

PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSL

Anno X – n. 226

Care lettrici e cari lettori,

.in relazione al complesso processo di riforma dello Stato, avviato già con la legge 59/97, con la legge 127/97, con il d.lgs.112/98, con la legge 133/99 e il d.lgs. 56/00, e concluso con le leggi costituzionali n. 1/99, n. 2/99 e n. 3/01 e, a seguire, la legge 138/03, l'ISTISSL si è impegnato fin dal 2007 a seguire con tempestività la legislazione statale e regionale, e i conseguenti atti amministrativi, nelle materie indicate dall'art. 117 della Costituzione.

Infatti, nel corso di oltre quaranta anni le Regioni in particolare hanno sviluppato una lunga attività legislativa, programmatica e di alta amministrazione (con specifici atti di indirizzo) che le ha portato ad esprimere una propria "cultura" di governo che senz'altro costituisce un patrimonio storicamente acquisito, da tenere nella dovuta considerazione, anche nella prospettiva del federalismo e del rafforzamento delle autonomie locali, secondo il principio di sussidiarietà verticale sancito dall'Unione Europea.

Tenendo conto delle crescenti funzioni che le Regioni vanno più assumendo nel quadro delle politiche sociali e di welfare, gli atti delle Regioni, espressi, come è noto negli atti di legislazione, di programmazione, di controllo e di indirizzo, rappresentano il risultato di notevoli elaborazioni concettuali e dottrinali, che portano a definire un quadro che si caratterizza come un processo in continua evoluzione, e che sottolinea la diversità e la peculiarità delle singole Regioni, pur nell'osservanza di una unità di fondo che è riferibile alla garanzia data dalla Costituzione della Repubblica con i suoi principi e le sue idealità.

Pertanto PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSL sono illustrati e commentati (per gli atti più importanti e significativi) la legislazione e gli atti amministrativi statali e della legislazione e degli atti amministrativi delle Regioni, articolati per aree tematiche riferite sia alla articolazione funzionale che si collega alle materie indicate nel dlgs.112/98, sia a più specifici approfondimenti di campi più "mirati" in rapporto alle realizzazioni delle politiche sociali e di welfare.

La fonte primaria per la redazione del "Panorama legislativo di politiche sociali" è data sia dalla Gazzetta Ufficiale della Repubblica, per lo Stato, sia dai Bollettini Ufficiali Regionali delle Regioni per ciò che concerne le leggi regionali, gli atti di programmazione, gli atti di indirizzo e di amministrazione.

La cadenza di PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS ha una frequenza quindicinale e viene edito di norma il PRIMO e il SEDICI di ogni mese.

Tale strumento di conoscenza, oltremodo faticoso ed impegnativo per chi lo redige, è pubblicato in modo assolutamente gratuito sul sito ISTISSS: www.istiss.it .

PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS

E' IMPAGINATO, REDATTO, ILLUSTRATO E COMMENTATO DA LUIGI COLOMBINI*

***Già docente di legislazione ed organizzazione dei servizi sociali – Università statale Romatne**

NB

L'illustrazione dei provvedimenti, pur redatti e commentati, ha solo valore informativo, e in ogni caso si rinvia alla lettura ufficiale ed integrale dei documenti nella Gazzetta Ufficiale e nei Bollettini Ufficiali Regionali

Per comunicazioni, chiarimenti, osservazioni, suggerimenti:
l.colombini@istiss.it

Al fine di sostenere lo sforzo e l'impegno che sta dietro alla redazione di PANORAMA LEGISLATIVO, si richiede pertanto la sottoscrizione dell'abbonamento alla RIVISTA DI SERVIZIO SOCIALE, che rappresenta l'unica fonte di riferimento per dare continuità al tema delle problematiche connesse allo svolgimento dell'attività professionale degli operatori sociali, con puntuali aggiornamenti e approfondimenti specifici.

La Rivista è disponibile a pubblicare testimonianze ed articoli degli operatori sociali ("buone pratiche") in base alla valutazione del Comitato scientifico

TARIFFE DI ABBONAMENTO 2017

Abbonamento ordinario Italia € 40,00

Abbonamento ordinario Europa € 55,00

Abbonamento ordinario paesi extraeuropei € 62,00

Numero singolo anno in corso Italia € 12,00

Numero singolo anno in corso Europa € 23,00

Numero singolo anno in corso paesi extraeuropei € 26,00

Numero arretrato (maggiorazione 25%)

Sconto per Librerie 10%

Effettuare il versamento sul c/c postale n. 41135005 intestato a:

LA RIVISTA DI SERVIZIO SOCIALE

VIALE DI VILLA PAMPHILI, 84 – 00152 ROMA

Oppure

Bonifico bancario intestato a ISTISSS onlus

Coordinate bancarie: IT 97 A 01030 03278 000001057223

Indicando sul retro del bollettino la causale del versamento e l'indirizzo completo per l'invio delle copie. L'abbonamento decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre. A coloro che effettuano l'abbonamento durante l'anno di inviano i numeri arretrati.

L'abbonamento non si rinnova automaticamente.

Care lettrici e cari lettori,

IN OCCASIONE DELLA PROSSIMA
DENUNCIA DEI VOSTRI REDDITI 2017,
VI INVITIAMO A DESTINARE IL 5 PER
MILLE ALL' ISTISSS IN QUANTO ONLUS
PER LO SVOLGIMENTO DELLE
ATTIVITÀ ISTITUZIONALI.

PERTANTO, POTETE SOSTENERE
L'ISTISSS CON QUESTA SEMPLICE
OPERAZIONE:

INDICARE NELL'APPOSITA CASELLA IL
CODICE FISCALE DELL'ISTISSS:

00898470588 ED APPORRE LA FIRMA

TALE SEMPLICISSIMA OPERAZIONE A
VOI NON COSTA ASSOLUTAMENTE
NULLA, SENZA ALCUN AGGRAVIO DI
TASSE O DI SPESA, DA PARTE VOSTRA,
MA PER NOI E' UN PICCOLO RISTORO
CHE CI CONSENTE DI SOSTENERE I
COSTI DELLE NOSTRE ATTIVITA'

TANTISSIME GRAZIE!

INDICE N. 226
PANORAMA STATALE

BILANCIO

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Conto riassuntivo del Tesoro al 31 dicembre 2016 - Situazione del bilancio dello Stato e situazione trimestrale dei debiti pubblici. (GU n. 50 del 1.3.17)

DIFESA DELLO STATO

LEGGE 8 marzo 2017 , n. 20

Istituzione della «Giornata nazionale della memoria e dell'impegno in ricordo delle vittime delle mafie». (GU n. 58 del 10.3.17)

AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

DELIBERA 15 febbraio 2017 Linee guida n. 7, di attuazione del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, recanti: «Linee guida per l'iscrizione nell'Elenco delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori che operano mediante affi damenti diretti nei confronti di proprie società in house previsto dall'art. 192 del decreto legislativo 50/2016». (Delibera n. 235). (BUR n. 61 del 14.3.17)

EDILIZIA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA Indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, relativi al mese di gennaio 2017, che si pubblicano ai sensi dell'art. 81 della legge 27 luglio 1978, n. 392 (Disciplina delle locazioni di immobili urbani), ed ai sensi dell'art. 54 della legge del 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica). GU n. 55 del 7.5.17)

PREVIDENZA

COMMISSIONE DI VIGILANZA SUI FONDI PENSIONE

DELIBERA 22 febbraio 2017- Modifiche a precedenti deliberazioni del 25 maggio 2016. (GU n. 52 del 3.3.17)

DELIBERA 22 febbraio 2017 - Modifiche alla deliberazione del 22 luglio 2010 recante «Disposizioni in materia di comunicazioni agli iscritti». . (GU n. 52 del 3.3.17)

DELIBERA 22 febbraio 2017 . Modifiche alla deliberazione del 21 marzo 2007 recante «Istruzioni sugli annunci pubblicitari relativi alle forme pensionistiche complementari».. (GU n. 52 del 3.3.17)

