing sono composti da abitazioni private corredate da spazi e servizi comuni, progettati e realizzati, fin dalla concezione del progetto, in collaborazione con i loro futuri fruitori. Le strutture di co-housing combinano infatti l'autonomia dell'abitazione privata (che garantisce la libertà e la riservatezza dei singoli e delle famiglie) con i vantaggi di servizi, risorse e ambienti condivisi, sia interni che esterni.

L'esperienza ha messo in evidenza i molti aspetti positivi del co-housing, sia dal punto di vista microsociale che da quello macrosociale. Si tratta di soluzioni abitative che:

- in un contesto di progressiva riduzione della numerosità dei nuclei familiari e del aumento delle famiglie monopersonali contribuiscono a contrastare e ridurre la solitudine, soprattutto delle persone anziane;
- promuovono rapporti basati sul rispetto e la comunicazione consapevole, relazioni di buon vicinato, condivisione, mutuo aiuto e responsabilità sociale;
- favoriscono le relazioni tra pari e intergenerazionali, la conciliazione del lavoro con le responsabilità familiari, l'inclusione sociale e la protezione comunitaria dei soggetti più deboli (bambini, anziani, persone con disabilità);
- migliorano la sostenibilità ambientale ed economica, mediante la generazione di economie di scala, la riduzione degli sprechi, il risparmio energetico, il recupero e riuso di beni pubblici e privati, l'autoproduzione di beni e servizi;
- promuovono l'auto-organizzazione, la mutua collaborazione, la cittadinanza attiva e la partecipazione alla vita civica;
- favoriscono l'adozione di misure al miglioramento dell'abitabilità, della salute, della sicurezza e dell'accessibilità dell'abitare, anche mediante la riduzione delle barriere architettoniche e culturali;
- promuovono l'etica dei beni comuni e generano un diffuso benessere personale e collettivo;
- contribuiscono a rivitalizzare il territorio, generando una migliore qualità della vita e lo sviluppo di relazioni positive tra gli abitanti.

In questo contesto, tenendo conto delle migliori esperienze realizzate nel Lazio e in altre regioni, il Piano sociale prevede la sperimentazione di diverse forme di co-housing, non necessariamente alternative tra loro, tra cui il co-housing intergenerazionale, il co-housing di paese e il co-housing agricolo-montano.

### ***Co-housing intergenerazionale***

Sono ormai numerose le esperienze di co-housing intergenerazionali realizzate in diversi contesti geografici e sociali. In molti casi sono stati utilizzati a fini abitativi immobili, in genere di proprietà pubblica, in cui persone singole e famiglie di diversa età sono andate a convivere, in un clima di collaborazione e aiuto reciproco, in condizioni che assicurano la riservatezza familiare e personale. In alcuni casi sono stati avviati anche processi di accompagnamento di soggetti vulnerabili, con operatori che curano gli aspetti socio-assistenziali e relazionali, fondamentali per garantire una buona qualità della vita e positive relazioni di convivenza. Dal punto di vista delle soluzioni architettoniche, le abitazioni e gli ambienti comuni sono organizzati in maniera tale che possano essere applicate

tecnologie di domotica e misure di sicurezza personale e collettiva.

La Regione intende sostenere e incentivare nuove azioni sperimentali di cohousing intergenerazionale, anche con l'obiettivo di fornire maggiori opportunità di socialità e di convivenza alle persone anziane, che allunghino il loro tempo di autosufficienza, allontanando così la prospettiva dell'accoglienza in strutture residenziali. Il tutto con costi accessibili, poiché si generano economie di scala e le spese vengono suddivise tra gli ospiti.

L'offerta abitativa dovrà prevedere adeguati spazi di privacy, aspetto spesso fortemente compromesso nella generalità delle strutture residenziali.

La creazione di questa filiera innovativa di co-housing sociale, mentre riduce i costi, in particolare per il ricorso alle assistenti familiari personali, va ad arginare in modo sostanziale il fenomeno dell'isolamento e della fragilità dell'anziano, generando nello stesso tempo benefici concreti per le

persone più giovani, dal punto di vista economico, operativo e relazionale. La coabitazione potrà favorire infatti anche lo sviluppo di relazioni tra pari, generando, ad esempio, nuove possibilità di co-working e di co-production tra i giovani.

### ***Co-housing di paese***

Sono numerosi nel Lazio i piccoli comuni e i borghi che si stanno spopolando, con il rischio di una vera e propria “desertificazione antropica”. Spesso in questi paesi sono rimaste poche famiglie, molte delle quali composte da anziani che vivono soli, con molte case vuote ed edifici pubblici vuoti o sottoutilizzati.

Il co-housing di paese prevede di inserire una componente di nuovi residenti in questi piccoli centri abitati, che comunque hanno mantenuto ancora un proprio tessuto vitale. Si potrebbe ad esempio individuare un’area centrale del paese, dove attrezzare alcune case da destinare ad abitazione di persone anziane, prevedendo una serie di servizi comuni forniti da équipe di operatori socio sanitari (assistenti, animatori, fisioterapisti, infermieri, ecc.), con soluzioni operative organizzate secondo modelli di servizio pensati su misura per le reali esigenze dei residenti (sia autoctoni che acquisiti).

In questo modo potrebbe essere coniugato il desiderio delle persone anziane di continuare (o andare) ad abitare in luoghi gradevoli e interessanti, a misura d’uomo, in un contesto ricco di relazioni interpersonali e socialmente attivo.

Il tessuto urbano del paese sarebbe così rivitalizzato, conservato, riqualificato e valorizzato: si può interrompere il processo di abbandono e favorire il ripopolamento. Si genera un impulso all’economia locale creando un volano di nuovi bisogni commerciali e professionali; non solo quindi opportunità di lavoro per le figure assistenziali necessarie agli assistiti, ma anche opportunità per rispondere alle nuove esigenze create dall’indotto che ne consegue inevitabilmente. La realizzazione di progetti di questa natura risponderebbe anche al bisogno di inclusione sociale e di incontro tra generazioni, valorizzando il dialogo e lo scambio culturale tra narrazione e tradizione da una parte e senso

di responsabilità e progettualità dall’altra.

### ***Co-housing agricolo-montano***

Negli ultimi decenni stiamo assistendo ad un aumento spaventoso del rischio idrogeologico, con manifestazioni frequenti di calamità naturali come frane o alluvioni. Tutto questo si manifesta ancora più drammaticamente a causa della fragilità dei territori, aggravata da fenomeni di spopolamento delle aree rurali con conseguente riduzione delle attività di gestione e manutenzione, con una ulteriore accelerazione dei fenomeni di degrado. Contemporaneamente è aumentato il patrimonio edilizio rurale dismesso per deperimento o cessata funzione.

La situazione è particolarmente delicata nelle aree montane della Regione. In questi territori si è ridotta soprattutto l’attività agricola e con essa, anche pur se a più lungo termine, la biodiversità e la bellezza paesaggistica dei luoghi. Alle quote più elevate e meno accessibili i terreni vengono spesso abbandonati, e prima o poi riconquistati dal bosco.

Gli scenari futuri mettono in luce un sistema rurale delle aree interne e montane a rischio, con una perdita progressiva e costante di popolazione. Il futuro dell’agricoltura di montagna è in pericolo e con esso molto della cultura che rappresenta. Solo una diversa considerazione del ruolo dell’agricoltura rispetto alla conservazione dei paesaggi culturali tipici, alle produzioni alimentari di qualità, alla tutela degli spazi, alla difesa dell’ambiente e del territorio potrà garantire nuove forme di socialità e di sviluppo.

All’agricoltura delle aree interne e montane – che tanto ha dato alla difesa dell’ambiente ed alla valorizzazione della specificità delle produzioni – deve essere garantita non solo la sopravvivenza, ma anche il necessario sostegno.

In questo contesto, in una logica di sviluppo globale, in cui le strategie di tipo economico e sociale si intersecano e collaborano, la Regione intende sperimentare azioni di co-housing e di co-working (agricolo e non) in aree rurali e montane, incentivando la programmazione di un nuovo modello di

insediamento residenziale che coniughi aspettative e possibilità delle persone interessate alla riqualificazione del territorio e al recupero del patrimonio edilizio esistente, secondo le finalità della legge 141/2015 sull'agricoltura sociale, anche attraverso la creazione di sinergie con il Piano di sviluppo rurale 2014-2020. In questo contesto si prevede l'inserimento lavorativo di soggetti con disabilità o altre forme di vulnerabilità sociale. Ciò favorirà la creazione di opportunità occupazionali sia per giovani (italiani e stranieri) sia per chi ha perso il lavoro, oltre a contrastare lo spopolamento delle aree interne, riattivando le economie locali. Tutto ciò permetterà la costruzione di un tessuto sociale più vitale, caratterizzato da scambi intergenerazionali e interetnici, con una crescita culturale in un contesto attivo, propositivo e solidale.

### **Valutazione di impatto sociale di processi, servizi e attività**

La valutazione d'impatto sociale è finalizzata alla ricostruzione, alla misurazione e alla stima degli effetti positivi o meno, attesi o inattesi, di un programma o di un progetto, rispetto ai beneficiari diretti e, in generale, alla platea dei portatori di interesse – in primo luogo rinvenibili sul territorio. L'impatto sociale è una ricaduta generata da pressoché tutte le organizzazioni, siano esse pubbliche o private, profit o non profit e così via. Ciò significa che le attività realizzate da un'organizzazione non sono mai circoscrivibili e limitabili ma riverberano i loro effetti ad ampio spettro, come accade per la goccia che colpisce lo specchio dell'acqua e irraggia la propria azione su un'ampia superficie, non solo sul punto colpito. Le organizzazioni mirano dunque a perseguire il loro scopo (mandato), ma ciò ha conseguenze ben più ampie di quelle programmate in modo puntuale. Così, l'impatto diventa "sociale" perché investe più sfere del vivere, più portatori di interesse, più soggetti (persone o altre organizzazioni).

La valutazione di impatto sociale, quando applicata con un approccio partecipato, necessita di una pluralità di fonti da cui raccogliere i dati da tradurre in informazioni e, nel contempo, non può prescindere dal contributo degli stakeholder per il lavoro di "traduzione" dei dati in informazioni valutative.

Ciò significa che la valutazione di impatto porta a costruire un "giudizio valutativo partecipato" attraverso lo svolgimento di un piano di ricerca.

La valutazione di impatto si articola quindi sul livello della ricerca valutativa in cui devono essere esplicitati inizialmente gli obiettivi valutativi e la definizione del mandato. In particolare il disegno valutativo si struttura come segue:

- Le domande valutative: quali effetti positivi/negativi si manifestano a seguito delle attività dell'organizzazione sul suo territorio di riferimento? È possibile misurarli?
- Il campo semantico delle variabili: la suddivisione dell'impatto sociale in dimensioni rilevanti, come ad esempio l'integrazione con le politiche pubbliche, lo sviluppo di relazionalità sul territorio, la riproduzione di relazioni, la trasformazione dei bisogni, la rilevanza della comunicazione.
- Gli attori della valutazione d'impatto: ossia i beneficiari diretti, indiretti e la comunità di riferimento.
- Le tecniche e gli strumenti di rilevazione, che variano a seconda del tipo di valutazione svolta: ad esempio l'analisi delle fonti documentali per l'autovalutazione, integrata da un set di interviste semi strutturate e/o focus group per gli indicatori più complessi in etero valutazione.
- Il sistema di reporting: basato sull'analisi statistica dei dati quantitativi raccolti attraverso il modello e una ulteriore analisi dei giudizi espressi tramite l'interpretazione dei dati qualitativi.

In ogni caso, le definizioni di impatto sociale sono – per le ragioni sopra esposte – svariate. Per dare una seppur minima panoramica, riportiamo nel seguito una piccola silloge di definizioni di impatto sociale elaborate da studiosi ed esperti nazionali e internazionali:

- L'impatto sociale è la capacità di un'organizzazione di contribuire ad un cambiamento in un determinato campo d'azione modificando lo status quo di una persona o di una comunità destinatari dell'attività sociale. [Perrini e Vurro 2013]
- L'impatto sociale è l'attribuzione delle attività di un'organizzazione ai risultati sociali complessivi di più lungo termine. [EVPA 2013]

- Il concetto di impatto sociale è definito come il cambiamento non economico creato dalle attività delle organizzazioni e dagli investimenti. [Emerson et al. 2000; Epstein e Yuthas 2014]
- L'impatto sociale è la porzione di *outcome* totale che si è verificata come risultato diretto dell'intervento, al netto di quella parte che avrebbe ugualmente avuto luogo anche senza l'intervento. [Clark et al. 2004]
- L'impatto sociale viene definito come il cambiamento sostenibile di lungo periodo (positivo o negativo; primario o secondario) nelle condizioni delle persone o nell'ambiente che l'intervento ha contribuito parzialmente a realizzare. [Zamagni 2015]

Ora, possiamo dire che la valutazione d'impatto sociale:

- ha valenza interna (per poter programmare) ed esterna (per poter stimare la propria capacità di incidere);
- si deve realizzare con il coinvolgimento dei portatori di interesse (proprio perché si tratta di impatto "sociale" e perché ha natura non oggettiva ma intersoggettiva);
- può avvenire a livello dei singoli, delle comunità o dell'intera società (a seconda della portata dell'organizzazione);
- dipende in buona misura non solo dall'organizzazione ma anche dal contesto in cui questa opera (si pensi a un contesto recalcitrante e invece a uno favorevole e alla differente difficoltà di generare impatto);
- la sua rilevazione può avvenire tramite l'impiego di misuratori dati (indicatori o altri strumenti), la sua interpretazione invece ha bisogno di una lettura partecipata.

Nel corso del triennio di vigenza del Piano sociale alcuni processi, servizi e attività saranno sottoposti in via sperimentale ad un percorso di valutazione di impatto sociale, che tenga conto delle seguenti dimensioni:

- Esemplarità e trasferibilità degli interventi.
- Integrazione con le politiche pubbliche del territorio di riferimento.
- Sviluppo relazionalità associativa sul territorio.
- Sviluppo relazionalità individuale.
- Trasformazione dei bisogni individuati.
- Rilevanza della comunicazione sociale.
- diritti individuali dentro le organizzazioni/partecipazione alla gestione.

Per ciascuna dimensione saranno applicati indicatori specifici che consentiranno di misurare qualitativamente e quantitativamente l'impatto sociale.

### **Mutualità territoriale per la resilienza sociale**

L'idea guida è quella di sviluppare forme di mutualità nei territori per generare resilienza e benessere diffuso.

Si parte dal presupposto che le criticità dei territori sono omologhe alle criticità dei modi classici di intervento sociale. A causa quindi del depauperamento delle risorse economiche e dell'indebolimento dei legami forti connessi alle dinamiche attuali, evidenziate in altre parti del Piano, stiamo assistendo a una crisi sempre maggiore del sistema dei servizi alla persona esclusivamente basato sull'offerta pubblica. Per questo da più parti si volge lo sguardo verso forme di protezione integrative mutualistiche, sul modello storico delle Società di Mutuo Soccorso, oppure forme di protezione meramente assicurative mediate da grandi gruppi privati.

Il principio di mutualità può raccogliere molto più delle sole esigenze sanitarie, e inoltre presenta delle potenzialità di sviluppo enormi a livello territoriale.

Attraverso i sistemi mutualistici territoriali è possibile superare il meccanismo distorsivo per cui a tutelarsi dal rischio di povertà possono essere solamente coloro che poveri non sono, e quindi in grado di pagare il costo di una polizza assicurativa o di un'assistenza privata. Questo perché, fondamentalmente, i beni che divengono oggetto di mutuo scambio all'interno della comunità sono beni non esclusivamente monetari. Competenze, relazioni, risorse materiali e immateriali, fiducia, tempo e spazi: tutto questo fa parte del sistema di protezione mutualistico di comunità.

Le caratteristiche comuni a queste nuove forme di mutualità possono essere così sintetizzate:

- A. la pari dignità fra coloro che appartengono al gruppo che si ispira alla mutualità, indipendentemente dalla diversa condizione sociale ed economica, temporanea o permanente, di ciascun membro del gruppo;
- B. la condivisione delle risorse non solo di tipo finanziario, ma anche e soprattutto sociali e relazionali;
- C. un patto di reciprocità di gruppo aperto anche all'esterno;
- D. la libertà di scelta nell'appartenenza alla mutualità che consente il recupero dell'individualità nelle scelte per il benessere;
- E. la possibilità di avere multi-appartenenze per dare l'opportunità alle persone di sperimentare altre forme di supporto e di impegno sociale senza subire giudizi morali o coercizioni sociali del gruppo;
- F. una soglia di accesso finanziaria molto bassa (o addirittura inesistente) per coinvolgere nella mutualità anche coloro che temporaneamente o strutturalmente hanno difficoltà finanziarie;
- G. soglie di accesso culturali e sociali facilmente superabili senza dover assumere responsabilità totalizzanti;
- H. una semplicità nella descrizione delle attività oggetto di mutualità, premessa per la loro popolarità, ovverosia per la costruzione delle condizioni necessarie per la comprensione da parte di persone che dispongono di strumenti culturali e simbolici a bassa complessità.

Invece di promuovere interventi progettuali di sviluppo locale si intende riprendere, riformulare e riproporre il concetto di mutualità, declinandolo secondo l'ottica territoriale. Lo si vuole proporre in forme nuove come chiave di volta per intervenire nei territori della Regione Lazio. In particolare, si vuole coinvolgere i territori, i gruppi, le organizzazioni di terzo settore, le fondazioni di comunità, le istituzioni locali e le imprese nella promozione di esperienze mutualistiche che sappiano attivare e connettere risorse umane e materiali in una formula di reciprocità e mutuo sostegno, non limitandosi alla mutua assistenza, ma innovando il concetto stesso di mutualità per diffonderlo e renderlo una pratica sociale diffusa e autosostenentesi.

La nuova mutualità è intesa come sviluppo dell'economia sociale informale nelle forme di:

- economia di supporto: tutti i servizi di supporto all'economia dei soci nell'ambito socio-educativo;
- sviluppo e messa in rete di gruppi di interesse, come nel caso della mutualità classica, ma basata su interessi comuni a difesa dei beni comuni (ambiente, cultura, educazione, sociale, green economy, sport e tempo libero, turismo sostenibile e valorizzazione beni culturali);
- sviluppo di partenariati strategici con altri soggetti del non profit, delle imprese (ambito della *corporate social responsibility*) e delle imprese sociali, del settore pubblico finalizzati ad integrazioni aperte per lo sviluppo di policy territoriali;
- sperimentazione di nuovi modelli di intervento per e con i territori;
- emersione sul territorio di reti informali, basate su ICT e nuove tecnologie, finalizzate a ridurre i costi dei servizi e prodotti;
- coerenza degli interventi con gli obiettivi delle programmazioni dei POR locali;
- messa a sistema dello scambio e della sperimentazione di buone pratiche;
- efficienza dell'uso delle risorse economiche secondo la logica di rete;
- campagne di comunicazione e informazione per sensibilizzare la popolazione su tematiche strategiche;
- partenariati con soggetti della ricerca pubblici e privati finalizzati al *crossing knowledge*;
- incremento dei processi e delle attività di prevenzione per accrescere la capacità di resilienza in occasione di disastri naturali e di crisi sociali acute.

La questione dei servizi sociosanitari ed educativi viene interpretata nell'ottica integrativa e non sostitutiva rispetto al sistema di welfare pubblico, attraverso la creazione di un "network sociale" che ruota attorno alla figura del socioconsumatore-utente. Anche rispetto alle offerte di servizi, partendo da un'analisi dei bisogni e dalla mappatura dei servizi già offerti, si vuole proporre una

modalità di intervento innovativa che prenda in considerazione strumenti e forme che si stanno sviluppando negli ultimi anni (vedi il riferimento alla finanza sociale, al microcredito, e a servizi che si riferiscono alla “nuova mutualità” quali il crowdfunding, il bike e car-sharing, il co-working, le start up culturali) per far fronte ai nuovi bisogni e alle nuove forme di vulnerabilità.

Progettare forme di mutualità territoriale significa quindi contribuire a creare organismi di partecipazione per la cittadinanza, che coniugano i principi di sussidiarietà con quelli di solidarietà reciproca. L’integrazione di questi meccanismi di mutualità con le prestazioni offerte dalle organizzazioni di terzo settore rappresenta quindi una sostanziale via di sviluppo verso un welfare dove tutti i soggetti che operano nel sociale siano protagonisti e responsabili allo stesso livello del benessere delle comunità.

### **L. Fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali**

La rilevazione puntuale del fabbisogno regionale di strutture residenziali e semiresidenziali presenta attualmente delle criticità, in assenza di un funzionante

Sistema informativo dei servizi sociali (SISS) e dell’implementazione della Cartella sociosanitaria (vedi capitolo O del presente Piano).

Pertanto, nel periodo di vigenza del Piano sociale:

- per le strutture sociosanitarie, si farà riferimento ai parametri stabiliti a livello nazionale (LEA) e a livello regionale, ove già definiti nell’ambito della programmazione sanitaria per le varie tipologie assistenziali;
- per le strutture socioassistenziali il fabbisogno verrà definito successivamente all’implementazione del SISS e della Cartella sociosanitaria. Quindi sarà possibile stimare il relativo fabbisogno solo alla fine del triennio di applicazione del Piano.

Il calcolo del fabbisogno complessivo regionale di strutture residenziali e semiresidenziali, sociosanitarie e socioassistenziali, non è il risultato di una semplice operazione matematica, ma un processo continuativo di apprendimento e pianificazione, determinato da fattori sociali, tecnici e politicofinanziari.

Gli obiettivi da raggiungere devono quindi essere sviluppati tenendo conto di vari aspetti di natura tecnica e politica. Nella determinazione dei valori di riferimento occorre tener conto dei risultati di una programmazione regionale orientata a privilegiare soluzioni che garantiscano alla persona la permanenza nella propria abitazione e nel proprio contesto di vita. Ed evitare, quindi, un’offerta di servizi territoriali, con i conseguenti investimenti economici, sovradimensionata o non congruente con le politiche regionali.

In quest’ottica occorre, inoltre, definire non solo il fabbisogno di strutture ma anche la loro tipologia, in direzione della creazione di servizi abitativi innovativi, di soluzioni che riproducano le condizioni di vita familiari, di prestazioni che garantiscano l’inclusione sociale nella comunità di appartenenza.

### **M. Coordinamento e integrazione dei servizi**

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socioeconomico (allegato A) esigono un cambiamento delle politiche pubbliche. Di fronte a bisogni sempre più complessi e articolati non è più possibile fornire risposte frammentate e settoriali, ma occorre programmare e implementare risposte unitarie e continuative, che considerino la persona, la famiglia e la comunità di appartenenza nella loro interezza, interconnessione e globalità.

Non è più possibile operare attraverso una progettazione degli interventi che non sia tarata sulla singola persona e sulla singola famiglia, e che non offra risposte integrate capaci di rispondere simultaneamente a bisogni differenziati.

È necessario costruire un percorso chiaro e sostenibile per garantire l’esigibilità dei diritti ed eliminare le disuguaglianze territoriali nell’accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Tali obiettivi possono e devono essere raggiunti attraverso una logica di integrazione, che va perseguita a diversi livelli: integrazione delle politiche e degli attori (istituzionali e non), dei programmi e dei processi, dei servizi e degli interventi, delle risorse umane, strumentali e finanziarie.

È necessario adottare approcci e strategie che siano in grado di elevare la capacità di lettura e risposta ai bisogni, garantendo l'integrazione tra i diversi livelli e strumenti di governo del sistema, al fine di accrescere la qualità del welfare regionale, e per suo tramite la qualità della vita delle persone e delle comunità locali.

Gli strumenti individuati per realizzare l'integrazione sono:

- Definizione del modello di governance delle politiche sociali regionali.
- Linee guida per l'integrazione sociosanitaria.
- Unificazione delle Direzioni regionali in materia sociale e sanitaria.
- Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario.
- Definizione degli ambiti territoriali, quali ambiti ottimali per la programmazione ed erogazione degli interventi sociali e sanitari.
- Linee guida ai territori per la programmazione integrata e la ricomposizione delle fonti di finanziamento nel budget di distretto.
- Creazione di luoghi unici di accoglienza e presa in carico (Segretariato sociale, PUA e Casa della Salute).
- Progettazione personale e budget di salute.
- Sistema informativo e Cartella sociosanitaria.
- Raccordo con le politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, abitative, ambientali, urbanistiche, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero

Per ciascuno di questi aspetti, il Piano fornisce indirizzi e linee di azione.

La formulazione delle indicazioni operative, sulla base degli indirizzi regionali, sarà invece demandata a successive disposizioni attuative.

Ciò permetterà, peraltro, di valorizzare e accrescere le occasioni di confronto, tra le istituzioni e con i soggetti del privato sociale, tra i referenti istituzionali e professionali, al fine di favorire lo scambio di saperi ed esperienze. Nonché di garantire un percorso di costruzione condivisa dei contenuti e degli strumenti che consentono l'integrazione.

### **Definizione del modello di governance delle politiche sociali regionali**

Il perseguimento dell'obiettivo di integrazione, che come già evidenziato investe diversi livelli: istituzionale e di comunità locale, professionale e tecnicostrumentale, programmatoria, gestionale ed economico-finanziaria, passa necessariamente attraverso la definizione di un modello di governance delle politiche sociali regionali (il cui disegno emerge in varie parti di questo Piano).

L'attenzione è focalizzata sulla ricomposizione delle politiche e degli interventi a livello di Distretto sociosanitario, nel quadro degli indirizzi forniti dalla Regione e in funzione delle singole scelte programmatorie, elaborate in base alle diverse diagnosi di comunità che evidenziano caratteristiche ed esigenze dei singoli territori.

Ciò permette di realizzare un equilibrio tra le ragioni dell'autonomia e quelle dell'unitarietà, di contemperare le esigenze di differenziazione e quelle di uniformità, al fine di contrastare le disomogeneità territoriali che attualmente caratterizzano il sistema degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari nel Lazio, consentendo al tempo stesso di disegnare il sistema integrato sulla base dei connotati territoriali. Al centro la volontà di favorire lo sviluppo complessivo del sistema, accrescere la qualità della vita delle comunità locali e fornire risposte appropriate e prossimali alla popolazione.

In riferimento particolare ai Distretti sociosanitari a composizione pluricomunale, in linea con quanto disposto dalla legge quadro 328/2000, la legge regionale 11/2016 prevede la gestione associata delle funzioni sociali, quale strumento di garanzia dell'efficienza e dell'efficacia del

sistema, anche al fine di favorire il coordinamento e l'integrazione con i servizi sanitari. Nello specifico, tra le forme associative previste dalla normativa vigente, la Regione promuove e incentiva il ricorso al consorzio, e in particolare al consorzio di funzioni, ossia a forme associative giuridicamente autonome, che consentono di superare il limite del frazionamento comunale nella gestione delle funzioni sociali. A tale scopo la Regione si impegna a fornire assistenza tecnica costante e a prevedere una specifica riserva di risorse per incentivare lo start up, proprio in direzione dell'implementazione sui territori delle forme consortili.