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 2 febbraio 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «La Tana libera tutti - società cooperativa sociale», in Cannara e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 51 del 2.3.17)

DECRETO 17 febbraio 2017- Revoca del consiglio di amministrazione della «Cooperativa sociale Massimiliano Kolbe Onlus», in Barzanò, e nomina del commissario governativo. (GU n. 51 del 2.3.17)

DECRETO 10 febbraio 2017

Liquidazione coatta amministrativa della «I Care Ancora Società cooperativa sociale», in Arezzo e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 54 del 6.3.17)

DECRETO 10 febbraio 2017 - Liquidazione coatta amministrativa della «Esedra - Società cooperativa sociale in liquidazione», in Cantù e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 54 del 6.3.17)

DECRETO 14 febbraio 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Abitus società cooperativa sociale», in Roma e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 61 del 14.3.17)

DECRETO 14 febbraio 2017 - Liquidazione coatta amministrativa della «Foglie D'Albero società cooperativa sociale Onlus in liquidazione», in Frascati e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 61 del 14.3.17)

DECRETO 20 febbraio 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «La Luna società cooperativa sociale - Onlus», in Montanaso Lombardo e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 61 del 14.3.17)

DECRETO 20 febbraio 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Mai Soli società cooperativa sociale», in Milano e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 61 del 14.3.17)

REGIONI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 21 febbraio 2017 , n. 21 Regolamento recante criteri e modalità di attuazione dell'articolo 10, comma 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 243, in materia di ricorso all'indebitamento da parte delle regioni e degli enti locali, ivi incluse le modalità attuative del potere sostitutivo dello Stato, in caso di inerzia o ritardo da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. (GU n. 59 dell'11.3.17)

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 1° marzo 2017 .

Sospensione del sig. Nazzareno Salerno dalla carica di consigliere regionale della Regione Calabria. (GU n. 61 del 14.3.17)

PANORAMA REGIONALE

AGRICOLTURA SOCIALE

VENETO

DGR 21.2.17, n. 183 - "Legge regionale 28 giugno 2013, n. 14 "Disposizioni in materia di agricoltura sociale". Iscrizione all'elenco regionale delle fattorie sociali della "Lunazzurra cooperativa sociale" con sede in Conselve (PD).

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

PUGLIA

DGR 23.2.17, n. 217 - Adozione nuovo Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale(S. Mi.Va.P.). (BUR n. 28 del 7.3.17)

ANZIANI

SARDEGNA

DD n. 1676/33 del 20/02/2017 - 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. Proroga termini presentazione domande. (BUR. 12 del 9.3.27)

BILANCIO

SICILIA

L.R. 1.3.17, n. 4 - Proroga dell'esercizio provvisorio per l'anno 2017 e istituzione del Fondo regionale per la disabilità. Norme urgenti per le procedure di nomina nel settore sanitario regionale. (GURS n. 9 del 3.3.17)

DIFESA DELLO STATO

LAZIO

DGR 14.2.17, n. 58 - Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione per gli anni 2017-2019

Note

Viene adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione per gli anni 2017-2019, comprensivo di n. 1 allegato, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione (a cui si fa rinvio).

DGR 22.2.17, n. 79 - Legge 7 agosto 1990, n. 241. Approvazione dell'Accordo tra il Tribunale di Roma, la Regione Lazio, il Tribunale di Roma - Sezione per l'applicazione delle misure di prevenzione nei confronti delle persone pericolose per la sicurezza - e l'Ipab Opera Pia Asilo Savoia per la realizzazione del progetto di inclusione sociale "Talento & Tenacia. Crescere nella Legalità". Prenotazione della somma di euro 25.000,00 (venticinquemila/00) capitolo G31910 dell'esercizio finanziario 2017 (Missione 06 Politiche Giovanili, Sport e Tempo Libero - Programma 01 Sport e Tempo Libero – Aggregato 1.03.01.02.000 Altri beni di consumo). Su proposta dell'Assessore Politiche Sociali, Sport e Sicurezza. (BUR n. 19 del 7.3.17)

Determinazione 24 febbraio 2017, n. G02262 - Articolo 1 bis (Giornata regionale della memoria, della legalità e dell'impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie) e 1 ter (premio regionale "legalità contro tutte le mafie) della l.r. 15/2001. Affidamento alla società "Lazio Innova" S.p.A. delle attività "Percorsi di memoria e impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie". Approvazione schema di Convenzione tra Regione Lazio e Lazio Innova S.p.A. - Impegno di spesa, per complessivi Euro 50.000,00 a favore di Lazio Innova S.p.a. - Capitolo di spesa R45906 – Missione 03 Programma 02 (Armo - Spese relative alla sicurezza e polizia locale, Trasferimenti Correnti Altri Servizi Missione 03 Programma 02 1.03.02.99.000, esercizio finanziario 2017. (BUR n. 21 del 14.3.17)

DIPENDENZE

LOMBARDIA

DD 7 marzo 2017 - n. 2379 - Bando per gli enti locali per lo sviluppo e il consolidamento di azioni di contrasto al gioco d'azzardo patologico. (BUR n. 10 del 10.3.17)

GIOVANI

UMBRIA

DPGR 10.2.17, n. 59 - Tavolo di coordinamento delle politiche giovanili, ai sensi dell'art. 23 della legge regionale 1 febbraio 2016, n. 1. Nomina componenti. (BUR n. 10 dell'8.3.17)

IMMIGRATI

VENETO

DGR 28.2.17, N. 207 - DGR n. 1596 del 4 ottobre 2011: collaborazione operativa in materia di immigrazione, approvazione del rinnovo del protocollo di intesa tra regione veneto e emergency ong.
(BUR n. 25 del 7.3.17)

MINORI

ABRUZZO

DGR 13.2.17, n. 58 -Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 Novembre 2016, n. 234 – Regolamento recante definizione dei meccanismi per la determinazione dell’età dei minori non accompagnati vittime di tratta, in attuazione dell’articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24 (16G00248) - Provvedimenti.

LAZIO

Relazione anno 2016 del Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Regione Lazio. (BUR n. 21 del 14.3.17)

PIEMONTE

DGR 13.2.17, n. 9-4649 - Ampliamento del Gruppo di riferimento regionale di monitoraggio per la sperimentazione del Modello di Intervento unitario per la prevenzione dell'Istituzionalizzazione (Programma P.I.P.P.I.). Modifica alla d.g.r. 19-3329 del 23.05.2016. (BUR n. 9 del 2.3.17)

D.D. 15 Dicembre 2016, n. 924 - L.R. 30/2001. Trasferimento di risorse destinate alla copertura delle spese di funzionamento e di personale dell'Agenzia regionale per le Adozioni Internazionali - Regione Piemonte. Impegno di euro 350.000,00 sul capitolo di spesa n. 169039 del bilancio 2016 e di euro 125.000,00 sul medesimo capitolo di spesa del bilancio 2017. (BUR n. 10 del 9.3.17)

NON AUTOSUFFICIENTI

MOLISE

DGR 21.2.17, n. 53 - FNA 2015 - programma attuativo "azioni ed interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità grave e gravissime". Disposizioni urgenti. (BUR n. 7 del 1.3.17)

PUGLIA

DGR 28.2.17, n. 252 - Deliberazione di Giunta regionale 28 dicembre 2016, n. 2199 “Approvazione schema tipo di accordo contrattuale per l’erogazione e l’acquisto di prestazioni sanitarie da parte di Residenze Socio Sanitarie Assistenziali per anziani di cui all’art. 66 del regolamento regionale 18 gennaio 2007, n.4 e s.m.i.” – MODIFICA. (BUR n. 31 del 13.3.17)

PERSONE CON DISABILITÀ

LAZIO

Determinazione 23 febbraio 2017, n. G02155 - Approvazione esito esame di valutazione dei progetti ammessi ovvero esclusi dal finanziamento a seguito della Determinazione dirigenziale 19 dicembre 2014, n. G18408, di "Approvazione dello schema di convenzione tra la Regione Lazio e la società BIC Lazio S.p.A. per la predisposizione e gestione di un avviso pubblico per tirocini per disabili gravi, psichici e intellettivi ai sensi della DGR 199/2013. Impegno di spesa di Euro 808.000,00 a valere sul cap.F31927. Esercizio finanziario 2014". (BUR n. 19 del 7.3.17)

PIEMONTE

D.D. 28 novembre 2016, n. 855 D.G.R. n. 16-683 del 1/12/2014. Sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità proposta dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Bando anno 2014. Rettifica allegata alla determinazione dirigenziale n. 500/A1508A del 25 luglio 2016.

SARDEGNA

DPGR n. 22 del 21/02/2017 - Comitato regionale del fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità. Legge regionale 17 maggio 2016, n. 9, art. 20. (BUR. 12 del 9.3.27)

VENETO

DGR 14.2.17, n. 143 - Integrazioni alla DGR n. 242 del 22 febbraio 2012 relativamente al requisito previsto per la figura professionale educatore professionale sanitario nelle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette per minori e adolescenti. (BUR n. 26 del 10.3.17)

POLITICHE SOCIALI**LAZIO**

Decreto del Presidente della Regione Lazio 21 febbraio 2017, n. T00032 - IPAB Ospizio Nicola Calestrini di Roma. Nomina Presidente Consiglio di Amministrazione. (BUR n. 18 del 2.3.17)

PIEMONTE

D.D. 6 dicembre 2016, n. 896 Fondazione "Fondazione Casa di Riposo di Gattinara", con sede nel Comune di Gattinara (VC). Provvedimenti in ordine al riconoscimento della personalita' giuridica di diritto privato.

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE**LAZIO**

Determinazione 2 marzo 2017, n. G02507 - Nomina della Commissione di valutazione dei progetti di cui all'Avviso pubblico pluriennale per la presentazione di progetti di presa in carico, orientamento e accompagnamento a percorsi di inclusione sociale attiva-Asse II- Inclusione sociale e lotta alla poverta' POR FSE Lazio 2014-2020 Asse prioritario 2 - Inclusione Sociale e lotta alla poverta'. Priorita' di investimento 9.i- Inclusione attiva anche per promuovere le pari opportunita' e la partecipazione attiva e migliorare l'occupabilita' Obiettivo specifico 9.1 Riduzione della poverta', dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale Azione 9.1.2 Servizi sociali innovativiMdi sostegno a nuclei familiari multiproblematici e/o a persone particolarmente svantaggiate o oggetto di discriminazione, approvato con Determinazione Dirigenziale n. G14928 del 14/12/2016.

LOMBARDIA

DD. 8 marzo 2017 - n. 2467 Determinazioni per l'attuazione della misura «Bonus famiglia» del reddito di autonomia. Modifica della scheda di avvenuto colloquio per la valutazione della vulnerabilità socioeconomica (BUR n. 10 del 10.3.17)

DD 10 marzo 2017 - n. 2612 - - Approvazione, ai sensi della d.g.r. n. 6300/2017, dell' avviso pubblico per il finanziamento di progetti per il potenziamento dell'offerta di servizi per l'infanzia e l'adolescenza a supporto della conciliazione vita-lavoro per le annualita' 2017 - 2018 - (POR FSE 2014/2020 Azione 9.3.3) . (BUR n. 11 del 14.3.17)

PIEMONTE

D.D. 23 dicembre 2016, n. 884 - Interventi e servizi destinati a soggetti in condizione di specifiche fragilità sociali – Impegni delegati di Euro 58.800.000,00 sul cap. 157098 del bilancio 2016 a favore delle Aziende Sanitarie Locali. (BUR n. 9 del 2.3.17)

TOSCANA

RISOLUZIONE 14 febbraio 2017, n. 141 - In merito all'introduzione di misure di contrasto al fenomeno della povertà e del disagio sociale, attraverso l'istituzione del "Reddito di solidarietà attiva", il rafforzamento delle politiche sulla casa e la promozione di un "Patto di comunità". (BUR n. 9 del 1.3.17)

PRIVATO SOCIALE

LAZIO

Determinazione 22 febbraio 2017, n. G02110 - L.R. n. 13/2001, art. 3, comma 1 - Approvazione dello schema-tipo per la predisposizione delle domande finalizzate alla richiesta di contributo per la realizzazione di progetti concernenti l'attività di oratorio o attività simili. (BUR n. 19 del 7.3.17)

Determinazione 2 marzo 2017, n. G02484 - Istituzione, costituzione e nomina della commissione per la valutazione dei progetti di Servizio Civile Nazionale di competenza regionale per l'anno 2017

PIEMONTE

D.D. 7 dicembre 2016, n. 898 - Attività di controllo e verifica sull'attuazione dei progetti di servizio civile nazionale - Progetto PROMUOVERE DIRITTI, cod.helios R01NZ0151214103005NR01 presentato dal Comune di Torino, accreditato alla prima classe dell'albo regionale degli enti di servizio civile, cod. helios NZ01512 - Applicazione di sanzione amministrativa ai sensi del D.M. 6 maggio 2015.

D.D. 15 Dicembre 2016, n. 920 - D.G.R. n. 46-2190 del 13 febbraio 2006 "Istituzione dell'albo regionale degli enti di servizio civile nazionale" - Adeguamento dell'Ente Comune di Asti con sede in Asti, Piazza Catena 2, accreditato alla 2^a classe, sez. A) dell'albo anzidetto, codice helios NZ02190

SANITA'

ABRUZZO

DGR 26.1.17, n. 19 Realizzazione dell'Intervento 3.1.1. dell'obiettivo 3 del Piano di Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2016-2018.

CAMPANIA

DGR 28.2.17, n. . 98 - Interventi per la malattia diabetica. (BUR n. 9 del 9.3.17)

EMILIA ROMAGNA

DGR 21.12.16, n.. 2327 - Riordino dei Comitati etici della Regione Emilia-Romagna , (BUR n. 54 dell' 8.3.17)

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 21 febbraio 2017, n. U00051 - Definizione livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 delle funzioni assistenziali, ai sensi dell'art. 8, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.- Rettifica finanziamento Ospedale George Eastman e Centro Regionale Sangue. BUR n.18 del 2.3.17)

Decreto del Commissario ad Acta 22 febbraio 2017, n. U00052 - Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale". (BUR n.18 del 2.3.17)

Decreto del Commissario ad Acta 22 febbraio 2017, n. U00054 Rettifica DCA n. 248/2016 "Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti con onere a carico del SSR" (BUR n. 18 del 2.3.17)

Decreto del Presidente della Regione Lazio 27 febbraio 2017, n. T00035 Nomina e costituzione della "Comitato di indirizzo" di cui all'art. 4 del Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e gli I.F.O. – Istituti Fisioterapici Ospedalieri (Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e Istituto Dermatologico San Gallicano) sottoscritto in data 10 maggio 2016 (n. 18902 del 18/05/2016 Reg.Cron.) per l'individuazione di progetti e iniziative congiunte finalizzate alla promozione della ricerca biomedica traslazionale internazionale, allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e al trasferimento di tecnologie avanzate, relativamente alle patologie oncologiche, dermovenereologiche e alle malattie tropicali neglette ad alto impatto epidemiologico e diffusivo. (BUR n. 20 del 9.3.17)

Determinazione 16 febbraio 2017, n. G01721 Valutazione e certificazione dei requisiti dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425-DCA n. U00112 del 11.04.2016. (BUR n. 20 del 9.3.17)

LOMBARDIA

L.R. 3.3.17 n. 6 Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli IV, VI e VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) (BUR n. 10 dell'8.3.17)