In questa prospettiva gli indirizzi contenuti nel presente Piano sociale individuano come soggetto di riferimento il Distretto sociosanitario, inteso come soggetto unitario, che programma, implementa e valuta la rete integrata degli interventi e dei servizi sociali a livello distrettuale, gestendo in forma associata non soltanto le risorse affluenti dalla Regione, ma l'insieme delle funzioni sociali di cui sono titolari i Comuni del Distretto e le relative risorse impegnate, che confluiscono nel bilancio del Consorzio. Analogamente quando si fa riferimento alle dotazioni di personale o all'Ufficio di Piano e all'Ufficio sociosanitario (quale modalità organizzativa di raccordo tra la programmazione sociale e sanitaria locale, come successivamente illustrato), il Piano sociale fa riferimento alla dotazione professionale e agli organi tecnici del Distretto sociosanitario e non dei singoli Comuni di cui esso risulta composto. Ciò significa anche che il Piano di Zona non si limita a programmare gli interventi finanziati con le risorse afferenti al Fondo Regionale, ma rappresenta lo strumento di programmazione dell'intero sistema dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari del Distretto, di cui il consorzio rappresenta l'ente gestore.

### **Linee guida per l'integrazione sociosanitaria**

La crescente complessità dei bisogni, che riguardano sia la sfera del sociale che del sanitario, rende sempre più difficile tracciare confini precisi tra competenza sanitaria e sociale e richiede un approccio che accompagni le persone nell'accesso alle diverse opportunità, coinvolgendole direttamente nella

costruzione delle risposte.

Occorre superare la giustapposizione di interventi diversi, con diverse regie, diverse letture dei fenomeni e diversi approcci operativi per consolidare le forme di integrazione, allo scopo di evitare sia il rischio di sovrapposizioni e duplicazioni, sia quello di lasciare senza risposta rilevanti aree di bisogno.

Diventa quindi cogente, a tutti i livelli territoriali, definire percorsi di analisi e lettura congiunta del territorio, programmare in maniera condivisa, unificare i modelli operativi e gestionali, e i percorsi di monitoraggio e valutazione. Tutto ciò in maniera strutturata e permanente.

La programmazione sociale, all'interno di un modello integrato di attori e servizi, deve essere pensata per connettere le azioni promosse da tutti gli attori del welfare. Al contrario, una programmazione, pur efficiente ed efficace, ma che si limiti alla pura gestione delle risorse destinate al sociale alimenta la frammentazione delle risposte.

La costruzione di un sistema di welfare territoriale che sia realmente integrato esige di ricomporre:

- le informazioni e le conoscenze che alimentano le decisioni;
- le risposte offerte sul territorio;
- le risorse impiegate;
- le modalità operative e gestionali;
- gli strumenti di monitoraggio e valutazione.

Come stabilito dalla normativa nazionale (legge quadro 328/2000 e D.lgs 502/1992 e successive modifiche e integrazioni) il Distretto sociale e il Distretto sanitario rappresentano il fulcro dell'integrazione, il "luogo" del collegamento e della collaborazione tra sociale e sanitario. Ciò impegna fortemente entrambi i sistemi, sia sul piano programmatico e amministrativo che su quello operativo, e richiede una serie di azioni correlate che dovranno essere attuate nell'arco del prossimo triennio.

Azioni:

- Formazione e aggiornamento congiunti del personale del servizio sociale e sanitario, per la creazione di una base conoscitiva comune, di un linguaggio condiviso e di modelli operativi unificati.
- Programmazione territoriale triennale (aggiornata annualmente) integrata, attraverso il collegamento tra il Piano di Zona e il Programma delle Attività Territoriali (PAT) che dovranno contenere un identico capitolo, elaborato congiuntamente, sui LEA sociosanitari.
- Definizione, nell'ambito del capitolo integrato di cui al punto precedente, di un piano di sviluppo sociosanitario di breve, medio e lungo periodo che, sulla base degli indirizzi programmatori e in funzione dell'analisi di comunità, definisca l'offerta e il suo finanziamento, nonché le modalità di erogazione, i criteri di qualità, gli indicatori di valutazione dei risultati e degli impatti.
- Predisposizione di convenzioni o accordi di programma per la definizione delle modalità di collaborazione a livello distrettuale.
- Messa in rete dei servizi sociali e sanitari nel Distretto integrato, attraverso la costruzione di una porta unica di accesso al sistema integrato dei servizi territoriali, sia in termini di una sede condivisa, che di approcci, metodi e strumenti comuni.
- Integrazione e interoperabilità dei sistemi di raccolta dei dati sociali e sanitari.

Programmazione regionale congiunta tra sociale e sanitario

Uno dei presupposti per la realizzazione di un sistema regionale degli interventi e dei servizi sociali che sia realmente integrato è il raccordo tra la programmazione sociale e sanitaria, così da garantire, nel rispetto delle singole specificità, la condivisione dei principi e degli obiettivi del sistema e definire

strategie e strumenti operativi comuni.

L'esistenza tra il sociale e il sanitario di due organizzazioni molto diverse tra loro, ma anche di culture, linguaggi e modalità operative differenti, complica le possibilità di integrazione. È quindi necessario, da una parte, portare avanti e istituzionalizzare modalità di programmazione congiunte a livello regionale e territoriale, e dall'altra parte elaborare eventuali piani settoriali in forma interdisciplinare.

La programmazione è una funzione strategica per la costruzione del sistema di welfare. Essa consente, a partire da un'analisi attenta delle comunità locali, di individuare obiettivi e priorità di intervento, sulla base dei quali definire le azioni da realizzare, le risorse necessarie, le modalità di attuazione.

Il Piano regionale si propone di:

- Superare la programmazione settoriale in favore di una programmazione congiunta tra l'area sociale e sanitaria, ma anche con l'area educativa, della formazione, del lavoro, culturale, sportiva e dell'abitare (art. 46 LR 11/2016). Soltanto un approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte degli obiettivi e delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti attuativi, può permettere di fornire risposte appropriate alla complessità dei bisogni sociali.
- Costruire un sistema fondato su criteri e modalità comuni, che contrasti l'attuale frammentazione delle risposte e la loro differenziazione a livello territoriale. Un sistema che garantisca l'accesso unificato ai servizi e agli interventi e operi attraverso progetti personali redatti con la partecipazione attiva della persona e/o della sua famiglia.
- Realizzare l'integrazione istituzionale, organizzativa e professionale tra i servizi, per garantire apporti multidimensionali e multidisciplinari nel processo di definizione e di implementazione delle risposte alle persone, alle famiglie e alle comunità locali.
- Favorire lo sviluppo di comunità, attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti che, a vario titolo, sono chiamati a svolgere un ruolo nel riconoscimento e nell'affermazione dei diritti sociali. L'accesso ai servizi deve essere assicurato non solo tramite la capacità di accogliere e orientare, ma anche svolgendo funzioni di accompagnamento e mediazione verso l'utilizzo delle opportunità presenti nei territori. Occorre entrare a contatto diretto con i luoghi di vita delle persone, privilegiando soluzioni prossimali che permettano la permanenza nel proprio contesto ambientale e relazionale. In tal senso andrebbero anche colte le opportunità che si verranno a creare, sul medio-

lungo periodo, con la prevista riorganizzazione obbligatoria della Medicina convenzionata (MMG, PLS, Specialisti) in aree sub-distrettuali per la tutela della salute di non più di 30.000 abitanti per ciascuna Aggregazione Funzionale Territoriale monoprofessionale (AFT) e la creazione su aree più vaste, ma sempre distrettuali, di Unità Complesse di Cure Primarie pluriprofessionali (UCCP) a cui le AFT faranno obbligatoriamente riferimento.

Il perseguimento di tali obiettivi richiede, in primo luogo, il raccordo tra tutti gli strumenti di programmazione regionale.

Una volta approvati dal Consiglio regionale, il Piano sociale e il Piano sanitario diventano un modello vincolante per tutto il settore sociale, sociosanitario e sanitario. E quindi tutti i piani settoriali e tutti i piani territoriali devono orientare la loro attività secondo i principi e gli indirizzi fissati dal Piano sociale e dal Piano sanitario regionali.

I motivi per i quali la Regione Lazio non ha un proprio Piano sanitario, ma un Programma operativo, e si accinge oggi a predisporre e approvare un Piano sociale, e non già un Piano sociosanitario integrato, dipendono dall'attuale momento storico, legato al Piano di rientro dal disavanzo sanitario e alla nomina di un Commissario ad acta. La Regione non può allo stato attuale predisporre un Piano sociosanitario, proprio perché non ha la potestà programmatica nel settore sanitario. L'ormai prossima uscita dal commissariamento e l'attuale programmazione sociale, che getta le basi per una effettiva integrazione sociosanitaria, rappresentano quindi i presupposti per una successiva programmazione regionale integrata.

### **Definizione degli ambiti territoriali, quali ambiti ottimali per la programmazione ed erogazione degli interventi sociali e sanitari**

I Distretti sociali e sanitari rappresentano gli ambiti territoriali e organizzativi ottimali per la programmazione ed erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie e di quelle sociosanitarie integrate.

Per ottimizzare il coordinamento delle iniziative in campo sociale e sanitario, il bacino di utenza del Distretto sociale è individuato in coerenza con quello del Distretto sanitario. Questa coerenza territoriale e l'obiettivo di una stretta cooperazione tra il settore sociale e quello sanitario giustificano la definizione di Distretto sociosanitario (art. 43 della legge 11/2016).

Attualmente il territorio della Regione Lazio si suddivide complessivamente in 51 Distretti sociosanitari (DGR del 5 luglio 2016, n. 384). Alcuni comprendono più Comuni, che la legge sollecita ad esercitare in maniera associata le funzioni sociali loro demandate. Altri coincidono con il territorio di un solo Comune.

Mentre nel caso di Roma Capitale i Distretti sociosanitari corrispondono ai Municipi in cui si articola l'amministrazione capitolina.

Secondo l'art. 43 della LR 11/2016 i Distretti sociosanitari sono individuati con deliberazione della Giunta regionale, a seguito della consultazione della Conferenza locale per la sanità.

Ciascun Distretto sociosanitario deve disporre di almeno una sede distrettuale in cui collocare tutti i servizi sociosanitari pubblici e, nei limiti del possibile, anche i servizi e le iniziative sociali del terzo settore. Una porta unica di accesso, la Casa della Salute, che si configura come un luogo di integrazione dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari, attraverso l'assolvimento delle funzioni di informazione, accoglienza, analisi preliminare, orientamento, accompagnamento, valutazione multiprofessionale e multidimensionale e progettazione personale, grazie all'uso di modalità e strumenti operativi condivisi (tra cui l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale – UVMD per la presa in carico dei casi complessi DCA 431/2012).

In tal modo si promuove una cooperazione fattiva tra il settore sociale e quello sanitario, tra le diverse istituzioni coinvolte e tra queste e il mondo associativo.

A seconda delle dimensioni e delle caratteristiche del territorio, oltre alla sede distrettuale, possono essere previste anche delle sedi decentrate (secondo un modello a rete di tipo "Hub & Spoke", con spoke che hanno la sola funzione di front-office situati presso i vari presidi territoriali) al fine di garantire quanto più possibile la prossimità ai cittadini ed alle cittadine.

All'interno della Casa della Salute opera un'equipe di Distretto formata dagli operatori dei servizi sociali e del settore sanitario. Tale equipe può avvalersi anche del personale di altri servizi.

Azioni:

- Realizzazione effettiva del Distretto sociosanitario integrato attraverso la fattiva collaborazione tra i servizi sociali e sanitari.
- Costituzione di una Casa della Salute in ogni Distretto, con eventuali sedi decentrate in relazione alle dimensioni e caratteristiche dei singoli territori.
- Qualificazione del personale al lavoro di equipe, all'utilizzo di strumenti di valutazione e progettazione condivisi, alla collaborazione intersettoriale e multidisciplinare, attraverso interventi di formazione e aggiornamento congiunti.
- Intensificazione del collegamento e della collaborazione tra il Distretto e le organizzazioni del non profit e del volontariato.
- Intensificazione della collaborazione con le scuole e il mondo della formazione professionale e del lavoro, con i Tribunali, le forze dell'ordine, nonché con gli enti competenti in materia abitativa, culturale e sportiva.

### **Linee guida ai territori per la programmazione integrata e la ricomposizione delle fonti di finanziamento nel budget di distretto**

Per garantire sui territori l'integrazione tra sociale e sanitario è necessario che la costruzione del processo di integrazione avvenga già a partire dalla fase di programmazione delle politiche sul territorio.

A tale scopo è opportuno prevedere forme di coordinamento tra i rispettivi Uffici preposti alla programmazione, organizzazione e gestione dei servizi erogati a livello distrettuale: l'Ufficio di Piano per l'ambito sociale e l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) per il versante sanitario.

Le attuali sfide poste dagli andamenti socio-demografici ed economici richiedono una programmazione sovra-settoriale degli interventi; i servizi sociali e la sanità devono riflettere congiuntamente sulle condizioni del territorio di riferimento, affrontando insieme le criticità, alla ricerca di soluzioni integrate.

In altre parole è necessaria una programmazione congiunta delle politiche territoriali, del sistema di offerta e del finanziamento dei servizi e degli interventi, nonché della loro erogazione e dei livelli di qualità. Ciò richiede la condivisione, nei rispettivi strumenti di programmazione territoriali, delle scelte strategiche e operative, nonché l'elaborazione di un piano di sviluppo sociosanitario di breve, medio e lungo periodo. A tale scopo, i gruppi di programmazione delle due aree, sociale e sanità, devono poter coordinare le loro attività e collaborare strettamente con i vari uffici e servizi all'interno e all'esterno delle rispettive amministrazioni.

Per garantire la programmazione congiunta, il coordinamento, il finanziamento e la gestione integrata delle prestazioni sociosanitarie, la singola ASL e gli enti locali del relativo Distretto sociosanitario stipulano una convenzione o accordo di programma, secondo uno schema tipo approvato con deliberazione della Giunta regionale.

Azioni:

- Costituzione di un Ufficio sociosanitario per la programmazione territoriale delle politiche sociali e sanitarie integrate.
- Realizzazione di una diagnosi congiunta di comunità, attraverso l'analisi concomitante di indicatori di natura sociale e sanitaria.
- Programmazione territoriale triennale (aggiornata annualmente) integrata, attraverso il collegamento tra il Piano di Zona e il Programma delle Attività Territoriali (PAT) che dovranno contenere un identico capitolo, elaborato congiuntamente, sui LEA sociosanitari.
- Costruzione di un sistema di indicatori e di strumenti di raccolta delle informazioni univoci per la verifica del conseguimento degli obiettivi di integrazione individuati, sulla base dei quali valutare

l'operato del direttore del Distretto sanitario e del responsabile dell'Ufficio di Piano (art. 51, comma 5, LR 11/2016).

- Creazione di un budget unico di distretto, che ricomponga le risorse economiche destinate dalla ASL e dai Comuni associati del Distretto sociosanitario alla gestione ed erogazione coordinata e integrata delle prestazioni sociosanitarie, in coerenza con gli obiettivi di programmazione definiti in maniera congiunta (art. 51, comma 6, LR
- Individuazione di indicatori standard di efficacia e di efficienza per misurare le prestazioni e la spesa che devono essere assegnati a responsabili identificabili (art. 51, comma 6, LR 11/2016).

### **Creazione di luoghi unici di accoglienza e presa in carico (Segretariato sociale, PUA - Punto Unico di Accesso e Casa della Salute)**

Le funzioni di informazione, accoglienza, accompagnamento, valutazione e progettazione personale non sono state finora attuate secondo una visione strategica unitaria, sebbene esse rivestano un ruolo fondamentale. Al contrario, la pregressa e dispendiosa dicotomia organizzativa tra sociale e sanitario ha sempre comportato il rischio di generare un uso poco appropriato delle risorse pubbliche.

Le esperienze maturate fino ad oggi consentono di utilizzare le buone pratiche esistenti di integrazione sociosanitaria, a livello gestionale e professionale, per sviluppare una programmazione regionale triennale finalizzata ad elaborare modalità di accoglienza e presa in carico congiunte, innovative e proattive, ad unificare i modelli operativi e gestionali e i percorsi di monitoraggio, analisi e valutazione dei risultati. Ciò con l'obiettivo di costruire, in modo strutturato e permanente, un "Sistema Lazio per il coordinamento e l'integrazione dei servizi e degli interventi sociosanitari", mirato a garantire ai cittadini e alle cittadine accesso, valutazione delle condizioni personali e contestuali, progettazione personale e continuità dell'assistenza.

Il Distretto, si è già evidenziato in precedenza, rappresenta il luogo istituzionale e l'ambito territoriale privilegiato dell'integrazione sociosanitaria, sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale, che come interfaccia istituzionale principale tra il sistema dei servizi sociali e il sistema dei servizi sanitari.

Azioni:

- Creazione, in ogni Distretto sociosanitario, di una Casa della Salute.
- Connessione in termini logistici e operativi tra il Segretariato sociale comunale e il Punto Unico di Accesso distrettuale.
- Costituzione di unità professionali integrate tra Comuni e ASL. Casa della Salute

Per meglio rispondere ai bisogni della popolazione in un quadro sostenibile la Regione Lazio, attraverso l'innovazione costituita dalla realizzazione delle Case della Salute (ai sensi del DCA 428/13 "*Linee guida regionali per la realizzazione delle Case della salute*"; DCA 40/14 "*Documento sul percorso attuativo della Casa della Salute, schema di intesa e requisiti minimi*"; DCA 414/2014 "*Casa della Salute. Modifiche*"), intende attuare un processo di riorganizzazione della rete dei servizi e degli interventi sociali, sanitari e sociosanitari in un'ottica di integrazione.

L'obiettivo che la Regione si pone, nell'arco del triennio, è quello di riorientare il sistema delle prestazioni territoriali, perfezionando la costruzione della rete sociosanitaria, secondo alcune direttive:

- approccio proattivo e di iniziativa;
- progetti personali tarati sulla valutazione delle diverse intensità di supporto necessario;
- continuità tra ospedale e territorio con il coinvolgimento attivo degli enti locali;
- prevenzione e promozione della salute con la piena partecipazione delle comunità locali.

Stanti tali premesse, il modello organizzativo del Distretto sociosanitario deve essere funzionale ad assolvere un ruolo strategico nella costituzione di reti sociosanitarie a baricentro locale e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini e delle cittadine, assicurando la qualità delle prestazioni fornite dai professionisti sociali e sanitari e garantendo un'efficace risposta ai bisogni delle persone.

Inserita in questo contesto, la Casa della Salute, che costituisce un'articolazione del Distretto sociosanitario, rappresenta una concretizzazione di tale processo innovativo e un'opportunità di cambiamento delle attuali modalità organizzative di risposta alle persone e alle famiglie, non più corrispondenti alla complessità dei bisogni.

Azioni:

- Garanzia del diritto di accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari territoriali attraverso il consolidamento del Punto Unico di Accesso (PUA) sociosanitario integrato, che raccordi operativamente le funzioni del PUA attuale con quelle del Segretariato sociale.
- Potenziamento della funzione distrettuale di valutazione multidimensionale e multiprofessionale attraverso l'adozione di strumenti condivisi, appropriati, uniformi, periodicamente rivisti e corretti in rapporto all'evoluzione scientifica e all'esperienza maturata a seguito della loro applicazione.
- Qualificazione della funzione di progettazione personale, con annessa definizione del relativo budget di salute.

L'attuale normativa prevede che nella Casa della Salute vi sia la presenza coordinata di medici del Distretto, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, medici specialisti territoriali e ospedalieri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, oltre ad operatori dedicati all'accoglienza e ad altre figure professionali in relazione alla peculiarità dei singoli territori. Inoltre, per ciascuna Casa della Salute è previsto uno specifico Regolamento di funzionamento e un responsabile, che dovrebbe assolvere compiti di coordinamento del personale e delle modalità di cooperazione con i diversi gestori dei servizi.

All'interno della Casa della Salute opera, dunque, un'equipe di Distretto, formata dagli operatori dei servizi sociali e del settore sanitario, che lavorano in modo integrato e che possono avvalersi anche del personale di altri servizi.

Così delineata, la Casa della Salute è un nuovo spazio in cui si costruiscono rapporti di collaborazione tra i servizi sociosanitari e con i cittadini, si sviluppano programmi partecipati e mirati di intervento sui vari determinanti della salute e si impostano programmi di prevenzione e promozione del benessere delle persone e delle comunità locali.

È una sede territoriale di riferimento, facilmente riconoscibile, aperta, flessibile e innovativa rispetto ai tradizionali modelli organizzativi sia territoriali che ospedalieri, in cui si svolgono un insieme di attività sociali, sanitarie, sociosanitarie e di promozione della salute realizzate da professionisti provenienti da istituzioni, aree, discipline e livelli contrattuali diversi.

Essa è un luogo fisico in cui coesistono servizi di produzione verticali (deputati ad affrontare bisogni puntuali dei cittadini e delle cittadine) con percorsi orizzontali di supporto ai progetti di vita delle persone.

La Casa della Salute rappresenta un nodo strategico, strutturato e di riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste. Promuove e realizza l'integrazione tra Comuni e ASL, e il coordinamento con gli altri servizi territoriali e ospedalieri esistenti. Fornisce risposte ai bisogni complessi, privilegiando interventi domiciliari e la relazione con il contesto sociale della persona.

Le modalità di erogazione delle prestazioni, sia direttamente in loco che presso altri ambienti connessi in reti formalizzate (ambulatori, domicilio, residenze ecc.), sono contestualizzate in riferimento alla fattibilità e sostenibilità locali e vengono esplicitate attraverso lo specifico Regolamento di ciascuna Casa della Salute, come previsto dalla normativa. In questo senso non va posto tanto l'accento sul momento dell'erogazione, quanto sulle funzioni integrate, pianificate e implementate pariteticamente dai Comuni dell'ambito sociale e dalla ASL, ai fini del raggiungimento degli obiettivi di:

- accoglienza integrata sociosanitaria, assicurata attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA);
- valutazione multidimensionale e progettazione personale, realizzate dalle UVM integrate;
- prevenzione e promozione della salute, con il coinvolgimento attivo delle comunità locali.

Per essere percepita dalla popolazione come una vera e propria “casa della salute” questo nuovo luogo pubblico deve poter rappresentare anche uno spazio/laboratorio innovativo, aperto al contributo di aggregazioni di operatori, professionisti, organizzazioni pubbliche o private, espressioni del terzo settore e del volontariato attive localmente, favorendo in tal senso anche la stipula di accordi di programma. L’obiettivo è di creare e alimentare un “forum sociale e sanitario di pensiero e azione”, finalizzato sia alla condivisione di strategie e progettualità locali, sia al superamento delle rigide logiche settoriali di appartenenza, che fino ad oggi hanno di frequente bloccato risorse, integrazioni, sinergie, conoscenze e competenze fondamentali per la promozione della salute e del benessere e per la costruzione di un welfare di comunità.

Alla luce dei principi guida e degli indirizzi strategici sopra riportati, il cambiamento delineato presuppone due condizioni:

- sotto il profilo interno è essenziale che tutte le articolazioni organizzative sociali e sanitarie partecipino pariteticamente alla Casa della Salute, per cogliere l’occasione di superare l’autoreferenzialità tipica dei servizi e realizzare l’integrazione, nelle sue molteplici valenze;
- sotto il profilo esterno, per conseguire gli obiettivi di miglioramento della capacità di resilienza delle persone, dei nuclei familiari e delle comunità locali e per la promozione della salute e del benessere sui territori, il sistema integrato degli interventi e servizi sociosanitari non può poggiare solo sulle strutture, le risorse e le competenze dei servizi sociali e sanitari pubblici. Al contrario, come indicato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, ossia in un’ottica di sviluppo della cultura della

“salute in tutte le politiche” e di promozione di progettualità intersettoriali e di comunità (che interessino sociale, scuola, lavoro, sport, cultura, ambiente, urbanizzazione, mobilità, sanità), occorre coinvolgere tutti gli attori, pubblici e privati, che per finalità, ruolo e competenze possono concorrere alla tutela della salute e del benessere della comunità locale (le organizzazioni del non profit e del volontariato, le scuole, il mondo della formazione professionale e del lavoro, i Tribunali, le forze dell’ordine, gli enti competenti in materia abitativa, culturale e sportiva).

L’avvio sperimentale di questo spazio dedicato alle reti sociosanitarie, per la promozione del benessere delle comunità locali e il suo governo, costituisce l’elemento più innovativo della Casa della Salute.

Affinché tale laboratorio possa svilupparsi, nella fase di avvio occorre esercitare un’azione di stimolo alla partecipazione delle comunità locali e una funzione di accompagnamento dei territori, finalizzate a:

- accrescere la consapevolezza e l’empowerment dei cittadini e delle cittadine per una partecipazione competente al processo decisionale;
- creare tavoli di lavoro tematici stabili con i diversi portatori di interesse (Comuni, ASL, terzo settore, altri attori attivi localmente, come le scuole, i centri per l’impiego ecc.) per effettuare in maniera condivisa una diagnosi di comunità, valutare il sistema dei servizi esistente ed elaborare specifiche progettualità per il benessere della comunità di appartenenza.

Progettualità che possono trovare naturale sbocco nell’ambito della programmazione territoriale, confluendo nel Piano di Zona e nel Piano delle Attività Territoriali (PAT) elaborati all’interno del Distretto sociosanitario in cui insiste la Casa della Salute;

- monitorare e valutare, con il coinvolgimento attivo dei diversi attori della rete, i progetti di nuova introduzione, talvolta anche innovativi e sperimentali, al fine di una loro eventuale sistematizzazione ed estensione.

### **Punto Unico di Accesso**

Il Punto Unico di Accesso (PUA) assolve una funzione strategica nel nuovo modello organizzativo regionale, funzionale a garantire ai cittadini ed alle cittadine il diritto all’accesso unitario al sistema territoriale degli interventi e servizi sociali, sanitari e sociosanitari, eliminando o semplificando i numerosi passaggi ai quali una persona e i suoi familiari devono adempiere e garantendo l’appropriatezza e la continuità delle prestazioni fornite.

Per sviluppare la funzione del PUA è necessario un forte raccordo e collegamento tra le diverse componenti sociali e sanitarie. Raccordo che deve essere sistematico, a partire da una programmazione concordata e dall'integrazione funzionale e operativa tra PUA e Segretariato sociale.

In questa nuova organizzazione sociosanitaria regionale, la struttura del PUA deve ricomporre sia l'esigenza di integrazione gestionale e professionale tra sociale e sanitario (anche attraverso la condivisione di luoghi, spazi, dotazioni tecniche e strumentali con un'ottimizzazione dell'uso delle risorse pubbliche), sia la volontà di essere vicini alle persone. Ciò può essere raggiunto attraverso la costruzione, in ogni Distretto sociosanitario, di un modello organizzativo costituito da un PUA principale, che sia funzionalmente collegato e integrato con una rete decentrata di PUA di prossimità.