DCR 21.2.17 , n. X/1440 Ordine del giorno concernente l'implementazione e sostegno alla rete delle «Scuole che promuovono salute in Lombardia» (BUR n. 10 del 9.3.17)

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1441 Ordine del giorno concernente la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale. (BUR n. 10 del 9.3.17)

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1443 Ordine del giorno concernente le risorse finanziarie per le farmacie dei servizi. (BUR n. 10 del 9.3.17)

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1446 Ordine del giorno concernente le iniziative finalizzate al benessere sociale attraverso l'attività fisica. (BUR n. 10 del 9.3.17)

DCR. 21 febbraio 2017 - n. X/1447 Ordine del giorno concernente la riduzione dell'inquinamento atmosferico e prevenzione delle malattie respiratorie. (BUR n. 10 del 9.3.17)

DCR. 21 febbraio 2017 - n. X/1448 Ordine del giorno concernente la diabetologia pediatrica . (BUR n. 10 del 9.3.17)

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1449 Ordine del giorno concernente la malattia diabetica. (BUR n. 10 del 9.3.17)

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1450 Ordine del giorno concernente le azioni di contrasto al tabagismo. . (BUR n. 10 del 10.3.17)

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1451 Ordine del giorno concernente la valorizzazione delle professioni alla luce dei nuovi compiti di prevenzione. . (BUR n. 10 del 10.3.17)

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1452 Ordine del giorno concernente le azioni realizzate con i fondi derivanti dalle attività sanzionatorie. (BUR n. 10 del 10.3.17)

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1453 Ordine del giorno concernente i percorsi terapeuticoassistenziali e attività fisica. (BUR n. 10 del 10.3.17)

PIEMONTE

DGR 13.2.17, n. 28-4666 - Disposizioni alle Aziende Sanitarie in materia di assunzioni di personale .(BUR n. 9 del 2.3.17)

DGR 13.2.17, n. 29-4667 - Screening neonatale esteso per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie: ulteriore sviluppo del programma di screening. .(BUR n. 9 del 2.3.17)

DGR 20.2.17, n. 22-4690 D.lgs. 502/1992 e s.m.i. Individuazione sede Comitato Etico di riferimento dell'ASL "Citta' di Torino". .(BUR n. 9 del 2.3.17)

PUGLIA

DGR 23.2.17, n. 218 - Misure urgenti in ambito sanitario - Affidamento all’Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.) dello sviluppo di un progetto finalizzato all’istituzione di un sistema di Logistica regionale farmaceutica centralizzata (HUB) a tecnologia avanzata.(BUR n. 28 del 7.3.17)

DGR 23.2.17, n. 219 - DGR n. 251 del 26/02/2009. DGR n. 1827 del 04/08/2010. DGR n. 424 del 10/3/2011. Percorso per l’erogazione a carico del SSR dei prodotti privi di glutine a favore degli assistiti celiaci della regione Puglia – Dematerializzazione dei buoni. .(BUR n. 28 del 7.3.17)

DGR 23.2.17, n. 220 DGR n. 1667 del 26/10/2016 “Regolamento Regionale 8 luglio 2016, n. 9 “Rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria per i Disturbi dello Spettro Autistico. Definizione del fabbisogno e dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali. Disposizioni attuative.” Modifica. .(BUR n. 28 del 7.3.17)

DGR 23.2.17, n. 226 - Approvazione del percorso di definizione dei Piani Diagnostico Terapeutici (PDT) e dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le Malattie rare – Istituzione “Tavolo farmaco/PDPA per le Malattie Rare”. (BUR n. 31 del 13.3.17)

DGR 28.2.17, n. 236 - D.lgs. 37/2010. Art. 24 del Patto della Salute 2014/2016. Costituzione della rete regionale della dispositivo vigilanza. .(BUR n. 28 del 7.3.17)

DGR 28.2.17, n. 239 Approvazione: “Regolamento Regionale: Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015”. (BUR n. 28 del 7.3.17)

REG.REG.LE 10 marzo 2017, n. 6 - “Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l’autorizzazione e l’accreditamento della Rete di assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare. Fabbisogno”. (LR 28-5-2004, n. 8 e ss. mm. ed ii. – art.3 – comma 1 – lett. a.)” (BUR n. 32 del 14.3.17)

DGR 28.2.17, n. 250 - Misure urgenti per la razionalizzazione della spesa farmaceutica - Interventi volti ad incrementare l’appropriatezza prescrittiva dei farmaci Inibitori della Pompa Protonica (IPP). (BUR n. 32 del 14.3.17)

DGR 28.2.17, n. 253 - Aggiornamento della Rete dei Presidi della Rete Nazionale (PRN) e Nodi della Rete Regionale Pugliese (RERP) accreditati per le malattie rare. (BUR n. 32 del 14.3.17)

SICILIA

DASS 3 febbraio 2017 - Linee guida di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici ed assistenziali per i disturbi del comportamento alimentare. Approvazione standards. (GURS n. 9 del 3.3.17)

TOSCANA

DGR 21.2.17, n. 132 - Approvazione delle Linee di indirizzo per le aziende sanitarie regionali per la somministrazione dei medicinali OSP in ambiente assimilabile all’ambiente ospedaliero predisposte dalla Commissione terapeutica regionale. (BUR n. 9 del 1.3.17)

UMBRIA

DGR 20.2.17, n. 134 - Presa d’atto Accordo di programma integrativo del 12 dicembre 2016 tra Regione Umbria e Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e delle finanze, per il settore degli investimenti sanitari ex art. 20, legge n. 67/1988. BUR n. 10 dell’8.3.17)

VENETO

DGR 21.2.17, 176 - Riapertura dei termini per la presentazione delle candidature per la designazione dei componenti di nomina regionale dei collegi sindacali delle aziende sanitarie ed ospedaliere del veneto. (BUR n. 24 del 3.3.17)

TUTELA DEI DIRITTI

LAZIO

Determinazione 24 febbraio 2017, n. G02255 Costituzione della Commissione di valutazione dei progetti di cui all’Avviso pubblico concernente il Piano di interventi ed azioni per la prevenzione, gestione e contrasto del fenomeno del bullismo e del cyber-bullismo di cui alla L.R. 24 Marzo 2016, n. 2, approvato con la Determinazione 23 dicembre 2016, n. G15946. (BUR n. 19 del 7.3.17)

DGR 22.2.17, n. 81 Legge regionale 19 marzo 2014 n. 4 e legge regionale 31 dicembre 2016 n. 17. Finalizzazione di risorse finanziarie per garantire la funzionalità e l’erogazione di servizi dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio istituite dalla Città metropolitana di Roma Capitale, dal 1 marzo 2017 al 31 marzo 2018. Importo: euro 720.357,17 Cap H41909 Missione 12.programma 04. Aggregato 1.04.04.01.000 es. fin 2017. Euro 216.107,15 Cap. H41909 Missione 12.programma 04. Aggregato 1.04.04.01.000, es. fin 2018. (BUR n. 19 del 7.3.17)

LOMBARDIA

DD. 1 marzo 2017 - n. 2167 Modalità attuative per l'attivazione di nuove reti territoriali interistituzionali anti violenza e di nuovi centri anti violenza all'interno di reti già attive mediante la sottoscrizione di accordi di collaborazione finalizzati allo sviluppo dei servizi e delle azioni per la prevenzione, il sostegno e il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne di cui alla d.g.r. n. 5878 del 28 novembre 2016. (BUR n. 10 del 7.3.17)

PIEMONTE

DPGR27 febbraio 2017, n. 6/R. - Regolamento regionale recante: "Attuazione della legge regionale 23 marzo 2016, n. 5 (Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale)". (BUR n. 9 del 2.3.17)

D.D. 13 dicembre 2016, n. 913 - PROTOCOLLO D'INTESA IN MATERIA DI INIZIATIVE CONTRO LE DISCRIMINAZIONI tra UNAR – Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni razziali, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità e REGIONE PIEMONTE – Direzione Coesione sociale. (BUR n. 9 del 2.3.17)

TOSCANA

RISOLUZIONE 14 febbraio 2017, n. 58 - In merito all'istituzione del Garante unico regionale dei diritti della persona. (BUR n. 9 del 1.3.17)

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 15 MARZO 2017, arretrati compresi

BILANCIO

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Conto riassuntivo del Tesoro al 31 dicembre 2016 - Situazione del bilancio dello Stato e situazione trimestrale dei debiti pubblici. (GU n. 50 del 1.3.17)

DIFESA DELLO STATO

LEGGE 8 marzo 2017 , n. 20

Istituzione della «Giornata nazionale della memoria e dell'impegno in ricordo delle vittime delle mafie». (GU n. 58 del 10.3.17)

Art. 1.

1 La Repubblica riconosce il giorno 21 marzo quale «Giornata nazionale della memoria e dell'impegno in ricordo delle vittime delle mafie».

2. La Giornata nazionale di cui al comma 1 non determina gli effetti civili di cui alla legge 27 maggio 1949, n. 260.

3 . In occasione della Giornata nazionale di cui al comma 1, gli istituti scolastici di ogni ordine e grado promuovono, nell'ambito della propria autonomia e competenza nonché delle risorse disponibili a legislazione vigente, iniziative volte alla sensibilizzazione sul valore storico, istituzionale e sociale della lotta alle mafie e sulla memoria delle vittime delle mafie. Al fine di conservare, rinnovare e costruire una memoria storica condivisa in difesa delle istituzioni democratiche, possono essere altresì organizzati manifestazioni pubbliche, cerimonie, incontri, momenti comuni di ricordo dei fatti e di riflessione, nonché iniziative finalizzate alla costruzione, nell'opinione pubblica e nelle giovani generazioni, di una memoria delle vittime delle mafie e degli avvenimenti che hanno caratterizzato la storia recente e i successi dello Stato nelle politiche di contrasto e di repressione di tutte le mafie. Le iniziative previste dal presente comma sono organizzate nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato. Data a Roma, addì 8 marzo 2017

AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

DELIBERA 15 febbraio 2017 Linee guida n. 7, di attuazione del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, recanti: «Linee guida per l'iscrizione nell'Elenco delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori che operano mediante affidamenti diretti nei confronti di proprie società in house previsto dall'art. 192 del decreto legislativo 50/2016». (Delibera n. 235). (BUR n. 61 del 14.3.17)

EDILIZIA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA Indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, relativi al mese di gennaio 2017, che si pubblicano ai sensi dell'art. 81 della legge 27 luglio 1978, n. 392 (Disciplina delle locazioni di immobili urbani), ed ai sensi dell'art. 54 della legge del 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica). GU n. 55 del 7.5.17)

NB

Si fa rinvio alla lettura integrale del testo

PREVIDENZA

COMMISSIONE DI VIGILANZA SUI FONDI PENSIONE

DELIBERA 22 febbraio 2017- Modifiche a precedenti deliberazioni del 25 maggio 2016. (GU n. 52 del 3.3.17)

LA COMMISSIONE DI VIGILANZA SUI FONDI PENSIONE

Visto il decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 (di seguito: decreto n. 252/2005), recante «Disciplina delle forme pensionistiche complementari»;

Visto l'art. 19, comma 2, del decreto n. 252/2005 che prevede che la Commissione di vigilanza sui fondi pensione (di seguito: COVIP) esercita la vigilanza su tutte le forme pensionistiche complementari anche mediante l'emanazione di istruzioni di carattere generale e particolare;

Visto l'art. 19, comma 2, lettera g) , del decreto n. 252/2005 che attribuisce alla COVIP il potere di dettare disposizioni in materia di trasparenza delle forme pensionistiche complementari, sia per la fase inerente alla raccolta delle adesioni, sia per quella concernente l'informativa periodica agli aderenti; Vista la propria deliberazione del 25 maggio 2016, con la quale sono state apportate «Modifiche alla deliberazione del 31 gennaio 2008 recante le “Istruzioni per la redazione del Progetto esemplificativo: stima della pensione complementare” e ulteriori disposizioni»;

Vista la propria deliberazione del 25 maggio 2016, con la quale sono state apportate «Modifiche e integrazioni alla deliberazione COVIP del 31 ottobre 2006, “Adozione degli schemi di statuto, di regolamento e di nota informativa, ai sensi dell'articolo 19, comma 2, lettera g) del decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252”, nella parte relativa allo schema di nota informativa»;

Vista la propria deliberazione del 25 maggio 2016, con la quale è stato approvato il nuovo «Regolamento sulle modalità di adesione alle forme pensionistiche complementari»;

Rilevata l'esigenza di modificare i termini entro i quali le forme pensionistiche complementari sono tenute ad adeguarsi alle nuove previsioni introdotte dalle deliberazioni del 25 maggio 2016 sopra citate, così da agevolarne l'adeguamento da parte delle forme pensionistiche complementari;

Visto l'art. 23 della legge 28 dicembre 2005, n. 262 recante «Disposizioni per la tutela del risparmio e la disciplina dei mercati finanziari»;

Ritenuto di non dover sottoporre la presente deliberazione a pubblica consultazione in quanto volta meramente a spostare, a favore delle forme pensionistiche complementari, i termini entro i quali le predette forme sono tenute ad adeguarsi alle nuove disposizioni adottate dalla COVIP con i provvedimenti normativi del 25 maggio 2016;

Delibera di apportare le seguenti modifiche ed integrazioni alle proprie deliberazioni del 25 maggio 2016;

Art. 1.

Deliberazione del 25 maggio 2016 con la quale sono state apportate «Modifiche alla deliberazione del 31 gennaio 2008 recante le “Istruzioni per la redazione del Progetto esemplificativo: stima della pensione complementare” e ulteriori disposizioni» 1 . L’art. 3, comma 2, della deliberazione del 25 maggio 2016, recante «Modifiche alla deliberazione del 31 gennaio 2008 con la quale sono state dettate istruzioni per la redazione del “Progetto esemplificativo: stima della pensione complementare” è sostituito dal seguente:

“2. Le forme pensionistiche complementari adeguano i propri documenti alla presente deliberazione entro il 31 maggio 2017”.».

Art. 2.

Deliberazione del 25 maggio 2016, con la quale sono state apportate «Modifiche e integrazioni alla deliberazione COVIP del 31 ottobre 2006, “Adozione degli schemi di statuto, di regolamento e di nota informativa, ai sensi dell’articolo 19, comma 2, lettera g) del decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252”, nella parte relativa allo schema di nota informativa» 1 . L’ultimo periodo dell’ultimo capoverso della deliberazione del 25 maggio 2016 recante «Modifiche e integrazioni alla deliberazione COVIP del 31 ottobre 2006 “Adozione degli schemi di statuto, di regolamento e di nota informativa, ai sensi dell’art. 19, comma 2, lettera g) del decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252”, nella parte relativa allo schema di nota informativa è sostituito dal seguente: “Le forme pensionistiche complementari adeguano i propri documenti alla presente deliberazione entro il 31 maggio 2017”.».