Le funzioni del PUA (di front-office e back-office) si collocano quindi presso una sede territoriali principale e integrata, ma, a seconda delle dimensioni, delle caratteristiche orografiche e/o urbanistiche e dell'organizzazione dei singoli territori, è possibile attivare diversi punti d'accesso decentrati e di prossimità, situati presso i servizi territoriali già esistenti e coordinati dal PUA principale. Ciò presuppone la presenza nei punti decentrati di personale adeguatamente formato per lo svolgimento delle sole funzioni di front-office, nell'ambito di quella formazione e aggiornamento congiunti che sono stati già più volte indicati come presupposto all'implementazione di approcci e strumenti operativi uniformi.

- Il PUA principale

È il punto di accesso principale, in cui sono presenti e operano in modo integrato professionisti dei Comuni e della ASL, che assicurano le seguenti funzioni specifiche, sia di front-office che di back-office: accesso, accoglienza (ascolto, informazione), orientamento, pre-valutazione integrata con l'attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici oppure con l'avvio di percorsi di presa in carico attraverso l'attivazione dell'UVM nel caso di bisogni complessi.

- I PUA di prossimità

Sono punti decentrati presso i servizi territoriali già esistenti (se dotati di personale adeguatamente formato alle funzioni di front-office), come i presidi delle ASL, i presidi ospedalieri, i centri di assistenza domiciliare, i consultori, i centri di salute mentale, gli sportelli sociali attivati da enti pubblici, i centri unici di prenotazione.

Essi saranno collegati tra loro nell'ottica della realizzazione di un'efficiente ed efficace rete informativa coordinata e diretta dal PUA principale.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento della rete dei PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite, sulla base delle Linee guida regionali, dai Comuni dei Distretti sociosanitari e dalle ASL.

### **Valutazione multidimensionale integrata**

Successivamente all'accoglienza e alla pre-valutazione realizzate presso il PUA, nel caso di bisogni complessi che richiedono prestazioni sociosanitarie integrate, si procede all'avvio della valutazione multidimensionale, che rappresenta il presupposto per la definizione del progetto personale.

Essa si deve porre l'obiettivo di ricostruire la specifica situazione della persona, in termini di condizioni di salute, funzionamenti, limitazioni alle attività e alla partecipazione, condizioni lavorative, economiche, abitative, familiari e relazionali, ma anche obiettivi e aspirazioni, oltre che fattori contestuali in termini di ostacoli e facilitatori. Ossia tutti quegli elementi che consentono di elaborare il progetto personale, quale mix appropriato di interventi, servizi e trasferimenti in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione sociale.

Dunque, l'unità di valutazione multidimensionale, istituita in ogni Distretto sociosanitario della Regione, effettua la valutazione multidimensionale della situazione della persona e del suo contesto ambientale, elabora con la diretta partecipazione del cittadino o di chi lo rappresenta un progetto personale, garantisce l'effettiva presa in carico, intesa come identificazione certa delle

responsabilità connesse alla realizzazione del progetto, al suo monitoraggio e adeguamento, alla valutazione dei risultati e degli impatti.

L'UVM, come disciplinato dal DCA 431/12, è un'equipe multiprofessionale sociosanitaria e multidisciplinare di tipo funzionale, la cui responsabilità è in capo al Direttore di Distretto. Essa è composta da:

- medico del Distretto individuato dal Direttore in funzione della tipologia del bisogno;
- medico di medicina generale/pediatra di libera scelta della persona;
- infermiere;
- assistente sociale.

Inoltre, in relazione alla specifica situazione, l'UVM può essere integrata da altre figure professionali afferenti sia ai servizi della ASL che ai servizi sociali dei Comuni e/o ad altri enti/istituzioni e/o organizzazioni del territorio.

Ai fini del presente Piano regionale, quando si fa riferimento all'assistente sociale dell'UVM si deve intendere l'assistente sociale designato dai Comuni del Distretto sociosanitario, proprio al fine di garantire l'integrazione tra il settore sociale e quello sanitario, tra gli enti locali e la ASL.

Attualmente l'UVM, attraverso équipe di professionisti formati ed esperti appartenenti sia ai servizi sociali che ai servizi sanitari, assicura la valutazione multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane, e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (DCA 431/12). Tuttavia, nel modello organizzativo sociosanitario regionale, l'UVM diventerà lo strumento

metodologico e operativo corrente, da attivare in tutti i casi che richiedono il ricorso a servizi integrati. Non solo, quindi, per le persone con disabilità o per gli anziani non autosufficienti, ma anche nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze, e per tutte quelle condizioni per cui è necessario attivare supporti intensivi e percorsi integrati, come nel caso di famiglie monogenitoriali, persone

vittime di violenza ecc.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie. Tale responsabilità deve quindi essere ricondotta pariteticamente sia al Direttore di Distretto sanitario o suo delegato che al Responsabile del Distretto sociale o suo delegato. Il luogo deputato a tale funzione viene identificato nel back-office del PUA, al fine sia di ottimizzare l'utilizzo delle risorse sociosanitarie che operano al suo interno, sia di garantire la tempestività e l'efficienza della risposta al bisogno segnalato. Tale momento di responsabilità condivisa è utile per verificare (sulla base delle informazioni acquisite) anche la disponibilità di specifiche risorse da allocare nel budget di salute, allegato al progetto personale.

### **Progettazione personale e budget di salute**

L'obiettivo centrale delle politiche sociali, intese nel loro senso più ampio, è quello di favorire l'inclusione e garantire condizioni di pari opportunità per tutti i cittadini e le cittadine, in modo che tutti abbiano le stesse possibilità di sviluppo personale.

Ciascuna persona, e ciascuna famiglia, deve essere messa nelle condizioni di poter decidere della propria vita, secondo i propri bisogni e i propri obiettivi, la propria scala di valori e le proprie capacità. In tal senso il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari concorre all'inclusione sociale, fornendo supporti congruenti e proporzionati alle condizioni personali e ambientali, alla piena inclusione e partecipazione sociale di ognuno in condizione di parità con gli altri membri della comunità di riferimento.

Nonostante tali presupposti, nella realtà il sistema di welfare risulta, ad oggi, tutt'altro che integrato. Esso offre risposte frammentate e parcellizzate, che spingono ancora a riferirsi all'integrazione come ad un obiettivo da raggiungere.

Un approccio basato sui diritti impone un ripensamento del sistema, che si fondi sul protagonismo della persona, considerata nella sua unitarietà, garantisca l'esigibilità delle prestazioni, produca

risposte appropriate, integrate e prossimali, valorizzando anche il capitale relazionale presente nelle comunità locali.

L'articolo 53 della nuova legge regionale 11/2016 prevede la *presa in carico integrata della persona* e il *budget di salute*, al fine di introdurre strumenti operativi capaci di ricomporre la frammentazione delle prestazioni, dei costi e delle competenze tra sociale e sanità, tra Comuni e ASL. L'obiettivo è di garantire il diritto alla salute dei cittadini e delle cittadine, che - giova ricordarlo - si configura non come una semplice assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e che, come tale, richiede un sistema fortemente integrato di servizi sanitari e sociali, in grado di assicurare appropriatezza e continuità delle risposte. La centralità della persona diviene operativamente fondante del sistema solo in presenza di una sua riorganizzazione che possa garantire il rispetto del diritto di fruizione dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari in modo integrato e condiviso.

Congruentemente, nella programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi a livello distrettuale, la Regione introduce quindi il metodo della programmazione personale e del budget di salute.

### **Il progetto personale**

Nell'ambito delle previsioni normative e programmatiche, tanto del versante sociale quanto di quello sanitario, annoveriamo denominazioni, definizioni e declinazioni diverse del concetto di progettazione per la persona.

L'articolo 9 della legge regionale 11/2016 disciplina il contenuto del piano personalizzato di assistenza, che deve essere "predisposto, d'intesa con il beneficiario, con il suo tutore legale o eventualmente con i suoi familiari, dal servizio sociale professionale (...), in collaborazione con le competenti strutture delle aziende sanitarie locali, al fine di coordinare e integrare gli interventi, i servizi e le prestazioni del sistema integrato (...)".

L'articolo 9 richiama anche, al comma 2, i *piani individuali per le persone con disabilità* di cui all'articolo 14 della legge quadro 328/2000. Questi ultimi, tuttavia, sempre secondo la legge 328 sono preceduti da una "valutazione diagnosticofunzionale" e non da quella "valutazione multidimensionale", recepita nella successiva normazione, che viene attivata per la predisposizione dei *piani personalizzati di assistenza*, in presenza di bisogni complessi che richiedono l'intervento di diversi servizi e operatori. Inoltre, la legge 328 non esplicita espressamente il coinvolgimento della persona con disabilità e della sua famiglia nella redazione di tale progetto, criterio invece imprescindibile dopo l'approvazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dal nostro Paese con legge n. 18 del 3 marzo 2009. Quanto alla tipologia delle prestazioni/servizi, la legge quadro prevede che il progetto individuale comprenda le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del SSN, i servizi alla persona erogati dal Comune "in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale".

Nel tempo e negli atti legislativi e di programmazione sociale e sanitaria è possibile trovare ulteriori definizioni.

I *percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA)* sono strumenti per le persone con patologie ad elevato impatto sociale e ad alto costo in quanto delineano un percorso che, a partire dal momento della diagnosi, può garantire una presa in carico individualizzata, l'integrazione tra i vari nodi della rete e tra aspetti sociali e sanitari, la continuità ospedale-territorio, l'accesso uniforme a servizi e prestazioni in relazione alle fasi della malattia, alla sintomatologia, ai livelli di disabilità, ai bisogni.

Il *progetto riabilitativo individuale (PRI)* è lo strumento di lavoro, elaborato dal team di figure professionali coinvolte, di cui è responsabile il medico specialista in riabilitazione, che ha l'obiettivo di rendere l'intervento riabilitativo mirato, continuativo ed efficace, perché rispondente ai bisogni reali del paziente.

I *progetti terapeutici-riabilitativi individuali (PTRI)* sono percorsi integrati atti a soddisfare bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

Il *progetto per la vita indipendente* è un progetto in cui prevale la redazione diretta della persona con disabilità che lo richiede, o di chi la rappresenta, e l'autogestione dell'assistenza personale. Si tratta quindi di un'erogazione alla persona di trasferimenti economici, in sostituzione di servizi o prestazioni di norma assicurati da enti pubblici in modalità diretta (anche convenzionata o accreditata), con la finalità di attuare le personali scelte di vita nel perseguimento della massima autonomia e inclusione.

Di progetto personalizzato si parla anche nell'ambito della scuola e del lavoro.

Il *Piano educativo individualizzato (PEI)* è un documento di natura progettuale nel quale vengono descritti gli interventi, integrati ed equilibrati tra di loro, predisposti per l'alunno con disabilità in un determinato periodo di tempo, sulla base della diagnosi funzionale e del profilo dinamico funzionale, ai fini della realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione. Il PEI deve essere redatto congiuntamente dagli operatori sanitari individuati dalla ASL e dal personale docente curricolare e di sostegno della scuola e, ove presente, con la partecipazione dell'insegnante operatore psicopedagogico, personale educativo scolastico, e con il coinvolgimento dei genitori dell'alunno.

Nell'ambito del lavoro si può fare riferimento al *progetto di inclusione lavorativa della persona con disabilità* che è espressione del principio del collocamento mirato, introdotto dalla legge 68/99, ossia della "persona giusta al posto giusto".

Tale progetto deve essere redatto dai servizi competenti sulla base di una valutazione bio-psico-sociale della disabilità, con la partecipazione e l'adesione della persona stessa o di chi la rappresenta, e in raccordo con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio. L'obiettivo è di realizzare un intervento a misura della persona con disabilità, cogliendone le aspettative, le capacità, le inclinazioni, oltre che la preparazione professionale o i presupposti di formazione.

Infine i più recenti *progetti di presa in carico del sostegno per l'inclusione attiva (SIA)* sono dei progetti di attivazione sociale e lavorativa collegati all'erogazione di un sussidio economico ai nuclei familiari con minori in condizioni di povertà.

Essi si basano su una valutazione multidimensionale del bisogno dei membri del nucleo familiare, sono condivisi con le persone interessate, hanno come finalità il superamento della condizione di povertà, il reinserimento lavorativo e l'inclusione sociale, e possono quindi richiedere l'integrazione tra sistema sociale, del lavoro, sanitario, educativo, dell'istruzione e della formazione, nonché la collaborazione fra i servizi pubblici e del privato sociale.

Per "progetto personale" si intende, quindi, un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti monetari in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione sociale.

Secondo la legge regionale 11/2016 (art. 53, comma 1), esso deve essere formulato dall'UVM con la diretta partecipazione della persona o di chi la rappresenta, sulla base della valutazione multidimensionale della sua specifica situazione, in termini di condizioni di salute, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, obiettivi e aspirazioni, oltre che della valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia.

Propedeutica e correlata al progetto personale è, quindi, la valutazione multidimensionale della persona e del suo contesto di vita, e l'effettiva "presa in carico" intesa come identificazione certa delle responsabilità connesse alla realizzazione del progetto, al suo monitoraggio e adeguamento, alla valutazione dei risultati e degli impatti.

## **Il budget di salute**

La ricomposizione delle prestazioni nel progetto personale presuppone anche la ricomposizione delle fonti di finanziamento e la riqualificazione delle risorse disponibili in funzione degli esiti della valutazione multidimensionale.

Lo strumento che la legge 11/2016 individua a tal fine è quello del budget di salute.

Per “budget di salute” si intende la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a garantire o restituire a una persona, attraverso un progetto personale, un funzionamento sociale adeguato, alla cui elaborazione partecipano principalmente la persona stessa, la sua famiglia e la sua comunità, ottimizzando l’uso delle risorse diffuse in una logica non prestazionale e frammentata.

Evidente in questa definizione è l’imprescindibile collegamento tra il budget di salute e il progetto personale. Infatti, in assenza del secondo, il primo risulterebbe un mero strumento allocativo, funzionale a riprodurre l’attuale impiego delle risorse, che verrebbero solo ricondotte ad un nuovo, unitario, ma solo diversamente etichettato contenitore. Al contrario, in assenza del budget di salute, il progetto personale resterebbe irrealizzato nella sua completezza, incapace sia di produrre una reale integrazione dei servizi e degli interventi, sia di riorientare le risorse attualmente spese in direzione di prestazioni che siano coerenti e appropriate per quella persona in quel determinato contesto di vita.

Obiettivo prioritario del sistema operativo basato sul progetto personale e il budget di salute è quello di promuovere “*contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale*” (art. 53, comma 5, LR 11/2016) e di sostenere il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita.

Questo sistema è caratterizzato da un elevato grado di flessibilità e personalizzazione: non è legato a un tipo particolare di servizio, a uno specifico ente erogatore o a determinate modalità di erogazione. Esso pone l’accento sui determinanti sociali della salute. Infatti chi è privo di fattori di protezione sociale (è senza lavoro, ha un basso reddito, vive in contesti familiari e sociali poveri di risorse economiche, culturali e relazionali) si trova più facilmente esposto a situazioni di perdita della salute e a rischi di esclusione sociale. L’attenzione viene quindi rivolta a progetti capaci di intervenire sugli elementi costitutivi della salute, ossia: apprendimento/espressività; formazione/lavoro; casa/ habitat sociale; affettività/socialità.

In questo nuovo modello di governance il privato sociale collabora alla costruzione e allo sviluppo di sistemi integrati, che favoriscano l’attivazione dei cittadini e delle cittadine, l’inclusione sociale e lavorativa, la permanenza nel proprio contesto di vita, abitativo e affettivo-relazionale, ed evitino l’istituzionalizzazione, attraverso la riconversione della spesa per la residenzialità

Azioni:

- Introduzione di regole e strumenti comuni di programmazione, documentazione e valutazione dell’attività di progettazione, che si sostanzia in:

1. elaborazione da parte dell’UVM, con la diretta partecipazione del cittadino o di chi lo rappresenta, di un progetto personale che definisca, previa valutazione della sua specifica situazione (personale e ambientale), il mix più appropriato di prestazioni (servizi e/o trasferimenti) finalizzate a supportare il suo progetto di vita, la sua inclusione sociale e la permanenza nel contesto di vita;
2. quantificazione da parte dell’UVM delle risorse economiche, professionali e partecipative (personali, familiari, pubbliche, della comunità locale) che definiscono il budget di salute per la realizzazione del singolo progetto personale;
3. individuazione di un coordinatore della rete dei servizi e dei soggetti corresponsabili della realizzazione del progetto personale;
4. definizione di un sistema di indicatori per il monitoraggio del progetto personale e la valutazione dei risultati raggiunti, al fine di apportare eventuali modifiche legate all’evoluzione della situazione e all’effettivo conseguimento degli obiettivi di inclusione sociale;
5. predisposizione e uso di una versione informatizzata del sistema di documentazione degli accessi e dei progetti (Cartella sociosanitaria).

**Sistema informativo e Cartella sociosanitaria**

La piattaforma regionale per i servizi sociali permette attualmente di monitorare l'andamento dei servizi e dei progetti finanziati con il Fondo Nazionale delle Politiche Sociali. L'obiettivo del Piano è quello di una sua nuova strutturazione, che consenta il monitoraggio dell'intero sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali al di là di ciò che viene finanziato con il FNPS.

Ciò che invece emerge attualmente è, da una parte, la frammentazione gestionale delle attività di rilevazione all'interno di uno stesso settore, con il rischio di sovrapposizioni temporali, duplicazioni dei dati, perdita di informazioni, e dall'altra la difficoltà di condivisione delle informazioni tra enti diversi, che si traduce in un problema di coerenza complessiva tra le fonti informative.

Manca un sistema uniforme di rendicontazione e di analisi dell'offerta sociale, da cui deriva l'incapacità delle diverse banche dati di dialogare tra loro e, quindi, la necessità di costruire vocabolari comuni e logiche condivise di rilevazione.

Limitazioni che si rivelano di ostacolo al processo decisionale, se consideriamo l'importanza di conoscere l'esistente per operare scelte in grado di migliorare la qualità della vita delle persone.

È fondamentale, infatti, che i dati vengano raccolti e organizzati nel momento stesso in cui sono prodotti e, quindi, che le attività di raccolta ed elaborazione delle informazioni non siano episodiche e frammentate, ma inserite nel lavoro quotidiano degli operatori, costituendo uno dei prodotti ordinari delle attività di gestione degli interventi. Si tratta, in altre parole, di un processo di produzione dei dati che passa attraverso richieste informative periodiche alle unità di offerta del territorio, per acquisire informazioni inerenti, certamente, l'utenza servita e i costi sostenuti, ma anche il personale impiegato, le caratteristiche strutturali e strumentali e quant'altro possa essere utile alla conoscenza della rete locale dei servizi e degli interventi sociali.

Altrettanto importante è la capacità di sviluppare rapporti intra e interistituzionali rispetto all'apporto conoscitivo che altri settori e strutture possono fornire.

Pensiamo alla ricchezza in termini conoscitivi che potrebbe scaturire dalla condivisione delle informazioni prodotte nei diversi comparti amministrativi e dall'integrazione dei flussi informativi comunali con quelli di altri Sistemi informativi, in primo luogo quello sanitario.

Occorre investire sulla capacità di mettere a sistema informazioni oggi disomogenee e frammentate e di svolgere una "politica attiva sul dato", che non si limiti alla semplice archiviazione delle informazioni, ma utilizzi queste informazioni nel supportare i processi decisionali inerenti le attività di programmazione, gestione e valutazione dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari. Cosa che presuppone la condivisione di un obiettivo comune tra i diversi interlocutori e la costruzione di strumenti informativi-informatici dialoganti.

Nel realizzare tale investimento, è opportuno ispirarsi alle soluzioni adottate in altri contesti regionali e a scelte prodotte a livello centrale. È, infatti, cruciale collegare quello che si fa o si farà sul territorio con quello che già viene fatto da altre Regioni, allo scopo di uniformare i vocabolari e le modalità di raccolta dei dati. Non si può non tener conto di ciò che avviene al di fuori del contesto locale, e quindi dei molteplici debiti informativi che occorre assolvere rispetto ai diversi organi dell'amministrazione pubblica. Per evitare sovrapposizioni ed eventuali scostamenti e disomogeneità nella raccolta e analisi dei dati, occorre adottare a livello locale un sistema di classificazione e strumenti di raccolta dei dati che garantiscano l'interoperabilità e che siano in sintonia con le codifiche nazionali e internazionali già esistenti, garantendo, al contempo, le informazioni specifiche necessarie alla programmazione regionale e territoriale.

In tal senso appare quindi opportuno ricorrere a strumenti tassonomici già condivisi, che costituiscono patrimonio comune del sistema integrato dei servizi a livello regionale e locale. In riferimento alle prestazioni sociali e sociosanitarie saranno pertanto utilizzate, nella strumentazione del Sistema informativo, le definizioni indicate nel "Nomenclatore degli interventi e servizi sociali", redatto dal CISIS (Centro interregionale per i sistemi informatici, geografici e statistici), nella sua ultima edizione disponibile (2013).

In aggiunta occorre considerare anche la generale difficoltà dei Sistemi informativi di andare oltre la rappresentazione dell'offerta sostenuta dai finanziamenti pubblici, per dar conto anche di programmi e iniziative che non facciano capo all'operatore pubblico o di tipologie di intervento che

non avvengano per il tramite della spesa, con l'obiettivo di rappresentare sistematicamente l'universo dei servizi e degli interventi pubblici e privati attivi sul territorio e degli attori che operano localmente.

Una criticità comunemente riscontrata dalle indagini sui Sistemi informativi regionali è quella relativa ad uno sbilanciamento di attenzione verso l'offerta di servizi. Tuttavia, altrettanto diffusa è la consapevolezza della necessità di rafforzare l'osservazione dei bisogni e delle condizioni sociali generali della popolazione. Solo sviluppando un sistema permanente di analisi della domanda sociale, nella sua accezione più ampia (di cui la domanda espressa è solo una parte), è possibile infatti costruire un profilo di comunità in grado di orientare nelle scelte. In quest'ottica, il Sistema informativo di un territorio servirebbe sì a monitorare i servizi esistenti e le risorse impiegate, ma sarebbe fondamentale anche per analizzare l'evoluzione della domanda sociale e valutare l'offerta.

In questa direzione manca un sistema di raccolta integrata dei dati di accesso delle persone al sistema di welfare locale e di archiviazione delle informazioni riguardanti la storia del singolo in rapporto ai servizi e agli interventi territoriali.

La Cartella sociosanitaria integrata rappresenta lo strumento principale per la raccolta delle informazioni, la gestione dei processi, il monitoraggio e la valutazione degli interventi.

La Cartella sociosanitaria permette infatti di:

- snellire le procedure, acquisire una sola volta le informazioni sulla persona, evitando ripetizione di richieste e compilazioni di moduli identici;
- monitorare il progetto personale e l'insieme dei servizi erogati, evitando il rischio di duplicazioni e sovrapposizioni;
- favorire l'integrazione tra i servizi (sociali, sanitari, educativi, del lavoro);
- acquisire informazioni, in maniera aggregata, sulle domande dei cittadini e sulle capacità di risposta del sistema.

Sul Sistema informativo e sulla Cartella sociosanitaria per approfondimenti ed azioni specifiche si rimanda al capitolo O.

Ai fini dell'attuazione del presente Piano e nell'ottica dell'integrazione dei servizi, si applica il regolamento regionale concernente: "Trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende Unità Sanitarie Locali, degli enti dipendenti e delle agenzie regionali, delle società e degli altri enti privati a partecipazione regionale, ai sensi degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), regolamento regionale n° 11 del 30 aprile 2014 (BUR 2 maggio 2014, n.35 - Supplemento n.1). In prima attuazione, durante il primo triennio, i soggetti, le strutture e gli operatori coinvolti nello svolgimento delle attività previste dal Piano sono soggetti titolari equiparati alle Aziende Unità Sanitarie Locali di cui agli artt. 1 e 3 del suddetto Regolamento. Tutte le integrazioni o successive modifiche del Sistema informativo, previsto dal presente Piano, dovranno essere corredate di schede che descrivano i dati sensibili e giudiziari oggetto di trattamento, le finalità di interesse pubblico perseguite e le operazioni eseguibili, tali schede dovranno essere approvate dalla Regione e andranno ad integrare gli allegati al suddetto Regolamento, sulla base di tale integrazione saranno aggiornati, se necessario, i soggetti titolari di cui agli artt. 1 e 3.

### **Raccordo con le politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, abitative, ambientali, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali, educative, ricreative, sportive e del tempo libero**

La promozione del benessere delle comunità locali richiede anche il coinvolgimento nel sistema integrato di soggetti, strutture, servizi, risorse e competenze ulteriori rispetto a quelle sociali e sanitarie pubbliche. Occorre, infatti, mobilitare tutti gli attori, pubblici e privati, che per finalità, ruolo e competenze possono concorrere alla tutela della salute e del benessere della comunità locale. Innanzitutto gli enti pubblici competenti in materia di istruzione, formazione e lavoro, immigrazione, politiche abitative, ambientali, della sicurezza dei cittadini e delle cittadine, culturali,

educative, ricreative, sportive e del tempo libero. E non solo, risulta, infatti, strategico anche il coinvolgimento delle organizzazioni del non profit e del volontariato che si occupano dei temi connessi al welfare locale.

Azioni:

Al fine di realizzare tale raccordo la Regione intende:

- avviare al suo interno un percorso di confronto tra i diversi assessorati competenti, per condividere le strategie e favorire l'integrazione delle diverse programmazioni di settore;
- attivare modalità di consultazione stabili e sistematiche dei soggetti sociali presenti nel territorio laziale, di cui il processo di partecipazione per la stesura del Piano sociale ha rappresentato l'avvio, in direzione di una "istituzionalizzazione" della partecipazione;
- fornire supporto e assistenza tecnica ai Distretti sociosanitari per realizzare azioni di stimolo alla partecipazione delle comunità locali, finalizzate a:
  - accrescere la consapevolezza e l'empowerment delle persone rispetto alla partecipazione alle decisioni che li riguardano e che coinvolgono le proprie comunità;
  - creare tavoli di lavoro stabili, a convocazione periodica, con i diversi portatori di interesse (Comuni, ASL, terzo settore, altri attori attivi localmente, come le scuole, i centri per l'impiego, i Tribunali ecc.) per la diagnosi della comunità locale e la programmazione delle politiche;
  - monitorare e valutare, con il coinvolgimento attivo dei diversi attori della rete, il sistema degli interventi e servizi integrati attivo localmente.

## **N. Formazione e aggiornamento degli operatori sociali**

La formazione è uno strumento prezioso per "dare gambe" alla riforma del sistema integrato degli interventi e servizi sociali disegnato dalla legge regionale 11/2016. La qualificazione del personale e lo sviluppo di competenze manageriali coerenti con la complessità tecnico-amministrativa del sistema sono, infatti, fattori decisivi per lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale e il miglioramento generalizzato e duraturo dei servizi.