Art. 3. Deliberazione del 25 maggio 2016, con la quale è stato approvato il nuovo «Regolamento sulle modalità di adesione alle forme pensionistiche complementari» 1. La data di entrata in vigore della deliberazione del 25 maggio 2016 con la quale è stato approvato il nuovo «Regolamento sulle modalità di adesione alle forme pensionistiche complementari» è spostata al 1° giugno 2017. 2 . Per l’anno 2017, l’aggiornamento della Nota informativa previsto dall’art. 4, comma 6, del «Regolamento sulle modalità di adesione alle forme pensionistiche complementari», è da effettuarsi entro il mese di maggio 2017. Roma, 22 febbraio 2017 Il Presidente: PADULA

DELIBERA 22 febbraio 2017 - Modifiche alla deliberazione del 22 luglio 2010 recante «Disposizioni in materia di comunicazioni agli iscritti». . (GU n. 52 del 3.3.17)

LA COMMISSIONE DI VIGILANZA SUI FONDI PENSIONE

Visto il decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 (di seguito: decreto n. 252/2005), recante «Disciplina delle forme pensionistiche complementari»;

Visto l’art. 19, comma 2, del decreto n. 252/2005 che prevede che la Commissione di vigilanza sui fondi pensione (di seguito: COVIP) esercita la vigilanza su tutte le forme pensionistiche complementari anche mediante l’emanazione di istruzioni di carattere generale e particolare;

Visto l’art. 19, comma 2, lettera g) , del decreto n. 252/2005 che attribuisce alla COVIP il potere di dettare disposizioni in materia di trasparenza delle forme pensionistiche complementari, sia per la fase inerente alla raccolta delle adesioni, sia per quella concernente l’informativa periodica agli aderenti;

Vista la propria deliberazione del 22 luglio 2010 recante «Disposizioni in materia di comunicazioni agli iscritti»;

Vista la propria deliberazione del 25 maggio 2016, con la quale sono state apportate modifiche alla deliberazione del 31 gennaio 2008 con la quale sono state dettate istruzioni per la redazione del «Progetto esemplificativo: stima della pensione complementare»; V ista la propria deliberazione del 25 maggio 2016, con la quale sono state apportate modifiche alla deliberazione COVIP del 31 ottobre 2006, nella parte relativa allo schema di nota informativa;

Vista la propria deliberazione del 25 maggio 2016, con la quale è stato approvato il nuovo regolamento sulle modalità di adesione alle forme pensionistiche complementari;

Rilevata l'esigenza di modificare la citata deliberazione del 22 luglio 2010, recante «Disposizioni in materia di comunicazioni agli iscritti», al fine di adeguarne il contenuto alle disposizioni adottate con le deliberazioni del 25 maggio 2016 sopra citate;

Visto l'art. 23 della legge 28 dicembre 2005, n. 262 recante «Disposizioni per la tutela del risparmio e la disciplina dei mercati finanziari»;

Ritenuto di non dover sottoporre la presente deliberazione a pubblica consultazione in quanto volta meramente ad adeguare una precedente deliberazione alle nuove disposizioni adottate dalla COVIP, anche a seguito di pubbliche consultazioni, con i provvedimenti normativi del 25 maggio 2016;

Delibera di apportare le seguenti modifiche ed integrazioni alla propria deliberazione del 22 luglio 2010 recante «Disposizioni in materia di comunicazioni agli iscritti»:

1. Alla voce 1. COMUNICAZIONE PERIODICA:

a) nel paragrafo ADEMPIMENTI: 1) il quarto capoverso è sostituito dal seguente: «Unitamente alla comunicazione periodica è trasmesso, da parte delle forme pensionistiche a ciò tenute, il documento aggiornato 'La mia pensione complementare' versione personalizzata.»; 2) il quinto capoverso è sostituito dal seguente: «La comunicazione periodica è trasmessa in formato cartaceo o mediante posta elettronica all'indirizzo dell'aderente previamente acquisito dalla forma pensionistica. Il fondo individua le modalità con le quali è possibile esprimere la scelta della trasmissione della comunicazione periodica, nonché le modalità con le quali tale scelta può essere modificata.»;

b) nel paragrafo SCHEMA: 1) la seguente frase «“Unitamente alla presente comunicazione è trasmesso il Progetto esemplificativo personalizzato. Il progetto rappresenta una stima dell'evoluzione tempo per tempo della posizione individuale e dell'importo della prestazione complementare attesa”» è sostituita dalla seguente: «“Unitamente alla presente comunicazione è trasmesso il documento 'La mia pensione complementare' versione personalizzata. Il documento fornisce una proiezione tempo per tempo della posizione individuale e dell'importo della prestazione complementare attesa.” »;

c) nel sottoparagrafo PARTE PRIMA DATI RELATIVI ALLA POSIZIONE INDIVIDUALE: 1) nella Sezione 1- Dati identificativi, aggiungere alla fine tra le AVVERTENZE la seguente: «- Si ricorda che i dati personali in possesso del Fondo sono trattati nel rispetto del decreto legislativo n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e, in tale ambito, sono trasmessi a soggetti o a società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali all'attività del fondo medesimo, nonché alla Commissione di vigilanza sui fondi pensione (COVIP) per i compiti istituzionali dell'Autorità, e ad altri organi di vigilanza nei casi previsti dalla normativa vigente»; 2) nella Sezione 2 – Dati riepilogativi al 31 dicembre ****: il secondo capoverso è sostituito dal seguente: «Riportare il valore della posizione individuale alla fine dell'anno di riferimento secondo le istruzioni contenute nella Sezione 3 nonché il rendimento e il TER della linea di investimento prescelta dall'aderente relativi all'anno di riferimento. Spiegare che il dato sul rendimento è al netto della tassazione e degli oneri sostenuti e che differisce da quello della posizione individuale, che risente del momento in cui le entrate e le uscite si sono realizzate, richiamando la nota alla Tabella Entrate e Uscite – Sezione 3. Fornire una sintetica spiegazione del significato del TER. Il rendimento e il TER sono calcolati con la metodologia indicata nello schema di Nota informativa.»; il punto elenco è sostituito dal seguente: «- Per i PIP con prestazioni collegate a gestioni interne separate, indicare il tasso di rendimento da retrocedere agli aderenti.» 3) nella «Sezione 3 – Posizione individuale maturata»: la nota (2) è sostituita dalla seguente: « 2 Precisare che si tratta della variazione della posizione individuale realizzata nell'anno di riferimento come risultato della gestione. Spiegare che questo valore differisce da quello che si ricaverebbe applicando alla posizione individuale il rendimento del comparto (Sezione 2), in quanto risente dei costi diretti e del momento in cui le entrate e le uscite si sono realizzate.»; la seguente

AVVERTENZA: «È importante che l'aderente verifichi periodicamente che le caratteristiche della linea di investimento a cui è iscritto corrispondano alle proprie esigenze previdenziali. In tale verifica egli deve tenere conto dell'età, del bilancio familiare, degli obiettivi previdenziali, della personale propensione al rischio e di eventuali altre forme di risparmio personale» è sostituita dalla seguente: «È importante che l'aderente verifichi periodicamente che le caratteristiche della linea di investimento a cui è iscritto corrispondano alle proprie esigenze previdenziali. In tale verifica egli deve tenere conto dell'età, del reddito, della situazione lavorativa, degli obiettivi previdenziali, della possibilità di oscillazioni di valore della posizione individuale e della capacità di risparmio personale.»; il seguente capoverso: «Indicare il rendimento medio composto della linea di investimento scelta dall'aderente, su base annua, nel corso dell'anno di riferimento, degli ultimi 3, 5, 10 anni in confronto con il rendimento del benchmark, se previsto (4).» È sostituito dal seguente: «Indicare il rendimento medio composto della linea di investimento scelta dall'aderente, su base annua, nel corso dell'anno di riferimento, degli ultimi 3, 5, 10 anni in confronto con il rendimento del benchmark, o di altro indicatore di rendimento (4).»; nella nota (4), dopo la parola benchmark sono aggiunte le seguenti parole: «o dell'indicatore di rendimento»;

d) nel sottoparagrafo PARTE SECONDA – INFORMAZIONI GENERALI: il seguente capoverso: «Indicare le situazioni di conflitto di interesse rilevanti ai sensi dell'art. 8, comma 7, del decreto ministeriale Tesoro n. 703/1996» è soppresso; nell'ottavo capoverso il terzo alinea è sostituito dal seguente «- il motore di calcolo che consente la realizzazione di simulazioni personalizzate dell'evoluzione tempo per tempo della propria posizione individuale e dell'importo della prestazione complementare attesa (La mia pensione complementare, versione personalizzata)». 3. Alla voce 3. ALTRE INFORMATIVE IN CORSO D'ANNO: a) il penultimo capoverso è sostituito dal seguente: «Per le forme pensionistiche complementari non v'è obbligo di pubblicazione periodica del valore unitario della quota. Infatti, considerato che l'orizzonte temporale rilevante per la valutazione dell'andamento degli investimenti dei fondi pensione è il medio-lungo termine, l'informativa fornita agli iscritti nei documenti diffusi dai fondi risulta soddisfacente a realizzare la suddetta finalità.».