Il Piano prevede perciò il disegno e l'avvio di un percorso sistematico di formazione e aggiornamento delle figure professionali sociali, che favorisca la condivisione di metodi e strumenti per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione, la promozione della qualità e dell'efficacia, il lavoro in equipe, l'integrazione interprofessionale, intersettoriale e multidisciplinare, un'adeguata gestione degli strumenti informatici e telematici.

Il programma formativo (multilivello e multiprofessionale), per il cui finanziamento potranno essere utilizzate anche risorse nazionali e comunitarie, sarà elaborato sulla base di un'attenta analisi dei fabbisogni formativi. Sarà organizzato in collaborazione con gli ordini professionali, le associazioni di categoria e le parti sociali, in raccordo con l'Osservatorio sociale regionale (cfr. LR 11/2016 artt. 60- 61), con l'apporto scientifico di università e agenzie formative specializzate.

Si articolerà in tre macro-aree:

- governance del sistema;
- lavoro di comunità;
- lavoro sociale con le persone, le famiglie e i gruppi.

La prima area sarà dedicata soprattutto all'acquisizione sistematica delle competenze necessarie per l'innovazione della governance del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali, secondo le linee tracciate dal presente Piano. Essa si rivolge soprattutto ai decisori dei Distretti sociosanitari, ai funzionari degli Uffici di Piano, ai responsabili dei servizi sociosanitari e ai dirigenti delle organizzazioni del terzo settore. Le azioni formative avranno come obiettivi il miglioramento della comprensione della normativa che regola il welfare, l'aumento delle competenze manageriali, programmatiche e valutative, il sostegno all'esercizio dei ruoli apicali, il miglioramento delle capacità di elaborazione strategica e di gestione tecnico-amministrativa.

La seconda e la terza area si concretizzano in un variegato e sistematico programma di aggiornamento rivolto a tutti coloro che sono impegnati nel lavoro di comunità e nelle relazioni di aiuto, compresi i caregiver, i volontari e le persone attive in azioni di advocacy e di tutela delle

persone a rischio di esclusione sociale. Saranno favoriti, in particolare, percorsi integrati per la formazione congiunta del personale del servizio sociale e sanitario, sia pubblico che privato, al fine di generare una base conoscitiva comune, un linguaggio condiviso e modelli operativi unificati.

Le azioni formative potranno riguardare tematiche come quelle indicate di seguito (elenco meramente esemplificativo e non esaustivo):

- Metodi e tecniche per la gestione della relazione d'aiuto.
- Prevenzione del burn-out.
- Lavoro in equipe.
- Funzionamento delle Unità Valutative Multidimensionali.
- Rapporti con la Magistratura.
- Gestione della Cartella sociosanitaria.
- Progettazione personalizzata.
- Metodi e percorsi per la prevenzione e l'empowerment comunitario.
- Strumenti per la gestione degli interventi di contrasto della povertà e di sviluppo dell'autonomia personale.
- Sostegno ai percorsi per l'adozione, l'affido e la tutela delle persone vulnerabili.
- Strategie per il lavoro sociale con gli adolescenti.
- Metodi e tecniche per la prevenzione dell'istituzionalizzazione.

#### **O. Osservatorio sociale regionale e Sistema informativo**

La necessità di supportare con analisi di tipo conoscitivo sia generali sia specifiche tutti i livelli programmatori, a partire dal livello distrettuale fino ad arrivare al livello zonale e regionale, è diventata indispensabile alla luce delle trasformazioni sociali (della domanda), della programmazione dei servizi (dell'offerta) e delle normative specifiche (delle regole).

In questo contesto l'Osservatorio regionale delle politiche sociali assume un ruolo centrale nell'ambito del processo di sviluppo e di ridefinizione del welfare locale e regionale.

Lo sviluppo di processi conoscitivi è la base per costruire sia gli scenari descrittivi e interpretativi più generali, dove poter collocare adeguatamente progettualità e servizi, sia gli scenari micro-territoriali specifici e di dettaglio, utili a ridefinire competenze e modalità di erogazione dei servizi, nonché le attività di monitoraggio e valutazione delle prestazioni e delle politiche sociali.

L'Osservatorio sociale ha, quindi, un ruolo importante a supporto della programmazione sociale e sanitaria e delle nuove politiche sociali. Infatti, se la programmazione prevede la concertazione fra tutti gli attori pubblici e del terzo settore per delineare le nuove domande, *se la programmazione prevede di tenere conto diacronicamente dell'organizzazione, delle prestazioni e dei servizi sociosanitari, se la programmazione prevede l'attivazione di un processo di valutazione delle politiche e dei servizi sociosanitari, allora il ruolo dell'Osservatorio sociale assume una nuova centralità e, soprattutto, ha una funzione multiutility per la programmazione territoriale tout court.*

A tale proposito e preliminarmente sono individuabili due livelli territoriali dell'Osservatorio sociale: 1) regionale; 2) di ambito e/o comunale. Gli obiettivi del primo livello territoriale riguardano l'analisi di fenomeni sociali e sociosanitari riconducibili a livello regionale con un riferimento specifico all'integrazione con altre tipologie di Osservatori (sanitario, del mercato del lavoro, economico, scolastico), la comparazione e la valutazione dei Piani di Zona e della spesa sociale a livello di ambito e/o zonale. Gli obiettivi del livello di ambito e/o comunale, oltre all'analisi dei fenomeni sociali e sociosanitari riconducibili al livello distrettuale, sono quelli prevalentemente di valutazione della programmazione, dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi e dei servizi, della verifica sulla qualità del lavoro sociale e del rispetto dei CCNL più rappresentativi. Tutti i livelli dell'Osservatorio sociale poggiano su diversi e articolati basamenti informativi, fra i quali sono fondamentali i Sistemi informativi sanitario e sociale.

La fruizione delle informazioni e dei processi conoscitivi nelle comunità territoriali

Un compito prioritario dell'Osservatorio è quello di far sì che le informazioni, le analisi e le valutazioni che raccoglie e che produce giochino un ruolo di stimolo e di riflessione all'interno dei

processi decisionali. Non solo, la produzione dovrebbe essere condivisa con tutti gli attori rilevanti per le politiche sociali, ma anche con le singole categorie di professioni sociali e sanitarie, con gli operatori del terzo settore e del volontariato, ma anche con i cittadini e le cittadine. Se il coinvolgimento e la condivisione delle attività di un Osservatorio sociale da parte di tutti gli attori della comunità (locale o regionale) è assolutamente irrinunciabile per poter mantenere ruolo e funzioni all'interno del processo di costruzione e realizzazione delle politiche di welfare, allora è necessario porsi il problema di quale tipo di processo comunicativo possa essere messo in atto.

### **Verso la multiutility**

Un Osservatorio sociale deve avere come funzione primaria il supporto alle decisioni programmatiche nell'ambito delle politiche sociali. Se questa è la funzione primaria riconosciuta parzialmente dalla legislazione nazionale, è anche vero che è possibile immaginare funzioni multiutility. Infatti l'attivazione di processi conoscitivi che pongano al centro la persona come fulcro delle azioni e degli spazi socialmente rilevanti può rispondere ad esigenze ben più ampie anche delle politiche sociali integrate o «allargate».

Di seguito sono proposte le future funzioni dell'Osservatorio sociale regionale da costruire nell'arco del triennio di validità del Piano.

Caratteristiche dell'Osservatorio sociale multiutility

Funzioni Aree tematiche Metodi Destinatari

Di conoscenza

(*learning*)

Area base dati informative (Sistema informativo sociale)

Valorizzazione e integrazione archivi significativi

Attivazione flussi informativi specifici (con individuazione di indicatori sociali *ad hoc*)

Attori rilevanti per le politiche sociali locali

Area servizi sociali Valorizzazione e integrazione archivi significativi

Attivazione flussi informativi specifici (con individuazione di indicatori sociali *ad hoc*)

Professioni sociali

Professioni sanitarie

Operatori del terzo settore

Area trasformazioni sociali

Indagini etnografiche (storie di vita, interviste non strutturate)

Analisi casuale standard (indagini campionarie *ad hoc* di tipo longitudinale)

Cittadini e cittadine

Società civile

Enti locali

Imprese

Di supporto alla programmazione e di valutazione (*policy and program design*)

Area progettazione e programmazione

Attori rilevanti per le politiche sociali locali

Professioni sociali

Professioni sanitarie

Terzo settore

Area valutazione Ricerche valutative Attori rilevanti per le politiche sociali locali

Di diffusione e di costruzione della sfera pubblica locale

Area promozione e comunicazione

Narrazioni medialie

Cittadini e cittadine,

amministratori locali,

operatori sociali,

operatori del terzo

settore, imprenditori,  
sindacalisti,  
ricercatori

### **O.1 Disegno e realizzazione del Sistema informativo dei servizi sociali, a partire dai risultati e dalle criticità delle esperienze pregresse (LR 11/2016, art. 49).**

Sistema informativo integrato. Supporto decisionale, Cartella sociosanitaria e open data.

L'attuazione del presente Piano impone la mappatura ed il ridisegno dei flussi informativi al fine di una loro completa digitalizzazione. Il sistema informativo necessario alla gestione, al monitoraggio ed alla pubblicità dei dati relativi all'attuazione del presente Piano dovrà essere realizzato in maniera integrata con il Sistema informativo regionale al fine di escludere ogni duplicazione di dati o procedure e dovrà essere, oltre che conforme agli standard tecnici di sicurezza e di tutela dei dati personali e sensibili, improntato a criteri di accessibilità, usabilità e multimodalità. L'interfaccia dovrà essere responsiva e garantire l'accesso a tutte le funzioni anche tramite *tablet* e *smartphone*. Il Sistema dovrà essere conforme alle specifiche per l'utilizzo del *Sistema Pubblico di Identità Digitale* SPID, come modalità di autenticazione e riconoscimento.

La realizzazione del Sistema dovrà essere completata durante il triennio di attuazione del presente Piano. Dovranno essere rilasciati moduli formativi, in modalità e-learning, specifici per ciascuna funzione; a tali moduli avranno accesso tutti gli utilizzatori in base alle funzioni autorizzate per il loro profilo, ed il servizio di tutorato per i moduli formativi sarà assicurato dall'unità organizzativa della Regione Lazio competente per funzione.

Il Sistema utilizzerà come metafora per il disegno dell'interfaccia due concettiguida: il cruscotto informativo e la Cartella sociosanitaria.

Per l'accesso al Sistema informativo saranno predisposte apposite convenzioni con gli enti, pubblici e privati, a qualsiasi titolo beneficiari, gestori o utilizzatori dei fondi che andranno a costituire il budget di salute. La sottoscrizione di tali convenzioni è vincolante per l'utilizzo dei fondi attribuiti per l'applicazione del presente Piano. Saranno altresì predisposte dichiarazioni, da far sottoscrivere ad ogni singolo operatore per la presa visione e accettazione dei vincoli relativi al trattamento dei dati riservati, personali e sensibili. Per l'accesso al Sistema da parte delle organizzazioni private i requisiti non possono riguardare i collegamenti e gli apparati di rete, l'accesso al Sistema deve essere garantito, testato e validato per almeno un sistema operativo con licenza libera, gratuitamente prelevabile ed installabile; eventuali applicazioni necessarie per l'utilizzo del Sistema dovranno essere rilasciate e mantenute a spese della Regione Lazio.

Il Sistema dovrà consentire alle pubbliche amministrazioni la trasmissione degli atti amministrativi, previsti per lo svolgimento delle funzioni gestite dal Sistema, con verifica automatica della firma digitale e la possibilità di inserimento dell'atto, a seguito della convalida di accettazione, nel protocollo informatico della Regione Lazio. Tutti gli atti scambiati tramite il Sistema dovranno essere

ricercabili e disponibili tramite il Sistema stesso ed accessibili agli utilizzatori che ne abbiano titolo, in base al loro profilo di autorizzazione.

I dati del Sistema per cui sia prevista la pubblicazione sul Portale Open Data Lazio dovranno essere automaticamente pubblicati come dataset e presentati in forma grafica navigabile e/o ipertestuale, aggregati e geolocalizzati, in modo da poter essere pubblicati sui siti web della Regione Lazio.

In caso di catastrofe, calamità o emergenza il Sistema deve pubblicare, in uno spazio riservato, gli elenchi delle persone, prese in carico dai diversi servizi, che risultassero presenti, per residenza o altro domicilio temporaneo, nelle zone colpite. Tali informazioni, comprensive dell'indirizzo di residenza o il domicilio temporaneo e l'elenco delle prestazioni in corso, dovranno essere rese disponibili, su richiesta, al Servizio Nazionale di Protezione Civile. Le modalità di accesso a tali informazioni saranno regolate con un apposito protocollo, da concordare con le Autorità e le Istituzioni competenti.

## **O.2 Azioni e risorse da attivare nel triennio per l'attivazione e il funzionamento dell'Osservatorio regionale e del Sistema informativo**

Le azioni nell'arco del triennio di vigenza del Piano sociale sono le seguenti:

1. Costituzione dell'Osservatorio sociale multiutility con le funzioni integrate di gestione del Sistema informativo dei servizi sociali (SISS), di supporto ai processi decisionali e di valutazione delle azioni del Piano, in raccordo con il Sistema informativo sanitario e con l'Ufficio statistico regionale

2. Mappatura dell'offerta secondo il seguente percorso temporale:

a. avvio del censimento degli interventi e servizi sociali (maggio 2017); Il SISS dovrà basarsi su un'anagrafica dei servizi e delle strutture possibilmente snella, integrata con le altre anagrafiche con cui è correlata (ad esempio del terzo settore). Si prevede di informatizzare il sistema di autorizzazione all'apertura e al funzionamento delle strutture da parte degli enti associati (LR 11/2016, art. 35). Il nuovo modulo dedicato ai Piani di Zona, integrato nel SISS, dovrà prevedere l'inserimento e l'aggiornamento dei dati sui servizi e sugli interventi sociali all'interno dell'anagrafica.

Il nomenclatore regionale (tassonomia), associato all'anagrafica, dovrà essere in sintonia con quello nazionale redatto dal CISIS, in modo univoco, così che ad ogni codifica regionale corrisponda una sola codifica nazionale. Ciò al fine di garantire le informazioni più specifiche necessarie alla programmazione locale e regionale, e di soddisfare, nel contempo, il debito informativo con i Sistemi

informativi nazionali;

b. avvio del coinvolgimento degli operatori delle strutture regionali e del sistema sociosanitario rispetto al SISS (maggio 2017); per i Distretti sociosanitari che saranno disponibili alla sperimentazione e attivazione del Sistema informativo sarà prevista una premialità specifica;

c. accompagnamento e formazione degli operatori del sistema sociale alla digitalizzazione della documentazione sociale (novembre 2017 - maggio 2018);

d. aggiornamento di anagrafica e utenza (maggio 2018) vincolata alle risorse trasferite dalla Regione per i Piani di Zona;

e. costruzione del cruscotto informativo e della Cartella sociosanitaria (maggio 2017 - maggio 2019). Il Sistema informativo utilizzerà come metafora per il disegno dell'interfaccia due concetti-guida: il cruscotto informativo e la Cartella sociosanitaria.

Il cruscotto informativo dovrà consentire di:

- monitorare il progetto personale e il budget di salute a livello di singola persona, prestazione, struttura/servizio (ad esempio PUA, UVM, responsabile del progetto personale ecc.), Distretto, territorio;
- monitorare la spesa corrente;
- monitorare le possibili aree di cofinanziamento al fine di pianificare le attività di co-progettazione;
- monitorare l'andamento degli indicatori statistici sulla domanda, sull'offerta e sull'indice di vulnerabilità;
- confrontare l'impiego del budget di salute e la spesa corrente con gli indicatori statistici;
- impostare notifiche automatiche al superamento di determinati valori fra quelli monitorati.

La Cartella sociosanitaria dovrà consentire di:

- snellire le procedure, acquisire una sola volta le informazioni sulla persona, evitando ripetizione di richieste e compilazioni di moduli identici;
- monitorare il progetto personale e l'insieme dei servizi erogati, evitando il rischio di duplicazioni e sovrapposizioni;
- favorire l'integrazione tra i servizi (ad esempio: sociali, sanitari, educativi, del lavoro);
- acquisire informazioni, in maniera aggregata, sulle domande delle persone e sulle capacità di risposta del sistema;

- accedere al budget di salute della singola persona ed impostare notifiche automatiche al raggiungimento di una determinata soglia;
- impostare notifiche relative a date cardine o scadenze previste nel progetto personale e classificabili tramite il nomenclatore delle prestazioni;
- registrare periodi di ricovero, detenzione o permanenza temporanea presso diverso domicilio;
- reperire i contatti delle strutture o funzioni che hanno in carico la persona;
- indicare la data di decesso

È auspicabile che la Cartella sociosanitaria sia sviluppata all'interno del SIAT, dovrebbe essere collegata con l'anagrafica dei servizi e delle strutture e con l'Anagrafica Sanitaria Regionale (ASUR). Inoltre dovrebbe essere integrata con gli altri sistemi nazionali, come ad esempio il casellario dell'assistenza dell'INPS (LR 11/2016, art. 49). L'utilizzo della Cartella sociosanitaria dovrebbe essere accessibile a tutti gli operatori dei servizi sociali e sanitari integrati. Una utility del SISS dovrebbe essere la possibilità da parte degli operatori di avere degli output sia per soddisfare i vari debiti informativi nazionali, sia ai fini della programmazione locale, prevedendo delle query aperte, al fine di ottenere reportistiche non standardizzate. Poiché nella Cartella sociosanitaria verranno trattati dati sensibili, si dovranno adottare tutte le precauzioni, prevedendo in particolare vari livelli di accesso ai fini del rispetto della privacy.

Per garantire l'effettiva integrazione del Sistema informativo sociale con quello sanitario dovranno essere considerati come cogenti i seguenti requisiti:

- le anagrafiche delle strutture e dei servizi dovranno essere integrate con il sistema dei Piani di Zona;
- la Cartella sociosanitaria dovrà consentire la piena gestione dei servizi descritti al suo interno;
- il cruscotto informativo sociale dovrà essere integrato con quello sanitario.

Per i dettagli operativi relativi alla costituzione dell'Osservatorio sociale e alla realizzazione del SISS saranno predisposte specifiche delibere di Giunta regionale.

## **P. Programmazione partecipata e coinvolgimento dei fruitori dei servizi**

Per influenzare i problemi sociali è necessario influenzare gli ambienti sociali in modo duraturo. L'esperienza mostra come i cambiamenti sono più probabili quando l'azione è condivisa da una "comunità competente", focalizzata su specifici obiettivi. Per questo è necessario lavorare per una progettazione partecipata, che persegua il coinvolgimento della comunità locale nella ricerca dei cambiamenti possibili.

Uno degli obiettivi del Piano, come si è visto, riguarda l'empowerment della comunità locale e in particolare delle organizzazioni che offrono ai gruppi vulnerabili concrete opportunità per accedere a risorse importanti (ad esempio un'associazione impegnata per l'aggregazione degli anziani che riesce a farsi affidare un'area dismessa per attrezzare un centro sociale).

Si prevede pertanto di attivare linee di intervento finalizzate alla manutenzione dei legami sociali, per contrastare la progressiva erosione della dimensione relazionale. L'assottigliarsi delle forme tradizionali di legame comunitario ha sì consentito una più spiccata libertà individuale, ma ha esposto anche i soggetti più deboli al rischio dell'isolamento e della solitudine.

Il Piano sociale si propone di sostenere i servizi che favoriscono la ricerca di un diverso equilibrio fra individuo e società, reinventando nuove strade per coniugare in modo creativo libertà e coesione sociale. In particolare, si cercherà di contrastare il "localismo difensivo" di comunità che presentano forti rischi di chiusura nei confronti di gruppi estranei alla cultura autoctona, lavorando per una cultura aperta alla partecipazione e all'accoglienza.

La progettazione partecipata intreccia la dimensione strategica con la prospettiva operativa, dando vita a processi di empowerment e di messa in rete nei contesti locali.

La Regione, di concerto con tutti i principali stakeholder sociali, in coerenza con quanto indicato sopra, definirà linee guida e strumenti per rendere operativi e non burocratici questi percorsi e per coinvolgere tutti gli attori sociali (compresi gli utenti e le loro famiglie) nella programmazione e nella valutazione dei servizi e degli interventi del sistema integrato. Al riguardo, saranno monitorati

attentamente gli impegni dei soggetti responsabili dell'implementazione degli strumenti previsti dagli articoli 56 e 57 della legge regionale 11/2016 (Carta sociale del cittadino e Carta dei servizi). A livello regionale sarà rafforzato e razionalizzato il ruolo e il funzionamento delle Consulte, dei coordinamenti e delle altre forme di rappresentanza delle diverse organizzazioni di advocacy e dei soggetti del terzo settore che operano nell'ambito.

### **Attuazione del Piano**

Il Piano è uno strumento dinamico e la pianificazione un'attività continua, con un ciclo di vita articolato in fasi tra loro interdipendenti. La definizione e la costruzione del Piano sono da ritenersi come un processo che passa dalla programmazione, alla realizzazione, alla verifica dei risultati, all'acquisizione di nuove informazioni, alla ri-pianificazione.

Una visione semplicisticamente lineare di questo processo può ridurre lo slancio programmatico ad un "momento" vissuto come aggiuntivo (e quindi eccezionale) rispetto all'agire funzionale "normale". Ecco allora che i documenti di pianificazione sociale, anche se elaborati con interesse e competenza,

vengono facilmente "dimenticati". La loro portata innovativa viene pian piano assorbita dalle continue "emergenze" che caratterizzano il settore degli interventi sociali o, più semplicemente, dalla forza d'inerzia della consuetudine.

Per superare questi rischi sono previste misure e azioni concrete per accompagnare, sostenere, monitorare e governare la fase di attuazione del Piano, in una logica circolare. La griglia seguente le descrive in modo sintetico.

Misure e azioni per l'attuazione del nuovo Piano sociale

Misure Azioni previste

A. Comunicazione

A.1 Diffusione (anche online) del testo del nuovo Piano, in un formato standard facilmente visionabile e scaricabile.

A.2 Redazione, stampa e diffusione di una versione sintetica degli elementi più significativi del Piano.

A.3 Organizzazione di eventi territoriali e settoriali per presentare e illustrare il Piano, con la partecipazione dei principali attori del welfare locale.

A.4 Ampia diffusione dei Report di monitoraggio sullo stato di attuazione del Piano e dei Documenti di aggiornamento.

B. Monitoraggio dell'attuazione del Piano

B.1 Attivazione della "Cabina di regia regionale per l'attuazione del Piano sociale" (cfr. capitolo G. Modalità di raccordo fra programmazione regionale e locale) con compiti di monitoraggio e assistenza tecnica.

B.2 Analisi dei Piani sociali di Zona e delle altre programmazioni del settore per verificare la loro coerenza con i principi e le indicazioni operative del Piano sociale regionale.

B.3 Monitoraggio permanente dello stato di avanzamento delle attività previste nel Piano.

B.4 Implementazione di interventi di assistenza tecnica per la soluzione di eventuali problematiche che ostacolano il regolare processo di attuazione del Piano.

C. Valutazione del Piano

C.1 Promozione o recepimento di analisi valutative in itinere da parte dei diversi stakeholder sui punti di forza e di debolezza riscontrati nel processo di attuazione del Piano.

C.2 Elaborazione - da parte di un soggetto indipendente - di un Rapporto valutativo finale sull'attuazione del Piano, contenente anche indicazioni e suggerimenti utili per l'elaborazione del nuovo Piano.

D. Aggiornamento e riprogrammazione delle attività

D.1 Predisposizione di Documenti annuali di aggiornamento e riprogrammazione delle attività del Piano, sulla base delle risultanze delle attività di monitoraggio e delle risorse effettivamente disponibili.

D.2 Predisposizione dello Schema del nuovo Piano sociale, tenendo conto degli elementi emersi dalle valutazioni in itinere e dalla valutazione finale.

### **Cronogramma delle azioni per l'attuazione del Piano sociale regionale**

Azione	Trimestri 1° anno	Trimestri 2° anno	Trimestri 3° anno
A.1 Diffusione (anche online) del testo del nuovo Piano	X		
A.2 Redazione, stampa e diffusione di una versione sintetica del Piano	X		
A.3 Organizzazione di eventi territoriali e settoriali per presentare e illustrare il Piano	X		
A.4 Diffusione dei Report di monitoraggio e dei Documenti di aggiornamento del Piano	X	X	
B.1 Attivazione della “Cabina di regia regionale per l'attuazione del Piano sociale”	X		
B.2 Analisi dei Piani sociali di Zona e delle altre programmazioni del settore	X	X	X
B.3 Monitoraggio permanente dello stato di avanzamento delle attività previste nel Piano	X	X	X
B.4 Interventi di assistenza tecnica per la soluzione di eventuali problematiche	X	X	X
C.1 Promozione o recepimento di analisi valutative in itinere	X	X	
C.2 Elaborazione di un Rapporto valutativo finale sull'attuazione del Piano			X
D.1 Predisposizione di Documenti annuali di aggiornamento e riprogrammazione del Piano	X	X	
D.2 Predisposizione partecipata dello Schema del nuovo Piano sociale	X	X	

### **Allegato – Profilo sociale del Lazio**

**NB**

**Considerata la notevole complessità del documento, arricchita da una doviziosa messe di dati e di grafici, si fa rinvio alla lettura integrale del testo**

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

### **BASILICATA**

**DGR 24.1.17, n. 37.** Determinazione Dirigenziale n. 20AB. 2016/D.00062 del 21.9.2016 di aggiudicazione definitiva del “Sistema dinamico di acquisizione per la fornitura, in nome e per conto delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Basilicata, di prodotti farmaceutici inclusi nel Prontuario-Ospedale-Territorio (PHT)” Approvazione linee guida DPC per la continuità terapeutica. (BUR n. 3 del 16.2.17)

#### **Note**

Viene approvato l'Allegato A “Linee Guida per la continuità terapeutica dei farmaci in Dispensazione per Conto (DPC)” parte integrante del presente provvedimento ( a cui si fa rinvio). Ai fini della continuità terapeutica, è consentita la dispensazione di farmaci diversi da quelli aggiudicati erogati in DPC con la corresponsione da parte dell'assistito di una quota fissa di € 6,00a

confezione, per i soli casi previsti nelle Linee Guida per la continuità terapeutica, dando atto che tale valore di € 6,00 potrà essere oggetto di rimodulazione in ragione dei consumi quali-quantitativi dei farmaci utilizzati per la continuità terapeutica, e dando atto inoltre che eventuali criticità operative connesse all'attuazione delle Linee Guida in argomento, che dovessero riscontrarsi in sede di applicazione delle stesse, potranno essere oggetto di rimodulazione.

Le Aziende Sanitarie Locali ASP ed ASM provvederanno a redigere gli elenchi dei farmaci aggiudicati in gara e di quelli necessari a garantire la continuità terapeutica e ad inviarli ai medici prescrittori e alle farmacie convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale di Basilicata. 4. DI TRASMETTERE il presente atto alle Aziende Sanitarie Locali ASP e ASM per gli adempimenti di competenza.

Gli allegati sono pubblicati sul portale istituzionale [www.regione.basilicata.it](http://www.regione.basilicata.it).

**DGR 31.1.17, n. 61** - Proroga dell'accordo di cui alla DGR n. 1759/2015 per la distribuzione per conto dei farmaci A/PHT e per la erogazione presidi per diabetici. (BUR n. 3 del 16.2.17)

#### **Note**

Viene preso atto degli accordi di cui ai verbali di incontro tra il Dipartimento Politiche della Persona e la FederFarma Basilicata del giorno 15.12.2016 e tra il Dipartimento Politiche della Persona e l'Associazione Distributori Farmaceutici (ADF) del giorno 20.12.2016 che si allegano al presente provvedimento.

Vengono prorogati i termini indicati nell'Accordo di cui alla DGR n. 1759/2015 fino al 31.12.2017 e comunque fino alla definizione delle tematiche esposte nei verbali di cui al precedente punto.

#### **EMILIA-ROMAGNA**

**RISOLUZIONE - Oggetto n. 3499** - Risoluzione per impegnare la Giunta a mantenere costante l'impegno della Regione Emilia-Romagna, anche in fase di riorganizzazione della rete ospedaliera, nella prevenzione e nella cura del diabete e ad attivarsi presso le sedi più opportune affinché venga sviluppata ed attualizzata la legislazione a tutela dei lavoratori affetti da questa patologia. A firma dei Consiglieri: Torri, Taruffi, Zoffoli; Marchetti Francesca, Rontini (Prot. DOC/2017/0000060 dell'8 febbraio 2017) (BUR n. 43 del 22.2.17)

L'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna

Premesso che

nel mese di novembre, come ogni anno, si parla di diabete in tutta Italia e si calcola che oggi tre milioni di persone nel nostro paese soffrano di questa patologia; si tratta del 4,9% della popolazione e se si calcola che sono stimati attorno a 1 milione i casi non ancora diagnosticati, nel 2030 la previsione in proiezione per l'Italia è di 5 milioni di diabetici;

secondo la Società Italiana di Diabetologia (SID) il sistema italiano garantisce una buona assistenza, grazie a una rete di centri diabetologici capillarmente diffusi sul territorio e rappresenta un modello per i Paesi europei e dà risultati migliori di quelli del sistema statunitense. Tale rete ha fatto sì che gli italiani con diabete fossero quelli con i migliori outcome: più basso livello di emoglobina glicata, complicanze meno frequenti, minore mortalità;

nel 2012, l'allora Ministro della Sanità Balduzzi firmò il "Piano Nazionale sulla malattia diabetica" che introduceva un sistema integrato Stato-Regioni per le cure diabetologiche.

Considerato che

diverse regioni hanno già effettuato tagli lineari ai centri diabetologici in una logica di risparmio; tali tagli rischiano in realtà di creare, oltre ad un evidente peggioramento nel trattamento della patologia, anche un aumento della spesa pubblica considerando che il costo attuale dei centri diabetologici equivale a circa l'1% della spesa totale per l'assistenza alle persone con diabete (circa 150 milioni di euro). Una spesa, legata per il 90% alle complicanze della malattia, spese che possono essere ridotte grazie ai professionisti della diabetologia.

Preso atto che

una recente ricerca condotta da Eurisko posiziona la Regione Emilia-Romagna tra le più avanzate nella cura della patologia, nel rapporto medico-paziente e nell'autonomia dei pazienti stessi; l'indagine ha confermato che in Emilia-Romagna il diabetologo è il medico di riferimento per il paziente ma il medico di medicina generale, sebbene abbia un ruolo più collaterale in termini prescrittivi, esercita una consistente funzione di supporto e guida nella gestione quotidiana della malattia e dello stile di vita. Quasi totalizzante, inoltre, il ruolo del servizio pubblico a cui si rivolge praticamente il 100% delle persone con diabete.

Impegna la Giunta regionale a

- mantenere costante l'impegno della Regione Emilia-Romagna, anche in fase di riorganizzazione della rete ospedaliera, nella prevenzione e nella cura del diabete;
- relazionare in commissione sull'attuazione delle linee programmatiche regionali, con particolare riferimento alla diffusione degli strumenti di ultima generazione, che specialmente in ambito scolastico consentono una gestione autonoma della patologia;
- proseguire nella politica regionale di coinvolgimento delle associazioni che rappresentano i pazienti diabetici.

## LAZIO

**DGR 14.2.17, n. 56** - Revoca della DGR 30 dicembre 2016 n. 856: "Assolvimento dell'obbligo vaccinale da parte del minore per l'accesso negli asili nido pubblici e privati di cui alla Legge Regionale 16 giugno 1980, n.59".(BUR n. 16 del 23.2.17)

**Decreto del Presidente della Regione Lazio 6 febbraio 2017, n. T00023** Nomina del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone - DGR 28/2017. (BUR n. 4 del 16.2.17)

### Note

Con nota prot. n. 595977 del 4 novembre 2015, il Presidente della Regione Lazio, "al fine di dare continuità all'azione amministrativa e di gestione sanitaria anche con riferimento all'attuazione dei Programmi Operativi... data la necessità di garantire i Livelli essenziali di Assistenza (LEA) in una situazione di rilevante squilibrio economico-finanziario" della ASL di Frosinone, ha impartito apposite direttive alle strutture amministrative, per la predisposizione degli atti necessari al commissariamento dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone, ai sensi dell'articolo 8, comma 7 bis, della legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i.;

Con la DGR n. 607 del 10 novembre 2015 si è disposto il commissariamento dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone, al fine di dare continuità all'azione amministrativa nell'attuazione delle disposizioni previste nei Programmi Operativi di cui al DCA n. 247/2014, per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza all'utenza in una situazione di rilevante squilibrio economico finanziario;

L'incarico in questione riveste natura fiduciaria nell'ambito dell'Amministrazione regionale, e il commissario straordinario deve essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3bis, comma 2, D.Lgs. 502/92 e che, per giurisprudenza unanime e consolidata, il Commissario Straordinario di un ente pubblico viene inserito in un rapporto non di pubblico impiego, ma di servizio onorario, che non rientra nello schema di lavoro subordinato, né in quello del lavoro autonomo, né in quello della prestazione d'opera intellettuale.

Con decreto del Presidente n. T00245 del 13 novembre 2015, il Dott. Luigi Macchitella è stato nominato Commissario straordinario della ASL di Frosinone.

Con la sentenza del TAR Lazio, Sezione Terza Quater, n. 769/2017 il Tribunale ha accolto il ricorso presentato dalla Dr.ssa Isabella Mastrobuono (R.G. n. 14353/2015) per l'annullamento dei provvedimenti di mancata conferma dell'incarico di Direttore generale della ASL di Frosinone e, per illegittimità derivata, i primi motivi aggiunti relativamente al provvedimento di commissariamento dell'ASL di Frosinone.

La competente Struttura regionale ha tempestivamente avviato l'attività istruttoria finalizzata a dare esecuzione alla citata pronuncia;

Da una verifica effettuata nell'ambito della richiamata istruttoria è emerso che la Dr.ssa Isabella Mastrobuono, a far data dal 13 ottobre u.s., ricopre, giusto DCA di presa d'atto n. U00031/2017, l'incarico di Direttore sanitario presso la casa di cura Nuova Villa Claudia di Roma, struttura che opera in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Regionale.

Il 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 pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190 in particolare all'art. 5, comma 1, del citato D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, dispone che "Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali non possono essere conferiti a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale".

Per quanto riguarda il conferimento degli incarichi, nella fattispecie delineata dal citato art. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, il legislatore vieta il conferimento degli incarichi di Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali in ragione dell'esistenza di un rapporto qualificato tra un'impresa privata e il servizio sanitario regionale, da solo sufficiente ad impedire il conferimento dell'incarico;

Con la deliberazione di Giunta regionale n. 28 del 26 gennaio 2017, recante: Dott.ssa Isabella Mastrobuono – Sentenza T.A.R. Lazio N. 00769/2017 – Commissariamento ASL di Frosinone" non si procede, per le ragioni nella medesima esplicitate, al reintegro della Dott.ssa Mastrobuono, e si dispone il commissariamento dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa, sino alla verifica del Programma straordinario per l'uscita dal commissariamento del SSR e comunque non oltre il 31 dicembre 2017.

Viene nominato Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone, il dott. Luigi Macchitella, nato a Roma il 5 febbraio 1946, a decorrere dalla data di approvazione del presente provvedimento.

**Decreto del Presidente della Regione Lazio 7 febbraio 2017, n. T00025** Differimento della scadenza della nomina del Direttore Generale dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria ARES 118. (BUR n. 15 del 21.2.17)

**Note**

Viene differita, mediante proroga, la scadenza della nomina a Direttore Generale dell'Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria (ARES) 118 conferita alla dott.ssa Maria Paola Corradi, nata a Reggio Emilia il 5 febbraio 1960, con Decreto del Presidente n. T00022 del 30 gennaio 2014, estendendone la durata di ulteriori due anni con decorrenza dalla data di scadenza del contratto attualmente in essere;

.

**Decreto del Commissario ad Acta 7 febbraio 2017, n. U00044** - Modifiche al Decreto del Commissario ad Acta n. U00359 del 16.11.2016 concernente "Revoca del Decreto del Commissario ad Acta n. U00127 del 27.3.2015. Modifica al Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10.2.1011 in materia di requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie." (BUR n. 15 del 21.2.17)

**Note**

Viene modificato il Decreto del Commissario ad Acta n. U00359 del 16.11.2016 concernente "Revoca del Decreto del Commissario ad Acta n. U00127 del 27.3.2015. Modifica al Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10.2.1011 in materia di requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie." come segue:

1) è revocata la parte del decretato nella quale si dispone che "le attività mediche delle strutture sanitarie, secondo le tipologie individuate dal DCA n. 90/2010, come modificato dal DCA n. 8/2011, non possono essere esternalizzate o comunque affidate a soggetti esterni (persone fisiche o giuridiche) diversi da quelli destinatari dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento

istituzionale. Conseguentemente, possono essere esternalizzate o comunque affidate a soggetti esterni (persone fisiche o giuridiche) le sole attività di servizi generali di supporto (servizi: cucina, lavanderia, sterilizzazione, disinfezione) nonché quelli di trasporto infermi e frigo emoteca.”;

2) è revocato il punto 1) dell'allegato “1” nel quale si dispone che “All'allegato “C” del Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10.2.2011, punto 0.2., paragrafo “Gestione delle risorse umane”, le parole: “E' indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.”, sono sostituite dalle seguenti: “Fatti salvi i casi diversamente disciplinati dal presente provvedimento, tutti i ruoli e le posizioni funzionali previsti nelle strutture sanitarie devono essere ricoperti da personale proprio della struttura, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, escludendo il ricorso all'esternalizzazione o comunque all'affidamento dell'attività o parti di essa a soggetti esterni (persone fisiche o giuridiche).”

Null'altro è modificato rispetto a quanto disposto con il DCA n. U00359 del 16.11.2016.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

## **LIGURIA**

**DGR 20.1.17, n. 29** - Modifica alle Linee Guida per l'organizzazione e l'attuazione dei corsi di formazione per medici da adibire ai servizi di emergenza sanitaria territoriale (118).(BUR n. 7 del 15.2.17)

### **Note**

Vengono accolte le proposte formulate dal Comitato Regionale per la formazione dei medici da adibire ai servizi di emergenza sanitaria territoriale come espresse nella premessa.

Viene approvato pertanto il nuovo testo delle Linee Guida per l'organizzazione e l'attuazione del corso di formazione per i medici da adibire ai servizi di emergenza territoriale ai sensi dell'art. 96 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale del 29/07/2009, allegate quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si fa rinvio)

**DGR 26.1.17 n. 55** - Indirizzi per il Piano regionale demenze. Determinazione di ARS n.105/2016. (BUR n. 7 del 15.2.17)

### **Note**

Viene recepita la Determinazione del Commissario straordinario dell'ARS n.105 del 30/09/2016 “Indirizzi per il Piano regionale demenze”, allegato A parte integrante del presente provvedimento, con la quale si è provveduto ad approvare la proposta elaborata dalla Rete regionale per le demenze quale atto di indirizzo per la futura definizione del Piano Regionale Demenze;

Viene dato mandato alle Aziende Sanitarie Locali ed ai Comuni singoli o associati di dare esecutività a quanto stabilito nella Determinazione del Commissario straordinario n.105 del 30/09/2016 al fine di creare le condizioni necessarie per la prossima definizione del Piano Regionale Demenze.

Il monitoraggio dello stato di attuazione degli indirizzi previsti dalla allegata documento sarà di competenza della predetta Azienda A.Li.Sa.

## **Documento della Rete regionale per le demenze in collaborazione con ARS**

1. Riorganizzazione della rete clinico-assistenziale per le demenze: i Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) 1.1 Caratteristiche dei CDCD 1.2 Personale del CDCD 1.3 Funzioni del CDCD 1.4 Valutazione dello stato di attuazione degli indirizzi previsti dal presente documento

2. Indirizzi regionali per il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) 2.1 Percorso di sostegno ai familiari e caregiver dei pazienti affetti da demenza
  3. Formazione e informazione
  4. Monitoraggio dello stato di attuazione degli indirizzi regionali in materia di assistenza per le demenze
- Bibliografia

### **INDIRIZZI PER L'ADOZIONE DEL "PIANO REGIONALE DEMENZE"**

Alcuni dati di contesto

La Rete regionale per le demenze nel corso del 2015 ha elaborato una proposta per la declinazione a livello ligure del Piano Nazionale Demenze (PND) considerando la propria realtà territoriale e sviluppando tre aspetti essenziali del PND: 1. La riorganizzazione della rete clinico-assistenziale per le demenze con la costituzione dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD); 2. L'elaborazione degli indirizzi regionali per il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Regionale (PDTA); 3. La stesura delle linee per lo sviluppo di programmi formativi-informativi.

L'obiettivo è quello di garantire su tutto il territorio della Regione Liguria standard diagnostici, clinici, assistenziali, di formazione degli operatori del settore sociosanitario e dei caregiver informali e di informazione per la popolazione in genere. Il documento proposto dalla Rete è stato discusso e assunto dall'ARS nella sua presente stesura.

Alcuni dati di contesto

La demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita secondo il Rapporto OMS e ADI una priorità mondiale di salute pubblica.

Si stima che in Italia ci siano oltre un milione di persone affette da demenza, ma è probabile che questo numero sia sottostimato e comunque sarà destinato ad aumentare drasticamente nei prossimi anni. Si stima, inoltre che siano circa 3 milioni le persone coinvolte direttamente ed indirettamente nell'assistenza di questi pazienti.

La demografia e l'epidemiologia hanno messo in evidenza la rilevanza sociale delle demenze e questo riconoscimento ha messo in moto un movimento sia in ambito clinico che di organizzazione sociale atto a migliorare la gestione di questi pazienti.

La Regione Liguria vanta un primato a livello nazionale: è la Regione più vecchia d'Italia e dell'intera Europa.

Con il suo 28% di anziani sopra i 65 anni, infatti, la Liguria si colloca al primo posto su scala nazionale, ben al di sopra della media ferma al 21,7% e comunque in crescita dal 19,5% del 2005.

In questo contesto demografico la prevalenza di malattia di Alzheimer nella Regione Liguria, secondo gli studi clinico-epidemiologici è in costante aumento e sfiora al momento i 20.000 casi; nella fascia di popolazione ultra ottantenne la frequenza di malattia di Alzheimer raggiunge il 30% - 50%.

A questi casi va aggiunto un numero almeno equivalente se non superiore di persone (soprattutto grandi anziani) affette da decadimento cognitivo 'non-Alzheimer', derivante cioè da altre malattie neurologiche (demenza fronto-temporale, demenza a corpi di Lewy) o a genesi multi fattoriale (demenze vascolari, demenze miste, demenze secondarie, demenze nel contesto di patologie di interesse internistico).

In Italia il progetto CRONOS aveva rappresentato, in questo ambito, un passo avanti rilevante perché aveva permesso di curare un numero di cittadini più elevato, rispetto al periodo precedente e successivamente le "Unità di Valutazione Alzheimer" (UVA), migliorando le conoscenze, hanno allargato ulteriormente le possibilità di assessment e di cura.

Molto probabilmente, in nessun altro disordine neurologico i concetti di insorgenza, patogenesi e diagnosi sono evoluti così rapidamente, come nell'ambito delle varie forme di demenza, anche se non si è verificato finora un concomitante avanzamento nella prevenzione o nelle opzioni terapeutiche.

Il “modello della gestione integrata” è oggi considerato l’approccio più indicato per migliorare l’assistenza alle persone con malattie croniche. Sulla scorta di queste considerazioni e in accordo con quanto già avvenuto in molti altri paesi europei, il Ministero della Salute ha emanato nell’ottobre del 2014 un Piano Nazionale Demenze (PND) ed ha invitato le Regioni ad aderire al piano stesso e ad emanare delle proprie linee guida.

1. Riorganizzazione della rete clinico-assistenziale per le demenze:

I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)

Dall’analisi condotta è emersa l’esistenza di una rete di offerta collegata alle attuali UVA molto eterogenea e con una presenza limitata di punti di erogazione dei farmaci che operano secondo le indicazioni della Nota 85 AIFA.

Tra le principali carenze dei servizi offerti si sono evidenziate l’insufficienza di psicologi specializzati (L.15/05/97, n.127 e D.M. 11/12/98, n. 509) con competenze neuropsicologiche per valutazioni diagnostiche e di presa in carico (anche del caregiver), l’insufficienza di strutture per l’accoglienza e la presa in carico diurna e di strutture “di sollievo” dedicate in modo specifico alla gestione dei pazienti affetti da demenza avanzata (in particolare soggetti affetti da disturbi comportamentali). Contemporaneamente, l’utilizzo di nuovi traccianti Pet per la Beta amiloide, il nuovo consolidato ruolo della valutazione liquorale, oltre che l’accresciuto rilievo degli aspetti genetici, propongono una revisione dei protocolli diagnostico-terapeutici, che chiarifichino gli aspetti gestionali del processo diagnostico oltre che i criteri di valutazione dei risultati e della comunicazione della diagnosi. L’organizzazione della rete dei servizi tramite lo sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) è necessaria per garantire qualità assistenziale e l’efficacia della presa in carico del paziente affetto da demenza e della sua famiglia. I criteri generali dell’organizzazione dei CDCD per cui la rete regionale ha espresso consenso sono i seguenti:

1. lo sviluppo dei CDCD a livello Aziendale deve avere caratteristiche funzionali (una struttura funzionale, con responsabile individuato e a rotazione, ogni 150/300 mila abitanti circa), anche in rapporto alla dimensione del territorio aziendale.

2. chiari e definiti devono essere rapporti operativi tra il CDCD e il Distretto Socio-Sanitario, in termini di allocazione di risorse e, in particolare, di utilizzo dei sistemi informatici (sportello polifunzionale), nel rispetto delle variabili organizzative locali; in particolare devono essere definite le articolazioni territoriali dei CDCD. 3. il ruolo dei MMG, che al momento ha caratteristiche più di potenzialità che di operatività, è cruciale e va rinforzato in modo significativo.

#### 1.1 Caratteristiche dei CDCD

Ogni singolo CDCD viene inteso come l’insieme dei servizi per i disturbi cognitivi e le demenze presenti su un territorio, messi in rete e coordinati tra loro, in cui gli operatori contribuiscono ad un processo diagnostico-assistenziale comune e quindi condividono protocolli, procedure ecc.

Il CDCD è rappresentato da un’organizzazione a rete in cui un ambulatorio centrale coordina e sovrintende l’attività di altri ambulatori e servizi.

Il CDCD non sostituisce ma integra gli attuali ambulatori dedicati, che vanno conservati o implementati a seconda del territorio e che devono comunque garantire un livello minimo di competenze specifiche e un orario settimanale di apertura adeguato all’utenza di riferimento. In particolare, nei singoli ambulatori dedicati vanno garantite, opportunamente documentate e verificabili le seguenti modalità operative:

1. Adozione di formali protocolli di lavoro

2. Formalizzazione dell’organizzazione gestionale

3. Appropriata gestione, condivisione e conservazione della documentazione clinica (nell’ambito del sistema informativo aziendale)

4. Appropriata accoglienza del paziente e del caregiver (inclusa la gestione della comunicazione della diagnosi)

5. Gestione dei rapporti con i MMG

6. Procedure di attivazione della rete socio assistenziale e sociosanitaria

7. Attività formativa 8. Integrazione con l'attività di ricerca da parte del CDCD di riferimento regionale

Non possono esistere punti di erogazione dei farmaci specifici per la patologia al di fuori della Rete dei CDCD. Il CDCD costituisce il centro di coordinamento di tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel processo di cura del paziente con demenza.

La Direzione dell'azienda individua, attraverso una selezione comparativa sulla base dell'esperienza clinico-organizzativa e del cv, un coordinatore funzionale del CDCD, con un mandato di tre anni e senza alcuna valorizzazione salariale, eventualmente rinnovabile una sola volta; è facoltà della Direzione sostituire il coordinatore per fondate ragioni.

### 1.2 Personale del CDCD

All'interno degli ambulatori del CDCD opera un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da:

- a) Almeno uno tra neurologo, geriatra o psichiatra (le figure non sistematicamente presenti vanno garantite a livello consulenziale; laddove possibile, va applicato il modello dei Disease Management Team).
- b) Almeno uno psicologo specializzato con competenze neuropsicologiche
- c) Almeno un infermiere professionale (od operatore di professione sanitaria) di riferimento, specificatamente formato, con ruolo di coordinatore assistenziale (con funzioni di case manager)
- d) Una figura amministrativa specificatamente formata con funzioni segretariali (anche in condivisione con altri servizi).

Questo gruppo di lavoro è integrato da altre figure complementari disponibili nel distretto (es. tecnico della riabilitazione, assistente sociale, operatore sociosanitario), tramite precisa procedura di attivazione.

La presenza degli specialisti può essere distribuita nell'arco dell'apertura settimanale dell'ambulatorio mentre la figura del coordinatore assistenziale deve essere sempre presente negli orari di apertura dell'ambulatorio.

Inoltre tutti i professionisti coinvolti devono avere competenza comprovata ed esperienza nell'ambito delle demenze.

L'operatore di professione sanitaria deve avere esperienza specifica nell'educazione del caregiver anche riguardo alla gestione del trattamento farmacologico.

Nella Carta dei Servizi il CDCD indica gli ambulatori dedicati di cui coordina l'attività, e fornisce informazioni ai cittadini sull'accesso e sul relativo percorso diagnostico terapeutico assistenziale.

### 1.3 Funzioni del CDCD

1. Formula la diagnosi di demenza e avvia il percorso diagnostico terapeutico assistenziale
2. Definisce e applica il PDTA aziendale per la gestione del paziente con demenza secondo gli indirizzi regionali (con particolare riferimento anche all'utilizzo degli esami neuroradiologici, di medicina nucleare e degli esami liquorali)
3. Gestisce le criticità per i pazienti affetti da disturbi comportamentali secondo uno specifico PDTA, tramite la segnalazione del medico di famiglia o del caregiver
4. Mantiene relazioni operative con il Centro di Riferimento per la diagnosi di casi complessi (vedi oltre) per la valutazione critica delle neuro immagini, lo studio liquorale e la consulenza genetica
5. Sviluppa e coordina la rete territoriale sociosanitaria di cui fanno parte anche i servizi sociali e le Associazioni locali, promuovendo anche incontri dedicati
6. Organizza incontri clinico/organizzativi documentati, almeno trimestrali coinvolgendo i MMG
7. Favorisce l'organizzazione operativa di specifiche competenze nell'ambito delle cure domiciliari con particolare riferimento alle fasi avanzate di malattia, tramite un'integrazione tra il CDCD e la struttura distrettuale geriatrica di riferimento.
8. Garantisce il servizio di front-office telefonico per i pazienti già in carico al Centro, per la gestione di situazioni di criticità che richiedano indicazioni o programmazione di rivalutazione clinica
9. Promuove stili di vita favorevoli alla prevenzione o al rallentamento dell'evoluzione della patologia (almeno un corso/anno specificatamente dedicato a MMG e obbligatorio).

10. Organizza i percorsi di formazione per gli operatori a vario titolo coinvolti e percorsi di sostegno integrati con i servizi sociali territoriali rivolti ai caregiver

Si configura una realtà regionale in cui si stima un numero di 6-8 CDCD interconnessi in rete tra loro. Il IRCCS S.Martino-IST svolge funzioni di centro riferimento regionale per la diagnosi di casi complessi e per la ricerca in quanto: A. interfacciato con il Consorzio Europeo Alzheimer (EADC) e quindi costantemente aggiornato sugli sviluppi degli aspetti assistenziali e scientifici a livello Europeo; B. ha capacità di internazionalizzazione sia per la ricerca clinica che per quella sui biomarcatori (imaging e liquorali); C. è attivamente coinvolto in clinical trials a livello internazionale e può quindi offrire accesso a sperimentazioni in casi super-selezionati.

I CDCD regionali fanno riferimento a tale Centro per : 1. casi complessi, in particolare per:

i) Progressione rapida;

ii) Forme giovanili;

iii) Familiarità dimostrata (almeno due generazioni colpite con tre soggetti);

2. Presentazioni atipiche in quadri di incerta classificazione e di difficile diagnosi differenziale;

3. Analisi dei risultati delle neuroimmagini (Risonanza Magnetica, PET) con post-processing automatico avanzato e analisi statistica su caso singolo per i casi dubbi/difficili.

1.4 Valutazione dello stato di attuazione degli indirizzi previsti dal presente documento

La rete regionale demenza dovrà sviluppare degli indicatori per consentire la valutazione dell'attuazione dei presenti indirizzi.

Di seguito si elencano alcuni primi indicatori con le relative percentuali che devono essere intesi come valori tendenziali per la fase iniziale di implementazione.