La presente deliberazione entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Le forme pensionistiche complementari adeguano i propri documenti alla presente deliberazione entro il 31 maggio 2017 e entro tale data provvedono all'invio delle comunicazioni periodiche per l'anno 2017, secondo il nuovo schema risultante per effetto delle modifiche che approvate in data odierna. Roma, 22 febbraio 2017 I l Presidente: PADULA

DELIBERA 22 febbraio 2017 . Modifiche alla deliberazione del 21 marzo 2007 recante «Istruzioni sugli annunci pubblicitari relativi alle forme pensionistiche complementari».. (GU n. 52 del 3.3.17)

LA COMMISSIONE DI VIGILANZA SUI FONDI PENSIONE

Visto il decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 (di seguito: decreto n. 252/2005), recante «Disciplina delle forme pensionistiche complementari»;

Visto l'art. 19, comma 2, del decreto n. 252/2005 che prevede che la Commissione di vigilanza sui fondi pensione (di seguito: COVIP) esercita la vigilanza su tutte le forme pensionistiche complementari anche mediante l'emanazione di istruzioni di carattere generale e particolare;

Visto l'art. 19, comma 2, lettera g) del decreto n. 252/2005 che attribuisce alla COVIP il compito di vigilare sulle modalità di pubblicità, con facoltà di sospendere o vietare la raccolta delle adesioni in caso di violazione delle disposizioni stesse;

Vista la propria deliberazione del 21 marzo 2007 recante «Istruzioni sugli annunci pubblicitari relativi alle forme pensionistiche complementari»; Vista la propria deliberazione del 25 maggio 2016, con la quale sono state apportate modifiche alla deliberazione del 31 gennaio 2008 con la quale sono state dettate istruzioni per la redazione del «Progetto esemplificativo: stima della pensione complementare»;

Vista la propria deliberazione del 25 maggio 2016, con la quale sono state apportate modifiche alla deliberazione COVIP del 31 ottobre 2006, nella parte relativa allo schema di nota informativa;

Vista la propria deliberazione del 25 maggio 2016, con la quale è stato approvato il nuovo regolamento sulle modalità di adesione alle forme pensionistiche complementari;

Rilevata l'esigenza di modificare la citata deliberazione del 21 marzo 2007, recante «Istruzioni sugli annunci pubblicitari relativi alle forme pensionistiche complementari», al fine di adeguarne il contenuto alle disposizioni adottate con le deliberazioni del 25 maggio 2016 sopra citate;

Visto l'art. 23 della legge 28 dicembre 2005, n. 262 recante «Disposizioni per la tutela del risparmio e la disciplina dei mercati finanziari»;

Ritenuto di non dover sottoporre la presente deliberazione a pubblica consultazione in quanto volta meramente ad adeguare una precedente deliberazione alle nuove disposizioni adottate dalla COVIP, anche a seguito di pubbliche consultazioni, con i provvedimenti normativi del 25 maggio 2016;

Delibera di approvare le seguenti modifiche e integrazioni alla propria deliberazione del 21 marzo 2007 recante «Istruzioni sugli annunci pubblicitari relativi alle forme pensionistiche complementari»: 1) all'art. 2, il comma 3 è sostituito dal seguente: « 3. Nell'annuncio occorre specificare che il messaggio riguarda una o più forme pensionistiche complementari e va richiamata la necessità di leggere prima dell'adesione, la Sezione I della Nota informativa 'Informazioni chiave per l'aderente', e di precisare che maggiori informazioni sulla forma pensionistica sono rinvenibili nella Nota informativa completa, nello statuto/regolamento e, per i PIP, anche nelle condizioni generali di contratto, disponibili sul sito web del fondo. Ogni annuncio deve recare, in modo leggibile, la seguente avvertenza "Messaggio promozionale riguardante forme pensionistiche complementari – prima dell'adesione leggere la Sezione I della Nota informativa 'Informazioni chiave per l'aderente'.»; 2) all'art. 3, comma 1:

a) nella lettera a) è soppresso l'ultimo periodo;
 b) la lettera d) è sostituita dalla seguente: « d) rappresentare i rendimenti della gestione al netto degli oneri gravanti indirettamente sull'aderente e degli oneri fiscali». La presente deliberazione entra in vigore il 1° giugno 2017.

Roma, 22 febbraio 2017

Il Presidente: PADULA

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 2 febbraio 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «La Tana libera tutti - società cooperativa sociale», in Cannara e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 51 del 2.3.17)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Vista l'istanza con la quale la Lega nazionale delle cooperative e mutue ha chiesto che la società «La Tana libera tutti - società cooperativa sociale» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

Considerato quanto emerge dalla situazione patrimoniale aggiornata al 31 dicembre 2015 da cui si evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di €

56.222,00, si riscontra una massa debitoria di € 139.300,00 ed un patrimonio netto negativo di € 84.677,00;

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

Preso atto che la comunicazione di avvio dell'istruttoria, avvenuta tramite posta elettronica certificata non risulta essere stata consegnata e che la successiva raccomandata inviata alla sede legale della cooperativa è stata restituita con la dicitura «trasferito»;

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

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «La Tana libera tutti - società cooperativa sociale», con sede in Cannara (Perugia), (codice fi scale 02727480549) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies c.c. Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore la dott.ssa Lorena Bucari nata a Gualdo Tadino (Perugia) il 23 agosto 1973 (codice fi scale BCRLRN73M63E230C) e domiciliata in Foligno (Perugia) in via Sabotino n. 1/D.

Art. 2.

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

DECRETO 17 febbraio 2017- Revoca del consiglio di amministrazione della «Cooperativa sociale Massimiliano Kolbe Onlus», in Barzanò, e nomina del commissario governativo. (GU n. 51 del 2.3.17)

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

Visto l'art. 2545 -sexiesdecies del codice civile; V ista la legge n. 241/1990 e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto il decreto legislativo n. 165/2001, con particolare riferimento all'art. 4 secondo comma;

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

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 158 del 5 dicembre 2013, «Regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico»;

Viste le risultanze del verbale di revisione ordinaria disposta nei confronti della cooperativa sociale «Cooperativa sociale Massimiliano Kolbe Onlus», conclusa il 17 giugno 2016 e del successivo accertamento ispettivo concluso in data 16 settembre 2016 con la proposta di adozione del provvedimento di gestione commissariale di cui all'art. 2545 -sexiesdecies del codice civile;