Indicatori di Struttura

- Formalizzazione del gruppo funzionale multidisciplinare
- Formalizzazione del coordinatore (a rotazione)
- Formalizzazione dei protocolli di lavoro (con particolare riferimento alla presa in carico)

Indicatori di Processo

- Percentuale casi annuali de novo discussi dal gruppo di lavoro (70%)
- Numero di prime visite effettuate nel corso dell'anno

- Numero di pazienti in terapia anticolinesterasica o con memantina
- Numero di visite per paziente/anno

- Numero di visite di controllo prescritte ed effettuate nei tempi prestabiliti (6 mesi- 1 anno)

Indicatori di Continuità Assistenziale

- Attivazione di percorsi di stimolazione cognitiva
- Attivazione di percorsi socio-assistenziali e sociosanitari

- Attivazione di percorsi formazione/sostegno ai caregiver

- Numero di incontri con MMG e gli altri attori della rete territoriale

2. Indirizzi regionali per il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

La gestione del paziente con demenza deve essere declinata secondo vari elementi:

1. La definizione dei livelli di assistenza: Centri per i Disturbi Cognitivi e la Demenza (CDCD), centri diurni di I e di II livello, nuclei Alzheimer, Residenza Protetta e Residenza Sanitaria Assistenziale

2. La gestione della malattia nelle sue diverse fasi: ambulatoriale, territoriale, ospedaliera

3. La disponibilità di una equipe territoriale e domiciliare del CDCD con il coinvolgimento di professionisti che operano già sul territorio e a domicilio nelle cure domiciliari per seguire pazienti con demenza avanzata o con gravi disturbi comportamentali che non possono più accedere all'ambulatorio

4. La gestione dei piani terapeutici, compilati su database regionale e condivisi con tutti i CDCD

5. Lo sviluppo e la condivisione di una cartella elettronica integrata con dati della visita medica (anamnesi, esame obiettivo) dei test effettuati, della valutazione neuropsicologica, degli esami ematochimici e strumentali effettuati; al momento della visita i dati vengono trascritti dal sistema informatico nella valutazione consegnata al paziente

6. La definizione di un percorso socio-assistenziale formalizzato per l'attivazione delle risorse territoriali

7. La definizione di un percorso formalizzato per la gestione dei disturbi del comportamento

Le figure coinvolte nella gestione del paziente con decadimento cognitivo sono le seguenti e possono essere presenti in modo diversificato a seconda del contesto familiare del malato e della fase di malattia:

A. Il medico di medicina generale: è la porta di accesso alla rete assistenziale delle demenze, a lui spetta un primo riconoscimento dei sintomi e l'esecuzione dei test di screening.

Nel corso della visita e di fronte a un sospetto di decadimento cognitivo il MMG esegue un test di screening del decadimento cognitivo (GPCOG).

Se il test eseguito si sarà dimostrato patologico, o comunque in presenza di sospetto clinico fondato di disturbo cognitivo, il medico prescrive i seguenti esami:

- Ematochimici (Emocromo, VES, glicemia, creatinina, azotemia, vitamina D, Ca, ALT, AST, gammaGT, ALP, proteine totali, Na, K, TSH, dosaggio vitamina B12, folati, esame delle urine) • ECG

Una volta ottenuti gli esiti degli esami prescrive la visita presso l'ambulatorio del CDCD.

B. Il medico del CDCD (geriatra, psichiatra, neurologo): è la figura che prende in carico il paziente affetto da demenza, formula una diagnosi differenziale di decadimento cognitivo secondo i criteri internazionali (vedi bibliografia), prescrive gli esami strumentali, concorda con lo psicologo i test da effettuare in base all'orientamento diagnostico, effettua gli screening dei pazienti che devono accedere ai memory training, prenota direttamente o inviando i pazienti alla segreteria dell'ambulatorio la visita successiva da effettuarsi ogni 6 mesi-1 anno a seconda delle necessità.

Un nuovo paziente viene visitato ed entro un lasso di tempo compreso tra 15 giorni e 3 mesi viene effettuata la diagnosi differenziale, impostata la terapia del caso e gestito il follow-up.

Durante la visita vengono effettuati: accurata anamnesi familiare, farmacologica, cognitiva, neurologica e psichiatrica; l'anamnesi deve sempre avvalersi del supporto di un familiare o caregiver.

Tramite l'anamnesi familiare viene accertata l'eventuale familiarità del disturbo cognitivo per indirizzare il paziente verso gli esami strumentali più appropriati o verso una consulenza genetica. L'anamnesi farmacologica verifica la terapia in atto per escludere eventuali stati confusionali da farmaci, accertare le comorbilità e valutare le possibili interazioni tra farmaci antidemenza o per il comportamento e la terapia assunta dal paziente. L'anamnesi cognitiva mira ad indagare l'esordio graduale o improvviso del disturbo cognitivo, la presenza o meno di sindrome extrapiramidale all'esordio, la presenza di deficit del linguaggio, di deficit esecutivi o di disturbi comportamentali. L'anamnesi neurologica indaga eventuali deficit motori, sensitivi o extrapiramidali e la loro correlazione temporale con i disturbi di memoria.

L'anamnesi psichiatrica accerta le comorbilità psichiatriche, l'uso di farmaci psicotropi o la comorbilità con depressione o psicosi.

Fanno parte della valutazione anche l'esame obiettivo generale e neurologico per valutare le comorbilità, i fattori di rischio cardiovascolari e in particolare la presenza di segni neurologici focali o extrapiramidali.

Durante la visita il medico effettua il MMSE, i test funzionali (ADL, IADL), i test per la valutazione dei disturbi comportamentali (NPI versione mini anche nei pazienti senza disturbi comportamentali quindi con punteggio 0/144), i test per la valutazione della comorbilità (CIRS) e la scheda per l'accesso ai servizi sanitari territoriali (AGED plus della Regione Liguria).

C. Lo psicologo effettua il colloquio psicologico clinico, somministra i test neuropsicologici e le scale cliniche in base all'orientamento diagnostico, partecipa alla stesura del piano di presa in carico del paziente e del caregiver

D. L'infermiere con competenze nella gestione delle malattie neurodegenerative: misura i parametri vitali ed i dati antropometrici (peso/altezza) e istruisce i familiari sulla corretta somministrazione

dei farmaci antidemenza o sulla gestione o prevenzione dei disturbi comportamentali. Svolge funzioni di case manager.

E. Il personale amministrativo: prenota le prime visite, le visite successive e gli esami strumentali, indirizza i pazienti verso lo specialista secondo quanto indicato dal medico.

F. Il tecnico della riabilitazione: interviene in caso di peggioramento della deambulazione in seguito ad eventi acuti (es. frattura di femore), al rientro del paziente a domicilio o in seguito alla progressione del decadimento cognitivo.

G. L'assistente sociale: supporta e indirizza i familiari nella scelta tra domicilio, centro diurno o struttura residenziale e prende in carico le situazioni personali e familiari più complesse in collegamento con i servizi sanitari

H. L'operatore sociosanitario: istruisce i familiari nella corretta gestione dell'igiene personale, dell'abbigliamento e dell'alimentazione in pazienti con demenza.

Ai fini della definizione diagnostica del decadimento cognitivo si propone il seguente "Minimum data set" da effettuare in pazienti con MCI (Mild Cognitive Impairment) o demenza lieve (MMSE>20)

- memoria verbale: test delle parole di Rey o FCSRT di Grober-Buschke
- memoria verbale episodica: raccontino di Babcock
- funzioni esecutive: TMT A e B
- flessibilità cognitiva: test di Stroop
- linguaggio: fluenza fonemica e semantica
- funzioni visuo-spaziali: prassia visuocostruttiva (Caltagirone/Gainotti o Spinnler/Tognoni),

Clock test

Il medico del CDCD fa diagnosi di disturbo cognitivo e mira a definirne l'eziologia secondo i criteri diagnostici correnti: malattia di Alzheimer (secondo i criteri NIA-AA, Alzheimer's & Dementia 2011), demenza vascolare (Stroke, 2011), demenza a corpi di Lewy (criteri di Mc Keith et al., Neurology 2005), demenza frontotemporale (criteri Raskowski et al., Brain 2011), Parkinsonismi atipici (degenerazione corticobasale, paralisi sopranucleare progressiva) e Parkinson-demenza, secondo i rispettivi criteri reperibili in letteratura, altre forme rare e altri disturbi cognitivi di altra eziologia. Il medico compila il piano terapeutico per i farmaci specifici secondo la nota 85 e prenota personalmente o tramite la segreteria dell'ambulatorio le visite di follow-up a 3, 6 mesi o a un anno a seconda delle necessità.

È compito del CDCD organizzare in dettaglio l'esecuzione degli esami diagnostici di approfondimento che vengono svolti negli ospedali attrezzati: i pazienti vengono prenotati e inviati in sede per effettuare le indagini strumentali richieste; la rachicentesi può essere effettuata in ospedali attrezzati e il liquor inviato al Centro Regionale di riferimento. Il medico del CDCD, in casi selezionati e previa discussione del caso con il neuroradiologo o con il medico nucleare, programma gli esami strumentali del caso.

La TC cerebrale (volumetrica) è accettabile in caso di infattibilità della Risonanza Magnetica, in pazienti con decadimento cognitivo in fase avanzata (MMSE<14/30), in pazienti con comorbilità marcata, con fragilità, con età >85 anni o nei casi in cui la diagnosi del decadimento cognitivo sia finalizzata solo alla certificazione dell'invalidità civile.

L'indagine strumentale raccomandata per le demenze degenerative e vascolari è la Risonanza magnetica cerebrale, che deve essere eseguita secondo gli standard diagnostici internazionali per le demenze che, ad oggi, prevedono scansioni:

- T1 volumetriche in transassiale (MPRAGE o simili) per la valutazione dell'atrofia temporo-mesiale e dell'atrofia lobare (per le forme FTD e atrofia corticale posteriore);
- T2, FLAIR (per la gradazione delle lesioni vascolari).
- T2\*, SWI (per i microsanguinamenti da angiopatia amiloide o altro).

In caso di diagnosi clinica di malattia di Alzheimer in pazienti con età inferiore agli 80 anni o in pazienti di età superiore senza importanti fattori di rischio vascolari o forti evidenze di comorbilità, all'esordio del disturbo cognitivo è indicata RM encefalica con immagini volumetriche (scansioni

3D in T1) per lo studio dell'atrofia temporo-mesiale; quest'ultima va effettuata in centri specializzati con neuroradiologo formato. In caso di sospetta demenza frontotemporale (disturbi comportamentali o di linguaggio all'esordio accompagnati o meno da sindrome extrapiramidale) o in caso di RM non dirimente per malattia di Alzheimer o in caso di pazienti giovani o in rapida progressione è indicata 18FDG-PET nei centri specializzati (San Martino, Galliera, Santa Corona, Ospedale di La Spezia); la SPECT cerebrale di perfusione è accettabile in casi selezionati.

Per escludere la malattia di Alzheimer in soggetti giovani (< 65 anni), con rapida progressione di malattia o familiarità o in caso di diagnosi non chiara con indagine neuropsicologica è indicata RM e, in alcuni casi, FDG-PET. In caso di pazienti con parkinsonismo all'esordio (o entro un anno dal decadimento cognitivo), fluttuazioni importanti, allucinazioni visive strutturate e ipotensione ortostatica con cadute frequenti è indicata SPECT con marcatore del DAT (Demenza a corpi di Lewy, Parkinsonismi atipici). In pazienti in rapida progressione (perdita totale dell'autosufficienza entro un anno dalla diagnosi) o in caso di esordio dopo encefalite acuta è indicata EEG (sospetta malattia di Jacob Creutzfeldt, encefalite limbica)

Per completare il quadro diagnostico in caso di malattia di Alzheimer con esami strumentali non dirimenti è richiesto l'esame del liquor. In caso di sospetta malattia di Creutzfeldt Jacob è indicato dosaggio proteine 14.3.3 sul liquor nei centri specializzati. In caso di dubbia demenza paraneoplastica: Dosaggio anticorpi onco-neurali.

Nel caso di dubbio di malattia genetica sono effettuate le ricerche per i polimorfismi interessati. Nel decorso della malattia vengono programmate visite di controllo semestrali o annuali presso i CDCD: vengono coinvolti i medici di famiglia perché effettuino controlli nei periodi intercorrenti. Laddove necessario vengono coinvolti gli assistenti sociali per una valutazione complessiva delle condizioni di vita del paziente con particolare riguardo alla rete di sostegno alla persona.

La famiglia, anche supportata dall'assistente sociale, sulla base delle indicazioni cliniche, valuta l'opportunità del mantenimento a domicilio o dell'eventuale inserimento in centro diurno, RP, RSA e la pratica clinico-amministrativa viene attivata già in ambulatorio.

Al fine dell'inserimento in strutture diurne e residenziali viene compilata la scheda AGED dal medico e dall'assistente sociale per le rispettive parti di competenza (autonomia funzionale e comorbilità il primo, situazione sociale la seconda): un punteggio minimo pari a 0 certifica la totale autonomia, un punteggio superiore a 16 la non autosufficienza nelle attività di base.

La scheda AGED plus va compilata sul portale della Regione Liguria in modo da permettere al paziente dell'ambulatorio l'accesso ai servizi territoriali.

L'esito della valutazione AGED plus, combinato con altri criteri deliberati dalla Regione Liguria (data della domanda, età, condizioni economiche, ecc.) determina la priorità di accesso alla struttura residenziale appropriata al bisogno della persona.

Se il paziente può essere gestito al domicilio dai famigliari viene proposto l'inserimento in Centro Diurno di I livello, che accoglie pazienti con decadimento cognitivo lieve (MMSE indicativo >20/30) senza disturbi comportamentali (NPI<12/144), o in un Centro Diurno di II livello se il paziente presenta un decadimento cognitivo moderato-grave (MMSE <20/30) o è affetto da disturbi comportamentali.

Se sul territorio è presente un nucleo Alzheimer, il paziente può essere ammesso se presenta un MMSE < 14/30 o un punteggio all'NPI >12 in un solo item diverso da depressione, ansia e apatia, oppure >24: il ricovero nel nucleo Alzheimer può essere definitivo o temporaneo. Presso le strutture residenziali è altresì possibile per le famiglie attivare i c.d. "ricoveri di sollievo". In tutti i casi di ricovero ospedaliero di pazienti in cui si riscontra l'insorgenza di disturbi comportamentali, di delirium o in caso di valutazione di pazienti operandi con dubbio di decadimento cognitivo viene contattato il CDCD di riferimento.

## 2.1 Percorso di sostegno ai famigliari e caregiver dei pazienti affetti da demenza

Per l'assistenza del paziente, i famigliari/caregiver sono figure fondamentali per una corretta anamnesi del disturbo cognitivo, affiancano il paziente durante tutto l'iter diagnostico della

malattia, seguono le indicazioni terapeutiche del medico CDCD e accompagnano il paziente al centro diurno o in struttura residenziale extra-ospedaliera.

Nella complessa realtà dell'assistenza ai malati di demenza, infatti i familiari svolgono un ruolo centrale: una diagnosi di demenza, non coinvolge solo il malato, ma la famiglia che lo circonda, che nella maggior parte dei casi se ne prende cura in prima persona. I principali attori del percorso di sostegno alla famiglia sono i seguenti:

A. la Regione: - attua il piano nazionale demenze e adotta il piano regionale demenze - nomina i componenti della rete regionale per le demenze - promuove il piano regionale e ne controlla l'applicazione - destina le risorse finanziarie per i servizi sanitari e sociali finalizzati alla cura e all'assistenza della persona con demenza - disciplina la figura professionale dell'assistente familiare e del relativo percorso formativo, istituisce e regola il registro regionale degli assistenti familiari

B. i Comuni singoli o associati nei Distretti - svolgono funzioni di orientamento e segretariato sociale - prendono in carico le situazioni più complesse di persone affette da demenza e le loro famiglie, in collaborazione con i servizi sanitari con cui definiscono il piano individualizzato di assistenza volto al mantenimento a domicilio della persona o al suo inserimento in struttura residenziale extra-ospedaliera - gestiscono gli interventi di sostegno alla non autosufficienza sulla base dei criteri stabiliti dal Ministero delle Politiche Sociali e dalla Regione - gestiscono i servizi di prossimità alle persone fragili attraverso la rete delle cooperative sociali e del volontariato - collaborano alla realizzazione dei corsi di Memory Training e degli Alzheimer Cafè anche mettendo a disposizione gli spazi. - Attivano collaborazioni con il Tribunale ordinario e le ASL in materia di amministrazione di sostegno

C. ASL: - organizza i CDCD sulla base del presente documento - garantisce l'erogazione di assistenza sanitaria ambulatoriale, protesica, diurna e residenziale - gestisce la lista d'attesa per l'inserimento nelle strutture semiresidenziali e residenziali accreditate collaborando con i servizi sociali del Comune per la valutazione clinica delle persone affette da demenza al fine del riconoscimento delle diverse forme di sostegno alla non autosufficienza - garantisce la funzione di protezione giuridica istituita con la legge regionale n.2/2015 che offre ai cittadini, alle famiglie ed alle strutture semiresidenziali e residenziali informazioni e consulenza in materia di protezione legale, - attiva collaborazioni con il Tribunale ordinario e i Comuni in materia di amministrazione di sostegno - gestisce le commissioni medico legali per il riconoscimento dell'invalidità civile e della condizione di handicap nonché della concessione dell'indennità di accompagnamento e delle altre misure previste dalla normativa vigente

D. INPS: - valida l'esito delle Commissioni medico legali della ASL ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile e della condizione di handicap, nonché della concessione dell'indennità di accompagnamento e delle altre misure previste dalla normativa vigente - eroga le misure economiche di cui sopra - effettua controlli sull'appropriatezza delle misure erogate e ne revoca il diritto laddove non sussistano le condizioni previste dalla legge

E. Associazioni dei familiari

- indirizzano i familiari che si rivolgono a loro verso gli ambulatori specialistici del CDCD;
- collaborano con enti pubblici per la creazione di Centri Diurni Alzheimer e ne possono supportare la gestione;
- supportano i CDCD e i Distretti Sociosanitari nella promozione e organizzazione dei corsi di Memory Training per persone over 60, senza deficit mnesici e di Stimolazione Cognitiva per persone con lieve perdita di memoria., durante i quali è anche possibile individuare precocemente casi di sospetta demenza.
- organizzano e gestiscono, in collaborazione con i servizi sociosanitari del territorio, luoghi pubblici di incontro (c.d. Alzheimer Caffè) dove malati e familiari si ritrovano in un contesto informale per qualche ora alla settimana per scambiare opinioni ed esperienze con altri malati o altri familiari, che possono essere supportati da personale specializzato dei CDCD

- promuovono e organizzano, in collaborazione con i CDCD, iniziative di informazione alla popolazione del territorio sui problemi inerenti la malattia di Alzheimer ed iniziative di formazione/aggiornamento dei caregiver e c.d. badanti.
- promuovono la nascita di Nuclei Alzheimer per periodi di sollievo e/o bisogno dei caregiver
- organizzano e gestiscono Gruppi di Sostegno per familiari in collaborazione con i CDCD
- collaborano con i Distretti Sociosanitari per attivare i servizi di prossimità : servizio che prevede un'assistenza domiciliare leggera (spesa, compagnia, accompagnamento per disbrigo pratiche burocratiche) offerta spesso da volontari che si recano a domicilio del paziente - promuovono la riedizione aggiornata regionale del "Manuale del Caregiver"

F. CAAF: - supportano le famiglie ai fini della domanda di riconoscimento dell'invalidità e della condizione di handicap, nonché ai fini dell'ISEE richiesto per l'accesso ai servizi sociosanitari per la non autosufficienza

G. Amministratore di sostegno:

- viene nominato dal Giudice tutelare tra i parenti eventualmente disponibili e valutati adeguati o tra i professionisti iscritti in apposito elenco
- coadiuva le persone che si trovano nell'impossibilità anche parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi
- garantisce, pur nei limiti stabiliti dal Giudice, l'autodeterminazione della persona nei rapporti personali e sociali nonché negli aspetti della salute e patrimoniali
- i suoi compiti vengono di volta in volta definiti nel decreto di nomina adottato dal Giudice a cui periodicamente l'amministratore rende conto dell'attività

H. Assistenti familiari (c.d. badanti):

- partecipano ai corsi di formazione regolamentati dalla regione propedeutici all'iscrizione al registro regionale degli assistenti familiari
- partecipano ad ulteriori eventi formativi promossi dalle associazioni dei familiari o da altri soggetti - aiutano le famiglie nella gestione del malato al domicilio

I. Centri per l'impiego o altre agenzie per il lavoro accreditate

- gestiscono l'incrocio domanda/offerta tra le famiglie con bisogni di assistenza e le assistenti familiari.

### 3. Formazione e informazione

Il "modello della gestione integrata" è oggi considerato l'approccio più indicato per migliorare l'assistenza alle persone con malattie croniche e la realizzazione del CDCD nasce con lo scopo di seguire più unitariamente i pazienti affetti da demenza.

È evidente che lo sviluppo della rete favorisce la collaborazione e l'integrazione tra tutte le figure che intervengono nella gestione di questi pazienti e ciò consente di trattare nella sua globalità il paziente e il suo caregiver.

Lo scopo dell'attività di formazione è quello di ridurre la variabilità dei comportamenti clinici tra gli operatori in modo da offrire a i cittadini un'assistenza appropriata, omogenea e aggiornata sulla base dei nuovi protocolli e tecnologie.

Al fine di conseguire tale obiettivo si prevede un livello di formazione regionale attraverso l'utilizzo della FAD (formazione a distanza) e un livello di formazione periferico all'interno di ogni singolo CDCD.

In considerazione della complessità degli argomenti e della continua evoluzione delle conoscenze si individuano 3 indirizzi principali: la fisiopatologia e diagnosi, la terapia e la clinica ed infine la riabilitazione e gli aspetti socio-assistenziali.

Ognuno di questi 3 ambiti deve poi essere opportunamente declinato.

L'evoluzione epidemiologica e fisiopatologica della malattia ha portato ad una migliore definizione dei criteri di diagnosi delle varie forme cliniche di demenza. Emerge quindi la necessità di un aggiornamento che non sia episodico, ma continuo.

La struttura della formazione rispetta lo schema che è stato proposto nei paragrafi precedenti: come prima azione organizzare la formazione del personale afferente ai CDCD.

I contenuti affrontano i nuovi concetti di fisiopatologia emersi di recente, i nuovi criteri diagnostici, la visita critica delle linee guida presenti, i nuovi aspetti clinici di sovrapposizione e di diagnostica differenziale, gli indirizzi terapeutici della demenza e dei disturbi comportamentali, ovviamente modulati secondo le competenze di ciascun settore coinvolto. Una volta formato il personale del CDCD questo contribuisce, a sua volta, alla formazione del personale medico e non, operante nel territorio di loro competenza.

Un secondo target destinatario della formazione è rappresentato dai familiari o caregiver dei pazienti, per i quali i CDCD organizzano iniziative formative specifiche anche in collaborazione con le associazioni attive sul territorio che rappresentano lo snodo tra il sistema sanitario e i singoli fruitori del servizio. In questo caso l'obiettivo è fornire un'adeguata informazione circa le caratteristiche delle malattie neurodegenerative nonché uno specifico supporto relativamente alle decisioni da prendere di fronte a problemi clinici (ad esempio agitazione, aggressività, crisi comiziale, disfagia, delirium), ai problemi della comunicazione con i medici e gli altri operatori e con il paziente, ai problemi relazionali e di organizzazione della rete di sostegno e infine allo stress collegato alla gestione quotidiana della malattia (burn-out).

È essenziale tuttavia che venga verificata l'efficacia della formazione e della realizzazione del progetto con decisioni operative conseguenti.

Terzo target destinatario di percorsi formativi obbligatori sono i MMG, primi fra tutti a venire a contatto con le persone che diventeranno i pazienti del CDCD.

Il percorso formativo dovrà affrontare tematiche riguardanti i problemi connessi con lo screening dopo un sospetto di demenza, la comunicazione, la rete disponibile con i CDCD e la loro funzione, le associazioni, l'impostazione della terapia, con i contatti possibili, i controlli da eseguire, l'ospedalizzazione, l'ingresso in RSA e i disturbi del comportamento.

In seguito sarà fondamentale organizzare eventi formativi rivolti al personale del Distretto Sociosanitario che si occupano a vario titolo di persone con demenza: i geriatri del territorio, gli infermieri, i fisioterapisti, gli OSS e gli assistenti sociali. Essenziale sarà verificare, per ogni tipologia di target destinatario del percorso formativo, l'efficacia della formazione e nel caso la rimodulazione dei contenuti.

Il progetto e la modulazione dell'offerta formativa potrà essere fatta propria dalla programmazione formativa regionale annuale a partire dal 2017.

Essendo consci delle difficoltà che tutti gli operatori hanno nella programmazione delle attività di aggiornamento, è utile considerare la collaborazione con l'Università per la realizzazione di blocchi di FAD (formazione a distanza), che attualmente è in grado di realizzare con relativa facilità e con modesta richiesta di risorse. Infine si sottolinea come la formazione non possa essere episodica e che debba essere programmato un aggiornamento periodico (ad esempio, ogni due-tre anni) in considerazione dell'evoluzione non soltanto delle conoscenze mediche ma anche dall'evolversi del sistema sanitario.

4. Monitoraggio dello stato di attuazione degli indirizzi regionali e in materia di assistenza alle demenze

La Regione, con il supporto della rete regionale demenze, monitora i seguenti aspetti:

A. Implementazione a livello locale degli indirizzi previsti dal presente documento in collaborazione con le Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie/Istituti IRCCS, i Direttori dei Distretti e i rappresentanti dei MMG in linea con le iniziative ministeriali;

B. Implementazione del sistema informativo aziendale relativamente alla condivisione e conservazione della documentazione clinica;

C. Aggiornamento degli indirizzi regionali per il PDTA e dei relativi PDTA aziendali;

D. Sviluppo degli specifici programmi di formazione aggiornamento e informazione regionale rivolto al personale e ai caregiver formali ed informali

E. Revisione della filiera dei servizi semiresidenziali e residenziali extra-ospedaliera dedicata alla demenza.

Infine la Regione promuove la partecipazione unitaria e coordinata dei vari CDCD a bandi di ricerca scientifica e sanitaria in tema di demenza.

Bibliografia essenziale: - McKhanna G.M et al., The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging- Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease *Alzheimers Dement.* 2011 May ; 7(3): 263–269. - Gorelick PB et al., American Heart Association Stroke Council, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2011 Sep;42(9):2672-713. - McKeith IG, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology.* 2005. *Neurology.* 2005 Dec 27;65(12):1863-72. Epub 2005 Oct 19. - Raskovsky K. et al., Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia *Brain* 2011: 134; 2456-2477. - Jobst KA, et al., Detection in life of confirmed Alzheimer's disease using a simple measurement of medial temporal lobe atrophy by computed tomography *Lancet.* 1992 Nov 14;340(8829):1179-83. - Arevalo-Rodriguez I, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI) (Review) *The Cochrane Library* 2015, Issue 3 - Ossenkopp R. et al Prevalence of Amyloid PET Positivity in Dementia Syndromes *Ameta-analysis, Jama* 2015, 313(19):1939-1949 - Skillback T et al, Cerebrospinal fluid tau and amyloid-b1-42 in patients with dementia, *brain* 2015, 138; 2716–2731.

## **MOLISE**

**PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA - L.R. 18/2008 e ss.mm. e ii. " Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private". "Manuale di Autorizzazione", "Manuale di Accreditamento" e "Manuale delle Procedure". Approvazione**  
(BUR n. 6 del 16-.2-17)

### **NB**

**Data la complessità del provvedimento, se ne riporta l'indice,rinviando alla lettura integrale del testo.**

#### **INTRODUZIONE**

**REQUISITI GENERALI COMUNI A TUTTE LE STRUTTURE E AGLI STUDI MEDICI, ODONTOIATRICI E DELLE ALTRE PROFESSIONI - GLOSSARIO**

all. 1

**REQUISITI SPECIFICI DEI SERVIZI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

all. 2

**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI PER LE ATTIVITA' OSPEDALIERE**

all.3

**REQUISITI SPECIFICI DELLE STRUTTURE TERRITORIALI EXTRAOSPEDALIERE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI, AMBULATORIALI, DOMICILIARI, RIABILITATIVE, PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE E DELLA SALUTE MENTALE**

all.4

**REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE DEGLI AMBULATORI SPECIALISTICI**

all.5

**REQUISITI STUDI MEDICI, ODONTOIATRICI E DELLE ALTRE PROFESSIONI SANITARIE (LIBERI PROFESSIONISTI IN FORMA SINGOLA, ASSOCIATA O DI SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI)**

all.6

REQUISITI SPECIFICI DEI SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO E PUNTO PRELIEVO ESTERNO

all.7

REQUISITI SPECIFICI DEI SERVIZI FARMACEUTICI

all.8

CHECK LIST PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

all.9

## PUGLIA

**DGR 7.2.17, n. 137** - Osservatorio Epidemiologico Regionale – Rinnovo protocollo di Intesa per le attività riferite al quinquennio 2017-2021. (BUR n. 22 del 17.2.17)

### Note

Viene approvato il protocollo d'intesa tra Regione Puglia, Università degli Studi di Bari e Azienda Ospedaliero- Universitaria "Policlinico di Bari", per le attività dell'O.E.R. da svolgersi nel periodo 01/01/2017 — 31/12/2021, allegato A del presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (a cui si fa rinvio).

Viene approvato il "Piano Di Lavoro Generale Pluriennale 2017-2021", di cui all'allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si fa rinvio).

**DGR 7.2.17, n. 138**- Sistema Informativo Regionale per la Gestione Informatizzata dell'Anagrafe dei Soggetti Vaccinati e delle Attività Vaccinali (GIAVA) – Aggiornamento Quadro Economico – Modifica DGR n.1341/2015. (BUR n. 22 del 17.2.17)

### Note

Viene preso atto della nota prot. 160630008 del 30/06/2016 con cui la società InnovaPuglia Spa ha comunicato di poter avviare la procedura di gara per l'affidamento dei servizi tecnici di assistenza, manutenzione anche evolutiva e di conduzione del Sistema Informativo regionale per la Gestione Informatizzata dell'Anagrafe dei Soggetti Vaccinati e della Attività Vaccinali (GIAVA) "entro la metà di settembre, tenuto conto anche dei tempi minimi necessari per il relativo iter procedurale".

Si prende atto che "in considerazione dei tempi tecnici necessari per giungere alla contrattualizzazione dei servizi con il nuovo fornitore (otto mesi circa a decorrere dallo data di pubblicazione della gara) e dei tempi contrattualmente previsti per le attività di avvicendamento tra la Ditta Aggiudicataria e il Fornitore uscente (ulteriori tre mesi), si suggerisce a codesta Amministrazione Regionale di porre in essere le azioni necessarie per garantire la continuità del Servizio GIAVA almeno fino al Luglio 2017".

**DGR 13.12.16, n. 2039** - LL.RR. nn. 14/85 e 4/2010:"Istituzione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale". DGR 708/2010: Istituzione del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) – Nomina componenti quadriennio 2017-2020.

### Note

Viene nominato per il quadriennio 2017-2020 il Comitato Tecnico Scientifico dell'OER così composto:

1. Cinzia Anatea Germinario, responsabile scientifico e delegato al coordinamento del CTS;
2. Il dirigente pro tempore del Servizio ora PSB, ovvero, se delegato, il dirigente pro-tempore del Servizio Sanità Pubblica, igiene degli alimenti e sicurezza del lavoro;
3. Rosa Prato, esperto di epidemiologia;
4. Gabriella Serio, esperto di statistica medica;
5. Michele Quarto, esperto di Igiene e Sanità pubblica;
6. Domenico Lagravinese, esperto di organizzazione dei servizi sanitari;
7. Fulvio Longo, esperto di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro;

8. Salvatore Barbuti, esperto di igiene ambientale;
9. Vito Bavaro, rappresentante del Tavolo Sanità Elettronico;
10. Sante Minerba, esperto di sistemi informativi sanitari;
11. Gaetano D'ambrosio, in rappresentanza della Società Italiana di Medicina Generale

Viene confermato che:

1. la validità legale delle sedute sarà sempre correlata alla presenza della metà dei componenti;
2. le relative decisioni dovranno essere assunte a maggioranza semplice dei partecipanti (50%+1);
3. l'assenza, anche se giustificata, per tre sedute consecutive comporterà l'automatica decadenza dei componenti.
4. il CTS si riunisce, a titolo gratuito, presso il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti almeno semestralmente e, comunque, tutte le volte che i responsabili tecnico e/o amministrativo lo ritengano opportuno, previa convocazione da parte del suo coordinatore, nei tempi e nei modi indicati in premessa.

**DGR 13.12.16, n. 2044** - Deliberazione di Giunta regionale n. 135 del 23/02/2016 relativa alla definizione tariffa prestazioni in regime di ricovero e day – service con la tecnologia “Cyber – knife”. Costituzione tavolo tecnico. Modifica e integrazione della D.G.R. n. 135/2016 (BUR n. 23 del 21.2.17)

#### Note

Viene costituito, a parziale modifica e integrazione di quanto previsto dal punto 8 della D.G.R. n. 135/2016, il Tavolo tecnico per le prestazioni erogate con la tecnologia Cyber — Knife, così come di seguito composto per lo svolgimento dei compiti sopra enunciati:

- a) n. 1 Dirigente medico componente di una delle Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni sanitarie (UVARP) delle ASL;
- b) n. 3 Direttori della Unità Operativa di “Radioterapia”;
- c) n. 3 Direttori di Unità Operativa di “Oncologia”;
- d) n. 1 rappresentante dell'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S. Puglia);
- e) n. 1 Ingegnere clinico. Il Tavolo Tecnico potrà avvalersi di altri esperti esterni, qualora si renda necessario.

Vengono quindi nominati i seguenti componenti del Tavolo tecnico:

- n. 1 Dirigente medico componente di una delle Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni sanitarie (UVARP) delle ASL: Michele Montedoro — ASL FG; 4
- n. 3 Direttori della Unità Operativa di “Radioterapia”: 1. Giuseppe Bove — A.O.V. Ospedali Riuniti di Foggia; 2. Maurizio Portaluri — ASL BR; 3. Gennaro Palmiotta — ASL BA.
- n. 3 Direttori di Unità Operativa di “Oncologia”: 1. Franco Silvestris — A.O.V. Consorziale Pol. di Bari; 2. Santa Romito — A.O.V. Ospedali Riuniti di Foggia; 3. Giammarco Surico — ASL LE.
- n. 1 rappresentante dell'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S. Puglia): Elisabetta Anna Graps.
- n. 1 Ingegnere clinico: Donato Accogli — ASL BR.

Il Tavolo Tecnico potrà avvalersi di altri esperti esterni, qualora si renda necessario.

La Sezione Strategie Governo dell'Offerta coordina i lavori del citato Tavolo tecnico e predispone i provvedimenti conseguenti alle risultanze dell'attività svolta, con particolare riferimento alle linee guida regionali sulle patologie trattabili con la tecnologia Cyber — knife.

**DGR 13.12.16 , n. 2048** . D.G.R. 15/12/2009 n. 2485 – Malattie rare - D.M. n. 279 del 18 maggio 2001 –Accordo Stato - Regioni del 10 maggio 2007 – Istituzione Centro di assistenza e ricerca sovraziendale. Sostituzione e integrazione componenti Coordinamento regionale. (BUR n. 23 del 21.2.17)

#### Note

Viene costituito il Coordinamento regionale per le Malattie Rare (CoReMaR), presso il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti.

Viene individuata la seguente composizione del Coordinamento regionale per le Malattie Rare (CoReMaR):

- Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti;
- Direttore Generale dell’Agenzia Regionale Sanitaria;
- Responsabile del Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie rare;
- Dirigente medico universitario;
- Dirigente medico responsabile di centro di riferimento dell’Azienda Ospedaliero — Universitaria “Policlinico” di Bari; • Farmacista ospedaliero;
- Medico pediatra di libera scelta;
- Dirigente medico specialista in Genetica Medica;
- Rappresentante designato dall’ “UNIAMO” — Confederazioni delle “Associazioni Italiane Malattie Rare”;
- Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche; • Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta.

Vengono nominati i seguenti componenti del suddetto Coordinamento regionale:

- Dott. Giancarlo RUSCITTI - Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti;
- Dott. Giovanni GORGONI, Commissario straordinario dell’Ares;
- Dott. Carlo SABBA’, Responsabile del Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie rare;
- Prof. Giancarlo LOGROSCINO, Dirigente medico universitario;
- Dott. Franco PAPADIA, Dirigente medico responsabile di centro di riferimento dell’Azienda Ospedaliero — Universitaria “Policlinico” di Bari;
- Dott. Maria DELL’AERA, Farmacista ospedaliero;
- Dott. Giuseppina ANNICCHIARICO, Medico pediatra di libera scelta; • Dott. Mattia GENTILE, Dirigente medico specialista in Genetica Medica;
- Renza BARBON, Rappresentante designato dall’ “UNIAMO” — Confederazioni delle “Associazioni Italiane Malattie Rare”; • Ing. Vito BAVARO, Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche; • Dott. Giovanni CAMPOBASSO, Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta.

Le attività relative all’assistenza assistenziale (ambulatoriale ed ospedaliera), di diagnosi prenatale (presa in carico della gestante, raccordo con ginecologi e con il laboratorio di genetica ), di ricerca e di contact center (attività diurna e registrazione contatti), restano in capo all’Azienda Ospedaliero - Universitaria “Policlinico” di Bari.

**DGR 21.12.16, n. 2159** - D.G.R. n. 933 del 10/5/2011 – “Accordo Stato-Regioni 10 febbraio 2011 – Piano d’indirizzo per la Riabilitazione – Recepimento. Istituzione Coordinamento Regionale per la Rete della Riabilitazione e nomina componenti”. Sostituzione e integrazione componenti Coordinamento regionale.

#### **Note**

Viene costituito ad integrazione e sostituzione della DGR n.933/2011, il Coordinamento regionale per la Rete della Riabilitazione.

Viene individuata la seguente composizione del Coordinamento regionale per la Rete della Riabilitazione:

- Direttore di Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti;
- Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta;
- Responsabile A.P. “Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali — Strutture sociosanitarie” della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta;
- Rappresentante dell’Agenzia Regionale Sanitaria;

- Direttori dei Dipartimenti di Riabilitazione delle AA.SS.LL.;
- Direttore U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione AOU;
- Medico specialista in Neurologia;
- Medico specialista in Psichiatria,
- Medico specialista in Pneumologia;
- Medico specialista in Cardiologia;
- Segretario Regionale Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione (SIMFER);
- Rappresentante Associazione Religiosa Istituti Socio Sanitari (ARIS).

Vengono nominati i seguenti componenti del suddetto Coordinamento regionale:

- Dott. Giancarlo RUSCITTI - Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti;
- Dott. Giovanni CAMPOBASSO, Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta.
  - Dott.ssa Elena MEMEO, Responsabile A.P. "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali — Strutture sociosanitarie" della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
- Dott.ssa Iolanda CIANCIOLA, Rappresentante dell' Agenzia Regionale Sanitaria ;
- Dott. Leonardo TRIVISANO, Direttore del Dipartimento di Riabilitazione ASL FG;
- Dott. Giancarlo ZA, Direttore del Dipartimento di Riabilitazione ASL LE;
- Dott. Matteo DE LUCA, Direttore del Dipartimento di Riabilitazione ASL TA;
- Prof. Pietro FIORE, Direttore U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione AOU;
- Dott. Antonio TRABACCA, Medico specialista in Neurologia;
- Dott. Domenico SENISA, Medico specialista in Psichiatria;
- Dott. Vito PICCA, Medico specialista in Pneumologia;
- Dott. Rocco LAGIOIA, Medico specialista in Cardiologia; •
- Dott. Vincenzo MULTARI, Segretario Regionale Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione (SIMFER);
- Rappresentante Associazione Religiosa Istituti Socio Sanitari (ARIS).

**DGR 7.2.17, n. 127** - Delibera CIPE 122/2015 – Approvazione definitiva del Progetto - FSN 2011-2012-2013 Assistenza Sanitaria Isole Minori. (BUR n. 23 del 21.2.17)

**Note**

Viene approvato il progetto definitivo - FSN 2011-2013 Assistenza Sanitaria Isole Minori — Delibera CIPE 122/2015 allegato, che costituisce parte integrante del presente atto (a cui si fa rinvio).

**DGR 14.2.17, n. 177** - Misure urgenti per la razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci Antibiotici. (BUR n. 25 del 24.2.17)

**Note**

Vengono fatte proprie le raccomandazioni AIFA sugli Antibiotici riportate sul Rapporto OSMED 2015, ratificandole quale linea di indirizzo regionale volta ad individuare dei macro indicatori finalizzati ad evidenziare ed evitare un uso scorretto degli antibiotici nella popolazione adulta in carico alla medicina generale, come sopra riportate.;

Vengono fatte proprie le evidenze dalla Scuola Superiore Universitaria Sant'Anna di Pisa — Laboratorio MES — Network delle Regioni, raccomandando che l'utilizzo sul territorio di antibiotici ad ampio spettro in età pediatrica sia considerato quale seconda scelta terapeutica, fermo restando la valutazione clinica del caso specifico, in considerazione del conseguente rischio di favorire la comparsa di ceppi batterici resistenti nonché della maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica regionale.

Viene promossa adeguata informazione nei confronti degli assistiti per un più cosciente utilizzo di tali medicinali, in collaborazione con gli Ordini Provinciali dei Medici, dando mandato al Direttore

del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti di stipulare apposito protocollo di intesa con gli stessi Ordini provinciali;

Viene disposta l'organizzazione di eventi formativi mirati e finalizzati all'uso appropriato degli Antibiotici, anche mediante l'Organismo di Formazione regionale incardinato all'interno dell'A.Re.S. Puglia.

Viene adottato un adeguato sistema di monitoraggio che, relativamente alle categorie Antibiotiche a maggior impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata regionale, come individuate in tabella 2, preveda:

- la restituzione dei dati ai medici prescrittori con i confronti con le medie di distretto sociosanitario, ASL, Regione ed Italia al fine di promuovere, in linea con le direttive dell'AIFA, il confronto tra colleghi ed attività di self audit;

- la possibilità dell'inserimento nelle prescrizioni farmaceutiche dematerializzate di apposite codifiche alfanumeriche nel campo disposizioni regionali.

Le Aziende Sanitarie Locali, per il tramite degli uffici aziendali e distrettuali all'uopo dedicati, ivi compresi i servizi farmaceutici, in conformità con le previsioni degli Accordi Integrativi Regionali con la medicina generale e la pediatria di libera scelta, effettuino un monitoraggio bimestralmente sulla corretta applicazione della presente deliberazione, verificando, mediante il sistema informativo regionale Edotto, gli andamenti prescrittivi e segnalando eventuali comportamenti anomali al fine di valutare l'avvio dei procedimenti disciplinari ed amministrativi previsti dalle normative vigenti in materia.

In conformità con il rispetto dei tetti di spesa dell'assistenza farmaceutica e degli obiettivi già assegnati ai Direttori Generali con la DGR n. 2198/2016, la riduzione nel 2017 della spesa farmaceutica convenzionata relativa alla categoria degli Antibiotici di almeno lo 80% del gap riscontrato per le Top 6 categorie di Antibiotici a maggiore spesa tra Regione Puglia e la media nazionale (Tabella 2 dell'Allegato A);

Con DGR n. 2198/2016 sono stato già assegnati obiettivi specifici ai Direttori Generali delle ASL per il contenimento del consumo di antibiotici in età pediatrica.

Viene dato mandato alla Commissione Regionali Farmaci di predisporre, sulla base delle linee guida nazionali, apposito documento di indirizzo volto a ridurre il fenomeno delle prescrizioni inappropriate di profilassi antibiotiche in ambito chirurgico, ivi compreso quello odontoiatrico.

Viene autorizzata la competente Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche a fornire ulteriori indicazioni operative per l'attuazione delle suddette disposizioni mediante propri atti e note circolari.

## **SICILIA**

**DD 13 gennaio 2017.** Definizione delle caratteristiche tecniche dei tracciati integrativi del Modello di controllo di gestione regionale. (GURS n. 8 del 24.2.17)

Art. 1

È approvato il documento di cui all'allegato, che costituisce parte integrante del presente decreto, recante i Disciplinari tecnici integrativi al Modello di controllo di gestione regionale (D.D.G. n. 835/2014): – Rilevazione dei dati di contabilità analitica (COA); – Prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate ad utenti in regime di ricovero (SPI); – Utilizzo sale operatorie (OreSO); – Ore di apertura strutture ambulatoriali (OreSA).

Art. 2

Le modifiche introdotte dal presente decreto dovranno essere già recepite nella trasmissione del flusso informativo del II trimestre 2017.

**DASS 20 dicembre 2016 -** Rimodulazione delle tariffe relative alle prestazioni dei medici anestesisti/rianimatori e degli infermieri, dipendenti del SSR, impegnati in incentivazione nell'ambito del sistema di emergenza – urgenza 118 della Sicilia. (GURS n. 8 del 24.2.17)

Art. 1

Per le motivazioni espresse in premessa, a decorrere dall'1 gennaio 2017 e per il prossimo biennio 2017-2018, il compenso orario, corrisposto a titolo di incentivo al personale medico anestesista/rianimatore impegnato nell'ambito del sistema di emergenza urgenza 118, è così rideterminato: a) prestazioni, escluso il servizio in eliambulanza, costo orario dalle 8,00 alle 20,00 € 38,50; b) prestazioni, escluso il servizio in eliambulanza, costo orario dalle 20,00 alle 8,00 (servizio notturno) e servizio in giornata festiva € 39,50; c) servizio in eliambulanza, costo orario € 43,00. Le tariffe sopracitate si intendono al netto degli oneri e dell'IRAP.

#### Art. 2

A decorrere dall'1 gennaio 2017 e per il prossimo biennio 2017-2018, il compenso orario, corrisposto a titolo di incentivo al personale infermieristico impegnato nell'ambito del sistema di emergenza urgenza 118, è così rideterminato:

- a) prestazioni, escluso il servizio in eliambulanza, costo orario dalle 8,00 alle 20,00 € 20,00;
- b) prestazioni, escluso il servizio in eliambulanza, costo orario dalle 20,00 alle 8,00 (servizio notturno) e servizio in giornata festiva € 21,00;
- c) servizio in eliambulanza costo orario € 22,50. Le tariffe sopracitate si intendono al netto degli oneri e dell'IRAP.

#### Art. 3

Per le prestazioni rese in incentivazione dal personale sanitario per l'attività di elisoccorso presso le elibasi di Lampedusa e Pantelleria, l'ARNAS Civico di Palermo, competente per bacino, è autorizzata a stipulare, nel rispetto della normativa vigente, idonea convenzione con strutture alberghiere locali di Lampedusa e Pantelleria allo scopo di garantire a detto personale il vitto e l'alloggio. La stessa Azienda provvederà a stipulare con le Compagnie navali ed aeree che garantiscono i collegamenti con la terraferma da Lampedusa e da Pantelleria, idonee convenzioni per consentire il trasbordo senza oneri a carico diretto dei suddetti sanitari.

#### Art. 4

Dall'applicazione dei nuovi compensi orari previsti dal presente decreto, si stimano maggiori costi per: – euro 4.000.000 nell'anno 2017; – euro 2.800.000,00 nell'anno 2018, in ragione del progressivo passaggio del personale da incentivato a dedicato. I maggiori oneri troveranno copertura nell'ambito delle risorse di Fondo sanitario regionale che saranno assegnate, in sede di negoziazione, alle aziende sanitarie della Sicilia. Il presente decreto viene trasmesso alla Ragioneria centrale salute per la registrazione di rito, nonché alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana e al responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale "Amministrazione Aperta" ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on line. Palermo.

**DASS 30 gennaio 2017** - Ricostituzione dell'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica. (GURS n. 8 del 24.2.17)

#### Art. 1

Viene ricostituito l'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica nella seguente composizione:

- presidente della Scuola di medicina dell'Università degli studi di Palermo
- presidente della Scuola di medicina dell'Università degli studi di Messina
- presidente della Scuola di medicina dell'Università degli studi di Catania
- prof. Francesco Moschella - direttore Scuola di specializzazione Università degli studi di Palermo - area chirurgica
- prof. Epifanio Mondello - direttore Scuola di specializzazione Università degli studi di Messina - area dei servizi
- prof. Pietro Castellino - direttore Scuola di specializzazione Università degli studi di Catania - area medica
- dott. Alberto Maringhini - direttore U.O.C. area medica – Palermo
- prof. Giuseppe Navarra - direttore U.O.C. area chirurgica - Messina
- dott.ssa Diana Cinà - direttore U.O.C. area dei servizi – Catania

- dott. Angelo Quagliana - rappresentante eletto Università degli studi di Palermo - area medica
- dott. Antonio Aurelio Maria Nirta - rappresentante eletto Università degli studi di Messina - area dei servizi
- dott. Angelo Maria Caponnetto - rappresentante eletto Università degli studi di Catania - area chirurgica.

#### Art. 2

L'Osservatorio regionale della formazione medicospecialistica è ubicato presso l'Azienda ospedaliero-universitaria "Policlinico Vittorio Emanuele" di Catania.

#### Art. 3

La segreteria tecnica ed amministrativa ha sede presso l'Azienda ospedaliero-universitaria "Policlinico Vittorio Emanuele" di Catania. Le relative funzioni sono svolte con il supporto operativo del personale operante presso la predetta Azienda.

Art. 4 Il mandato dei componenti dell'Osservatorio ha la durata di tre anni a decorrere dall'insediamento e può essere reiterato una sola volta; il mandato dei tre rappresentanti dei medici in formazione specialistica ha durata di due anni a decorrere dall'insediamento.

Art. 5 L'organizzazione dell'attività dell'Osservatorio regionale per la formazione medicospecialistica è disciplinata dal protocollo di intesa sottoscritto il 5 ottobre 2011, ad integrazione dei protocolli già stipulati ed approvati con D.A. del 4 marzo 2010 tra Assessorato della salute e le Università degli studi di Palermo, Messina e Catania, riguardante "La disciplina e l'attività dei medici in formazione specialistica all'interno della rete formativa regionale delle scuole di specializzazione di area sanitaria ed il Funzionamento dell'Osservatorio regionale della formazione medico-specialistica".

#### Art. 6

Per i componenti dell'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica non è previsto alcun compenso. Le eventuali spese sostenute dai componenti, se ed in quanto dovute, sono a carico delle rispettive amministrazioni di appartenenza.

## TOSCANA

**MOZIONE 1 febbraio 2017, n. 631** - In merito al progetto regionale collegato al trattamento sanitario ed assistenziale delle persone con lesione midollare. (BUR n. 7 del 15.2.17)

### IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che:

- è noto come l'aumento della longevità nel nostro Paese sia un dato incontrovertibile e che questo riguardi in maniera consolidata anche le persone affette da lesioni midollari ed handicap grave per le quali, oltre ai progressi scientifici validi per tutta la cittadinanza, lo sviluppo delle tecniche e tecnologie nel campo degli ausili hanno determinato un notevole miglioramento della qualità della vita; a questo si aggiunge, nella nostra Regione, la presenza dell'Unità spinale di cure primarie presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi a garanzia di un trattamento sanitario e assistenziale rispondente alle particolari necessità delle persone con lesione midollare;
- la Regione Toscana, da anni, ha attivato e finanziato il progetto "Vita indipendente", per il quale di recente anche questo Consiglio regionale si è impegnato positivamente, come strumento per affermare la scelta della qualità della vita e della garanzia di vita autonoma per ogni cittadino; - nel reparto di Unità spinale sono disponibili cinquanta posti letto, sempre coperti, ad un alto costo per ogni giorno di degenza;
- l'Unità spinale copre, come bacino di utenza, l'intera Regione e risponde ai bisogni di cittadini provenienti anche da altre regioni del sud del Paese;
- presso l'Unità spinale vengono ricoverate anche persone con lesioni midollari che necessitano periodicamente di controlli sanitari non effettuabili sul territorio, vista la complessità e specificità della condizione, persone per le quali l'unica risposta oggi disponibile è il ricovero in Unità spinale, nella quale, però, sono sottoposte a restrizioni e limitazioni caratteristiche della struttura

totale, ma non sempre necessarie alla loro condizione e che, quindi, incidono negativamente sulla loro salute e qualità di vita;

- anche per le persone inserite nel progetto “Vita indipendente” può verificarsi la necessità di coprire temporaneamente la mancanza di assistenza e necessitare di soluzione alloggiativa temporanea;

- non esistono tipologie di strutture adeguate a garantire l’assistenza mantenendo l’autonomia delle persone e che a questa necessità non sono in grado di rispondere le attuali RSA, anche in presenza di un bisogno temporaneo.

Considerato che:

- nella scorsa legislatura la Regione Toscana aveva manifestato interesse all’ipotesi di un progetto, denominato “Casa Gabriella”, da realizzare nelle immediate vicinanze dell’Unità spinale; inteso a dare copertura al bisogno alloggiativo temporaneo, tutelato dalla vicinanza con l’Unità spinale, da utilizzare per attività di day hospital che si possono protrarre per giorni (es: fratture, piaghe da decubito ecc.);

- tale progetto dovrebbe realizzarsi con strutture prefabbricate su un terreno di proprietà INAIL contiguo all’Unità spinale;

- in questa prospettiva, erano stati attivati, dall’Associazione medicina democratica e dall’Associazione Toscana paraplegici, diversi incontri fra i soggetti interessati, ovvero Regione Toscana, AOU Careggi, INAIL, Comune di Firenze, nella prospettiva di avviare, tramite i dovuti atti, un’intesa per la realizzazione del progetto;

- su tale terreno insiste attualmente una struttura edificata in cui ha vissuto, sin dal 1978, la signora Gabriella Bertini con la propria famiglia, facendo di questa casa un centro di incontro frequentato a livello internazionale da medici, architetti ed altri studiosi, oltre a molte persone con lesioni midollari; - anche in conseguenza della grave malattia di Gabriella, si è verificata una sospensione degli incontri e del processo di raccordo fra i soggetti interessati, ma sarebbe urgente riprendere le trattative, stante il bisogno crescente di dare risposte alle necessità delle persone para e tetraplegiche e con grave handicap in strutture adeguate con il trattamento sanitario che l’Unità spinale è in grado di fornire; - l’alloggio in struttura esterna all’Unità spinale consentirebbe un risparmio economico sul bilancio sanitario di notevole entità, continuando a garantire il servizio sanitario ed assistenziale necessario alla popolazione e condizioni di vita meno restrittive rispetto a quelle della struttura sanitaria.

Valutato, infine,

che se il ricovero ospedaliero in una struttura ad alta intensità di cura comporta una spesa consistente per i sofferenti bilanci pubblici, è altrettanto vero che per il paziente il ricovero comporta un regime di austerità, la separazione fisica dai propri cari, e per la famiglia, una spesa notevole per accompagnare il proprio congiunto.

**IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE**

ad attivare nuovamente il tavolo di trattativa con i soggetti sopra indicati, nell’interesse della popolazione con lesione midollare e del risparmio economico che deriverebbe dall’attivazione del progetto “Casa Gabriella”.

## **VENETO**

**DGR 7.2.17, n. 114** - Approvazione delle linee generali del "Progetto di Change Management" a supporto del processo di trasformazione del Servizio Socio-Sanitario del Veneto. L.R. n. 19 del 25/10/2016. (BUR n. 19 del 21.2.17)

### **Note**

### **PREMESSA**

Il Piano Socio-Sanitario Regionale, approvato con L.R. 23/2012, invita a ripensare all’offerta del servizio sanitario in una logica di sistema e di rete, nonché di ambiti territoriali più estesi rispetto agli attuali, in vista di una ottimizzazione delle risorse organizzative e finanziarie, che trovano conferma anche nelle disposizioni della legge di stabilità 2016, la quale detta norme per il

conseguimento di risparmi di spesa mediante processi di aggregazione delle strutture e delle attività dei soggetti preposti all'erogazione del servizio sanitario, nello specifico, mediante l'unificazione di organismi e accorpamenti nelle acquisizioni e nell'espletamento delle funzioni.

Con Legge Regionale del 25 ottobre 2016 n.19 recante "*Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS*" il Consiglio Regionale ha approvato la riforma del sistema sanitario del Veneto il quale prevede due ambiti fondamentali di innovazione:

- l'istituzione dell'Azienda Zero,
- l'accorpamento delle Aziende Ulss, regolandone principi guida, funzioni e aspetti organizzativi.

I principi guida del progetto di cambiamento, volti a garantire un'unica visione d'insieme e un approccio comune, si riferiscono a:

- cittadino al centro: definire un sistema di offerta commisurato ai bisogni della popolazione per fornire assistenza e servizi con risposte veloci ed appropriate per la salute dei cittadini;
- governo clinico: definire e utilizzare un sistema di «*standard*», sostenuto dalla letteratura e dall'applicazione sul campo, che permetta di programmare e monitorare l'organizzazione dei servizi, dei processi, delle performances, delle risorse umane, della tecnologia e dei risultati di salute del Servizio Socio-Sanitario regionale;
- meno burocrazia più salute: creazione dell'Azienda Zero come infrastruttura di supporto tecnico amministrativo per permettere alle Aziende sanitarie di essere dedicate all'attività istituzionale (prevenzione e cura della salute dei cittadini veneti);
- misurare, controllare, verificare, sanzionare, premiare: applicare un sistema di verifica monitoraggio e controllo, su più livelli, per il rispetto degli standard e della programmazione regionale da parte delle Aziende sanitarie.

In tale contesto, in capo all'Area Sanità e Sociale, permangono le funzioni a supporto della programmazione, la vigilanza in capo alla Giunta regionale, finalizzate a:

- garantire un livello omogeneo di assistenza socio-sanitaria su tutto il territorio Regionale;
- definire le *performance* attese nell'erogazione dell'assistenza socio-sanitaria secondo sistemi e *standard* definiti;
- definire le strategie di investimento e governare l'innovazione;
- definire i criteri per il riparto delle risorse finanziarie, anche al fine di tutelare aree svantaggiate mediante adeguati meccanismi di perequazione;
- progettare e verificare il funzionamento del sistema dei controlli.

La costituzione dell'Azienda Zero risponde, invece, all'esigenza di operare una forte semplificazione e razionalizzazione del sistema, trasferendo le attività di natura gestionale (c.d. "gestione sanitaria accentrata") dall'amministrazione regionale ad un nuovo ente del servizio socio sanitario regionale (l'Azienda Zero, per l'appunto), il quale assorbirà anche una quota rilevante delle attività tecnico - amministrative oggi replicate, in modo non sempre efficiente, presso tutte le Aziende del Servizio Socio-Sanitario regionale.

Con riferimento, infine, agli indirizzi di politica sanitaria formalizzati nel Piano Socio-Sanitario Regionale, la L.R. n.19/2016 ne proroga la validità fino al 31/12/2018.

La cornice normativa appare quindi completa per avviare il ridisegno del Servizio Socio-Sanitario regionale del Veneto.

Il PCM si focalizza sullo *start up* e la messa a regime delle due tipologie di Aziende previste dalla L.R. n.19/2016.

Il Progetto prende dunque spunto dalla constatazione che cambiare le organizzazioni è difficile: il modo in cui si interpreta il cambiamento è spesso troppo semplicistico, si guarda in modo disgiunto ai fattori che lo producono, come la *leadership*, la tecnologia, gli stimoli esterni, senza coglierne l'effetto combinato.

Oltre a ciò, si tende ad ignorare che il cambiamento delle organizzazioni procede secondo una logica completamente diversa da quella del loro normale funzionamento.

Così, ad esempio, se l'omogeneità e la coesione culturale di un gruppo di operatori aziendali è considerata positiva per l'efficacia organizzativa, una prospettiva di cambiamento richiede invece di stimolare e alimentare le diversità, come fonte di innovazione organizzativa; allo stesso modo, se la coerenza (da cui discendono precisi obiettivi, piani, regole, ...) è considerata condizione di efficacia organizzativa, incoerenza e ambiguità giocano un ruolo importante per il cambiamento, dando spazio alle possibilità di miglioramento e di innovazione.

Tutto questo mette in luce la necessità di affrontare il cambiamento delle organizzazioni da una prospettiva complessiva e multidisciplinare, ponendo contemporaneamente attenzione alla dimensione individuale (gestione delle resistenze, coinvolgimento e promozione dei comportamenti innovativi), alla dimensione organizzativa (analisi del contesto e della cultura organizzativa, comprensione delle leve di cambiamento culturale, *leadership* per il cambiamento), nonché alla dimensione manageriale (pianificazione, *sponsorship* e governo dei processi di cambiamento).

Come si legge all'interno del Rapporto OASI 2015, nel capitolo dedicato ai processi di fusione aziendale nel Servizio Sanitario nazionale, *"le azioni che possono conseguire a una "concentrazione" di aziende sono potenzialmente molte e su diversi fronti: costi, servizi, accesso, ecc. Spesso gli obiettivi da perseguire non sono definiti. Per sfruttare appieno le potenzialità offerte dalla concentrazione, serve sviluppare fin dal principio un piano articolato con il portafoglio azioni da attuare, in modo da costruire il master plan e la road map del processo di cambiamento atteso"*.

Ogni intervento di reingegnerizzazione da operare per adempiere a quanto previsto dalla L.R. 19/2016, richiede una prioritaria analisi sia del modello organizzativo che dei processi sanitari - tecnico - amministrativi, per ciascuna Azienda del Servizio Socio-Sanitario regionale.

La dimensione dei processi, la numerosità delle attività ivi ricomprese, le ore lavorate dal personale sanitario - amministrativo - tecnico - professionale e la rilevanza degli *output* prodotti, necessari al funzionamento quotidiano dei servizi sanitari e socio-sanitari, evidenziano l'elevata complessità del lavoro di reingegnerizzazione avviato con la legge di riforma.

Pertanto, alla luce di quanto specificato, l'attività di riorganizzazione del Servizio Socio-Sanitario regionale, che avrà avvio dal prossimo 1° gennaio 2017, ed il PCM a suo supporto, dovrà considerare e monitorare alcuni aspetti cruciali quali: *mission* e *vision* dell'Azienda Zero e delle nuove Aziende sanitarie, modelli organizzativi, portafoglio dei servizi, *skill mix* e capacità di generare innovazione. In sostanza, il PCM si pone l'obiettivo generale di supportare i soggetti coinvolti, fornendo gli strumenti teorico metodologici per governare lo *start up* delle nuove Aziende e supportare la messa a regime della nuova organizzazione della sanità veneta.

### **LA SPECIFICITA' DEL PROGETTO**

Il Progetto proposto si svilupperà nel corso del 2017 prevedendo quattro fasi: le prime due, lo *start up* e la progettazione esecutiva, mirano a definire nel dettaglio il piano formativo da attuare nelle diverse tipologie di Aziende coinvolte (Aziende territoriali, Aziende ospedaliere, Azienda Zero); la terza fase prevede l'intervento formativo vero e proprio per l'attuazione delle strategie delle nuove Aziende sanitarie, nonché per la razionalizzazione dei servizi, al fine di assicurarne una gestione unitaria, un'equa distribuzione delle risorse e la progressiva integrazione di processi e attività; la quarta fase, che accompagnerà e sosterrà il progetto per tutto il suo ciclo di vita, consiste nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati di progetto.

Il PCM è stato immaginato come un intervento di formazione sul campo, dove è prevista la massima valorizzazione delle risorse professionali e delle competenze interne al sistema socio sanitario veneto, sotto la supervisione di figure esterne di riferimento regionale e nazionale nel campo del *management* e della formazione.

Tale percorso rappresenta anche un'evidente occasione di ricerca nei campi organizzativi, manageriali, finanziari e contabili, applicati alla Sanità con un livello di innovazione unico in Italia. Per tale motivo si ritiene opportuno affiancare al *management* della sanità regionale, le migliori

competenze professionali presenti sul territorio sui temi gestionali organizzativi e di ricerca, offrendo quel solido supporto metodologico, ancor più necessario in questo momento di transizione e di innovazione gestionale ed organizzativa.

### **GLI ORGANISMI DI RIFERIMENTO**

Per il suo funzionamento, il PCM prevede l'istituzione dei seguenti organismi di riferimento:

1. il *Board regionale*,
2. lo *Steering Committee - Comitato guida*,
3. il *Comitato Scientifico*,
4. il *Coordinatore del progetto*.

Il *Board regionale* ha il compito di assicurare la piena coerenza tra gli obiettivi regionali e lo svolgimento del processo di scorporo/fusione, coinvolgendo direttamente il livello regionale e le direzioni generali aziendali e individuando le attività generali di supporto utili al successo del progetto. Garantisce inoltre che il progetto formativo, affidato alla Fondazione SSP, e il progetto di riorganizzazione tecnico-amministrativa, affidato all'Azienda Zero, siano tra loro coerenti e si raccordino vicendevolmente.

Il *Board regionale* è composto da:

- il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, con funzioni di Presidente;
- il Direttore Generale/Commissario dell'Azienda Zero;
- i Dirigenti regionali dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto;
- i Direttori generali delle Aziende del Servizio Sanitario regionale.

Lo *Steering Committee* ha il compito di definire le linee strategiche del progetto e di rifinalizzarlo in base alle necessità che emergeranno in tutto l'arco della sua realizzazione; ha inoltre il compito di assicurare un elevato e costante impegno delle alte direzioni aziendali verso gli obiettivi del PCM.

Lo *Steering Committee* è composto da:

- dott. Domenico Mantoan, Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto, con funzioni di Presidente;
- prof. Elio Borgonovi, Università Bocconi;
- prof. Giovanni Costa, Università degli Studi di Padova;
- prof. Stefano Campostrini, Università degli studi Ca' Foscari di Venezia;
- dott. Josep Figueras, Osservatorio europeo per i sistemi e le politiche sanitarie;
- Direttore generale Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute;
- Direttore Ragioneria Generale dello Stato - Ispettorato generale per la spesa sociale - Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Lo *Scientific Committee* ha il compito di presidiare la dimensione teorico-metodologica del PCM, formulando linee guida e suggerendo l'impiego degli strumenti più adeguati per il successo delle attività progettuali, nonché valutare i risultati di quanto realizzato.

Lo *Scientific Committee* è composto da:

- dott. Claudio Costa, Direttore della Direzione Risorse Strumentali SSR - CRAV della Regione del Veneto, nonché Presidente del Comitato Scientifico Fondazione SSP, con funzioni di Presidente;
- prof.ssa Chiara Cacciavillani, Università degli Studi di Padova;
- prof.ssa Anna Comacchio, Università Ca' Foscari di Venezia;
- prof. Mario Del Vecchio, Università Bocconi;
- prof. Francesco Longo, Università Bocconi;
- prof. Niccolò Persiani, Università di Firenze;
- prof.ssa Sabina Nuti, Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna di Pisa, Responsabile Laboratorio Management e Sanità.

Il *Coordinatore del progetto* ha il compito di raccordo operativo tra gli organismi precedenti e tra questi e l'equipe che sarà direttamente chiamata ad operare sul campo. Per questa attività viene individuato il dott. Valerio Vergadoro, Direttore della Fondazione SSP.

### **LE RISORSE PROFESSIONALI IMPEGNATE**

Oltre agli organismi sopra citati, il progetto prevede di impegnare le seguenti tipologie di risorse professionali:

- **formatori:** sviluppano le competenze delle diverse figure *target* del processo di razionalizzazione (*top management, middle management, project manager, ecc.*). I formatori verranno individuati sulla base delle specifiche esperienze e conoscenze di progetti complessi e del mondo sanitario. Sarà loro compito precipuo svolgere anche un'attività di formazione formatori, in grado di favorire l'assunzione di questo ruolo anche da parte di risorse interne del Servizio Socio-Sanitario regionale;
- **consulenti:** affiancano il *top management* nel pianificare e valutare l'andamento del progetto e affiancano i *project manager* nell'analisi e razionalizzazione dei principali processi critici. I consulenti verranno individuati sulla base delle specifiche esperienze e conoscenze di progetti complessi e del mondo sanitario e potranno essere esterni od interni al Servizio Socio-Sanitario regionale;
- **facilitatori:** supportano i *project manager* nell'esecuzione dei progetti. I facilitatori verranno individuati sulla base di specifiche esperienze di analisi e riprogettazione organizzativa nei settori chiave dei sistemi gestionali aziendali e potranno essere esterni o, in misura maggiore, interni al Servizio Socio-Sanitario regionale.

#### **IL RUOLO DELL'AZIENDA ZERO**

Viene affidato all'Azienda Zero, lo sviluppo operativo del progetto di reingegnerizzazione dei processi tecnico - amministrativi, in un quadro di *governance* complessiva in capo all'Area Sanità e Sociale e partecipazione del Comitato dei Direttori Generali delle Aziende del SSR. Il progetto di riorganizzazione sarà approvato con separato provvedimento di Giunta.

#### **IL MODELLO ORGANIZZATIVO**

Lo schema di seguito riportato, rappresenta il modello organizzativo per il progetto di riorganizzazione e *change management*, come sopra sintetizzato.

(Per lo schema si rimanda al file pdf "MODELLO ORGANIZZATIVO DI PROGETTO.pdf" inserito come allegato, *ndr*)

Alla Fondazione SSP, che dovrà operare coinvolgendo in *primis* le stesse Aziende sanitarie regionali, e gli Atenei interessati, spetterà il compito di:

- individuare le risorse interne ed esterne a supporto del progetto;
- organizzare l'attività di formazione e formazione sul campo;
- analizzare e verificare gli output derivanti dalle attività previste dal progetto ed il loro stato di avanzamento;
- individuare/monitorare le principali criticità, suggerendo eventuali proposte di superamento.

Il PCM prevede complessivamente l'erogazione di giornate di formazione e formazione sul campo, con il coinvolgimento delle figure professionali del Servizio Socio-Sanitario regionale maggiormente interessate, come già anticipato, nell'arco del 2017. L'eventuale prosecuzione del progetto nel corso del 2018 sarà richiesta dalla Giunta Regionale sulla base degli esiti dell'attività del I° anno.

L'approvazione della definizione articolata del Progetto, della determinazione puntuale delle attività previste dei tempi e delle risorse professionali coinvolte nel Progetto stesso, viene demandata ad un successivo atto del Direttore della Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV.

Si demandano, altresì, ad atti del Direttore della Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV la materiale esecuzione del presente provvedimento, nonché l'eventuale sostituzione dei componenti dello *Steering Committee* e dello *Scientific Committee*.

Per quanto riguarda il finanziamento del Progetto lo stesso viene ricompreso nel contributo annuale per le attività ordinarie della Fondazione SSP determinato dalla Regione del Veneto in base a quanto stabilito nella deliberazione di Giunta regionale che ne approva il Piano Formativo relativo

al triennio 2017 - 2019, approvato altresì dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione in data 20 ottobre 2016.

**TUTELA DEI DIRITTI**

**PIEMONTE**

**D.D. 14 febbraio 2017, n. 102** Approvazione della modulistica per l'iscrizione all'Albo regionale dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio, ai sensi dell'art. 8 della L.R. 4/2016 e della disciplina della Albo regionale dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio di cui alla D.G.R. 8-4622 del 06-2-2017. (BUR n 8 del 23.2.17)

**Note**

Viene approvata la modulistica necessaria per presentare l'istanza di iscrizione all'Albo regionale dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio di cui ai seguenti allegati: a) allegato 1, istanza di iscrizione all'Albo regionale b) allegato 2, autocertificazione del possesso dei requisiti strutturali e organizzativi quali parti integranti e sostanziali della presente determinazione;

**Allegato 1**

**ISTANZA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO REGIONALE DEI CENTRI ANTIVIOLENZA E DELLE CASE RIFUGIO (da redigersi in carta semplice)**

**Alla Regione Piemonte Settore Politiche per le Famiglie, Giovani e Migranti, Pari opportunità e Diritti Via Magenta, 12 10128 TORINO**

**Oggetto: L.R. 4/2016. Richiesta iscrizione all'Albo regionale dei Centri Antiviolenza e Case rifugio del territorio regionale.**

Il/La ..... sottoscritto/a  
.....nato/a  
..... il .....  
e residente a ..... tel. n.  
..... in qualità di presidente/legale rappresentante  
dell'Organizzazione/Ente

.....  
.....  
.....  
..... Codice

**Fiscale/Partita**  
**IVA**.....  
..... con sede in  
..... via/piazza  
..... n. .... CAP  
..... tel. n. .... fax ..... e-mail .....

**CHIEDE L'ISCRIZIONE dell'Albo regionale dei Centri antiviolenza e delle Case Rifugio, ai sensi dell'art. 8 della legge 24 febbraio 2016, n. 4**

**SEZIONE A (Centri antiviolenza)**

**Centro** ..... **antiviolenza**  
**di**.....

.....  
**denominazione**.....

.....  
**sede**.....  
.....

eventuali sportelli  
collegati.....

**SEZIONE B ( Casa rifugio)**

eventuale  
denominazione.....

Comune presso cui ha  
sede.....  
..... ( si prega di non specificare l'indirizzo della Casa)

A tal fine,

**DICHIARA**

di aver preso integralmente visione della L. R. n. 4/2016, dell'Intesa n. 146 approvata dalla Conferenza Unificata Stato Regioni nella seduta del 27 novembre 2014, del regolamento attuativo dell'art. 25 della legge regionale 4/2016 approvato con il Decreto del Presidente della Giunta regionale 7 novembre 2016 n. 10/R, in particolare per quanto attiene al possesso integrale dei requisiti strutturali ed organizzativi dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio;  
di aver preso visione delle linee guida per l'iscrizione all'Albo regionale dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio approvate con la DGR n. 8-4622 del 6 febbraio 2017 recante la " Disciplina dell'Albo regionale dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio, ai sensi dell'art. 8 della legge 24 febbraio 2016, n. 4.

A tal fine, allega alla presente istanza:

- 1. copia del protocollo di intesa/di collaborazione vigente con la rete territoriale di riferimento;
- 2.a estremi dello Statuto vigente per i soggetti di cui al punto 3 lett. b) delle linee guida per l'iscrizione all'Albo regionale dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio, iscritti agli albi regionali del volontariato, della promozione sociale e della cooperazione sociale;
- 2.b copia dello Statuto vigente per i soggetti di cui al punto 3 lett. b) delle linee guida per l'iscrizione all'Albo regionale dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio, iscritti al registro delle Onlus presso l'Agenzia delle Entrate;
- 3. relazione attestante l'esperienza maturata nel settore del contrasto alla violenza e nel sostegno ed aiuto alle donne vittime di violenza;
- 4.a per i Centri antiviolenza: autocertificazione sottoscritta dal legale rappresentante circa il possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia;
- 4.b per le Case rifugio: data e numero del provvedimento di autorizzazione al funzionamento rilasciata dagli organismi competenti ai sensi della L.R. 1/2004;
- 5. fotocopia non autenticata di un documento d'identità del presidente/legale rappresentante e del codice fiscale dell'organizzazione/Ente.

....., lì ..... (luogo e data )

In fede

Il /La Presidente/Legale rappresentante

Allegato 2a- Centro antiviolenza

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'** Rilasciata ai sensi degli artt. 38 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 Esente dall'imposta bollo ai sensi dell'art. 37 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a.....(.....),  
il...../...../19....., residente nel Comune di .....(.....), in  
Via/C.so/P.zza....., in qualità di legale rappresentante  
dell'Organizzazione/Ente....., con sede  
in....., consapevole delle sanzioni penali previste in caso di  
dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di  
cui agli artt. 75 e 76 del d.p.r. 445/2000,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, conformemente alle disposizioni vigenti in materia, che il Centro anti violenza di.....in conformità con quanto disposto dalla normativa di riferimento presenta i seguenti requisiti:

garantire la capillare diffusione degli interventi nel rispetto dei propri autonomi regolamenti interni, anche attraverso l'articolazione in uno o più sportelli sul territorio dove vengono svolte le diverse attività;

essere di facile accesso e risultare agibile in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti, articolato in locali idonei a garantire le diverse attività nel rispetto delle norme della privacy;

avere una adeguata pubblicizzazione indicante i servizi minimi e le modalità d'accesso;

operare, anche attraverso la stipula di protocolli ed accordi operativi, in stretto raccordo con le case rifugio, i pronti soccorso ospedalieri e la rete sanitaria di cui all' articolo 17 l.r. 4/2016, le forze dell'ordine, gli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, il sistema per i servizi al lavoro e per la formazione, il sistema scolastico ed educativo e con tutta la rete degli organismi pubblici, privati e del terzo settore in senso ampio che si occupano della problematica della violenza di genere, quali i servizi per le pari opportunità localmente presenti nella rete territoriale;

usufruire di servizi afferenti ad altri centri della rete territoriale più prossima, nel caso in cui il centro anti violenza non abbia nell'ambito territoriale di riferimento la possibilità di attivare servizi di supporto psicologico e di assistenza legale;

avere una Carta dei servizi oppure un regolamento interno, garantendo l'accoglienza con giorni e orari di apertura al pubblico in locali specificatamente dedicati a tale attività;

garantire un'apertura di almeno 5 giorni alla settimana, ivi compresi i giorni festivi;

garantire un numero di telefono dedicato attivo 24 ore su 24, anche collegandosi al telefono nazionale di pubblica utilità 1522;

assicurare la completa gratuità del complesso di attività ed interventi offerti e della permanenza sia per le donne che per gli eventuali figli e figlie;

garantire riservatezza delle donne e degli eventuali figli e figlie minori, con modalità riportate all'interno di specifici regolamenti interni o linee guida operative;

garantire la presenza di personale di prima accoglienza, esclusivamente femminile, con specifiche competenze professionali ed in grado di offrire ascolto, accoglienza ed assistenza e garantire la specifica relazione tra donne quale elemento caratterizzante e fondante ogni percorso di affrancamento;

garantire percorsi di formazione iniziale e permanente per il personale e le figure professionali operanti;

escludere le tecniche di mediazione familiare dal campo di attività e di interventi proponibili tale esclusione deve essere esplicitata sia nei materiali informativi sia nelle comunicazioni fornite all'utenza;

impedire/vietare l'accesso ai locali dei centri agli autori della violenza e dei maltrattamenti, ad esclusione di specifici progetti sperimentali, attivati esclusivamente con modalità ed orari dedicati, nel pieno rispetto delle esigenze di tutela e riservatezza delle donne accolte.

**LUOGO E DATA**

**FIRMA DEL/DELLA DICHIARANTE**

.....  
(per esteso e leggibile)

.....

**Allegato 2b- Casa rifugio**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'** Rilasciata ai sensi degli artt. 38 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 Esente dall'imposta bollo ai sensi dell'art. 37 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a.....(.....),  
il...../...../19....., residente nel Comune di .....(.....), in  
Via/C.so/Piazza....., in qualità di legale rappresentante  
dell'Organizzazione/Ente....., con sede  
in....., consapevole delle sanzioni penali previste in caso di  
dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di  
cui agli artt. 75 e 76 del d.p.r. 445/2000,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, conformemente alle disposizioni vigenti in materia, che la  
Casa rifugio del Comune di .....in conformità con quanto  
disposto dalla normativa di riferimento presenta i seguenti requisiti:

- possedere regolare autorizzazione al funzionamento rilasciata da parte dei competenti organismi secondo quanto previsto dalla l.r. 1/2004;
- avere una gestione in forma diretta o tramite affidamento a soggetti terzi nel rispetto ed in conformità con la normativa vigente in materia di appalti pubblici;
- operare in stretta sinergia con i centri anti violenza ed in raccordo con la rete dei servizi, anche attraverso specifici protocolli, per assicurare il necessario supporto, nell'ambito di un progetto formulato e condiviso con la donna e con i servizi sociali e sanitari qualora coinvolti;
- presenza di personale e di altre figure professionali, esclusivamente femminile, adeguatamente formato e specializzato sul tema della violenza di genere e con curricula professionali depositati presso l'ente gestore e costantemente aggiornati anche in virtù di percorsi di formazione iniziale e permanente;

garantire la necessaria ed assoluta riservatezza in merito all'istituzione ed alla collocazione della Casa e il completo anonimato con modalità esplicitamente adottate nell'ambito di propri regolamenti interni e/o linee guida operative;

garantire l'inserimento, assicurando anonimato e segretezza, sulla base della predisposizione preliminare di un progetto personalizzato di accoglienza temporanea e di sostegno, fatte salve le situazioni di segnalazione d'urgenza da parte delle strutture sanitarie e delle forze dell'ordine;

assicurare l'accoglienza in base alle modalità dalla stessa predisposte, e di norma previo contatto ed attraverso il centro anti violenza e/o con altri soggetti della rete operanti nel settore del sostegno e dell'aiuto alle donne vittime di violenza, compatibilmente con i posti disponibili;

assicurare alloggio e beni primari per la vita quotidiana alle donne ospiti ed ai loro figli e figlie; escludere le tecniche di mediazione familiare dal campo di attività ed interventi proponibili;

possedere un registro delle ospiti e predisporre per le stesse un piano individualizzato di assistenza equiparabile al progetto personalizzato di accoglienza temporanea e di sostegno per le donne, che indichi obiettivi da raggiungere, contenuti e modalità dell'intervento, nonché il piano delle verifiche.

**LUOGO E DATA**

**FIRMA DEL/DELLA DICHIARANTE**

.....  
(per esteso e leggibile)

.....

**INDICE N. 223**  
**PANORAMA STATALE**