Tenuto conto che dalle citate risultanze ispettive si rileva che la cooperativa era stata diffidata a sanare nel termine di novanta giorni le criticità riscontrate in sede di rilevazione e che, in sede di accertamento, non risultava sanata nessuna delle seguenti criticità rilevate in sede di rilevazione e precisamente: non è stato modificato lo statuto con l'adozione delle norme che disciplinano le S.p.A. a seguito del superamento nel bilancio 2015 dei parametri di cui all'art. 2519 comma 2 del codice civile né sono stati introdotti i criteri per la disciplina dei ristorni ai sensi dell'art. 2521, comma 3, n. 8 e art. 2545 -sexies del codice civile; non è stato integrato il regolamento ex art. 6 della legge n. 142/2001 introducendo il riferimento espresso alla normativa vigente in materia di

rapporti di lavoro diversi da quello subordinato (lettera c) nonché la disciplina dei piani di crisi aziendale (lettera d ed e) ; inoltre dal regolamento non è stata espunta la possibilità del CdA di predisporre tabelle retributive alternative che sostituiscono il trattamento economico del CCNL, in contrasto con le previsioni dell'art. 6, comma 2, legge n. 142/2001; non è stato aggiornato il libro soci in merito alla distinzione delle quote sottoscritte ed effettivamente versate secondo le previsioni dell'art. 2421, comma 1, n. 1 del codice civile; non sono stati forniti chiarimenti sulle posizioni dei soci volontari, in relazione alle attività effettivamente svolte nella cooperativa e alla copertura INAIL obbligatoria; non è stata modificata la composizione del CdA, interamente costituita da soci volontari, in contrasto con le previsioni dell'art. 1, comma 2, della legge n. 142/2001 laddove prevede che «i soci lavoratori di cooperativa concorrono alla gestione dell'impresa partecipando alla formazione degli organi sociali e alla definizione della struttura di direzione e conduzione dell'impresa»; inoltre dalla consultazione del registro delle imprese si riscontra che è stata comunicata la nomina di 7 componenti del CdA mentre risultano solo sei nominativi iscritti; non risulta chiarita e regolarizzata la posizione INAIL dei soci lavoratori; Vista la nota n. 349188 trasmessa via PEC in data 8 novembre 2016, con la quale è stato comunicato, ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, l'avvio del procedimento per l'adozione del provvedimento di gestione commissariale ex art. 2545 -sexiesdecies del codice civile, risultata regolarmente consegnata nella casella di posta certificata della cooperativa; Considerato che non sono pervenute controdeduzioni in ordine all'avvio del procedimento;

Ritenuti sussistenti i presupposti per l'adozione del provvedimento di gestione commissariale ai sensi dell'art. 2545 -sexiesdecies del codice civile;

Visto il parere favorevole espresso all'unanimità dal Comitato centrale per le cooperative in data 23 novembre 2016;

Considerata la specifica peculiarità della procedura di gestione commissariale, disposta ai sensi dell'art. 2545 -sexiesdecies del codice civile che prevede che l'Autorità di vigilanza, in caso di irregolare funzionamento dell'ente, ne revochi gli amministratori e ne affidi la gestione ad un commissario, determinando poteri e durata dell'incarico;

Tenuto conto che trattasi di provvedimento sanzionatorio che incide sul principio di autodeterminazione della cooperativa, che viene disposto di prassi per un periodo di sei mesi, salvo eccezionali motivi di proroga;

Tenuto conto, altresì, che tali ragioni rendono necessaria la massima tempestività nel subentro nella gestione affinché il professionista incaricato prenda immediatamente in consegna l'ente e proceda rapidamente alla sua regolarizzazione;

Ritenuto opportuno, quindi, scegliere il nominativo del commissario nell'ambito dei soggetti iscritti nella banca dati del Ministero, articolata su base regionale, sulla base delle attitudini professionali e dell'esperienza come risultanti dai relativi curricula e dalla disponibilità all'assunzione dell'incarico preventivamente acquisita, al fine di garantire una tempestiva ed efficace assunzione di funzioni da parte del professionista prescelto, funzionale alle specificità della procedura come sopra illustrata; Considerati gli specifici requisiti professionali come risultanti dal curriculum vitae dell'avv.

Francesca Rusconi;

Decreta:

Art. 1.

Il consiglio di amministrazione della società cooperativa «Cooperativa sociale Massimiliano Kolbe Onlus», con sede in Barzanò (LC) C.F. 02352480137, costituita in data 9 dicembre 1997, è revocato.

Art. 2.

L'avv. Francesca Rusconi nata a Lecco il 9 dicembre 1973 (C.F. RSCFNC73T49E507V), domiciliata in Valmadrera (LC) via Resegone, 23 è nominato commissario governativo della suddetta cooperativa per un periodo di 6 mesi a decorrere dalla data del presente decreto.

Art. 3.

Al nominato commissario governativo sono attribuiti i poteri del consiglio di amministrazione; lo stesso commissario dovrà provvedere alla regolarizzazione dell'ente attraverso la risoluzione delle problematiche evidenziate in sede di revisione, cui si rinvia.

Art. 4.

Il compenso spettante al commissario governativo sarà determinato in base ai criteri di cui al decreto ministeriale 22 gennaio 2002. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo regionale. Roma, 17 febbraio 2017

Il direttore generale: MOLETI

DECRETO 10 febbraio 2017

Liquidazione coatta amministrativa della «I Care Ancora Società cooperativa sociale», in Arezzo e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 54 del 6.3.17)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 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 Uecoop Unione Europea delle Cooperative ha chiesto che la società «I Care Ancora Società cooperativa sociale» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio al 31 dicembre 2015, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 205.320,00 si riscontra una massa debitoria di € 270.983,00 ed un patrimonio netto negativo pari ad € - 81.433,00;

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 della società ha comunicato formalmente la propria rinuncia alla presentazione di osservazioni e/o controdeduzioni;

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «I Care Ancora Società cooperativa sociale», con sede in Arezzo (AR), (codice fi scale 01933460519) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies codice civile; Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae, è nominato commissario liquidatore il dott. Luca Belleggi (codice fi scale BLL LCU 79B23 F499A), nato a Montefiascone (VT) il 23 febbraio 1979 domiciliato a Firenze, viale Gramsci, n. 15.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

+ Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge. Roma, 10 febbraio 2017 D'ordine del Ministro

Il Capo di Gabinetto ORSINI

DECRETO 10 febbraio 2017 - Liquidazione coatta amministrativa della «Esedra - Società cooperativa sociale in liquidazione», in Cantù e nomina del commissario liquidatore.

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

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

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

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese e dalla situazione patrimoniale al 1° dicembre 2016, da cui si evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 5.180.218,00, si riscontra una massa debitoria di €6.040.622,00 ed un patrimonio netto negativo di € - 955.290,00; Vista la nota con la quale la Confcooperative ha richiesto l'urgenza per la procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Considerato che in data 3 febbraio 2017 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 della suddetta società, in data 6 febbraio 2017, ha comunicato formalmente di rinunciare alla presentazione di osservazioni e/o controdeduzioni;

Visto l'art. 2545 -terdecies 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 «Esedra - Società cooperativa sociale in liquidazione», con sede in Cantù (CO) (codice fiscale 02132350139) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies codice civile; Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore il dott. Fabio Maria Palmieri, (codice fiscale PLMFMR62L16D416H) nato a Erba (CO) il 16 luglio 1962, e domiciliato in Como (CO), via Giuseppe Ferrari, n. 14.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

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

Roma, 10 febbraio 2017

D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto O RSINI

DECRETO 14 febbraio 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Abitus società cooperativa sociale», in Roma e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 61 del 14.3.17)

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; Viste le risultanze ispettive concluse con la proposta di adozione del provvedimento di gestione commissariale ex art 2545- sexiesdecies c.c. nei confronti della Abitus Società Cooperativa Sociale;

Vista l'istruttoria effettuata dalla competente Divisione VI 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, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio al 31 dicembre 2013, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 333.907,00, si riscontra una massa debitoria di € 366.082,00 ed un patrimonio netto negativo di € - 40.199,00;

Considerato che in data 5 maggio 2016 e 26 maggio 2016 è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990 n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati, che non hanno formulato osservazioni e/o controdeduzioni;

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

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

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 artt. 2545 -sexiesdecies , 2545 -septiesdecies , secondo comma e 2545- octiesdecies del Codice civile», pubblicata sul sito internet del Ministero;

Decreta:

Art. 1.

La «Abitus Società Cooperativa Sociale», con sede in Roma (codice fi scale n. 10669881004) 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. Roberto Pera, nato a Roma il 4 luglio 1967 (codice fi scale PRERRT67L04H501Y), e ivi domiciliato in via Mar della Cina n. 166.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del Commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge. Roma, 14 febbraio 2017

Il Ministro: CALENDÀ

DECRETO 14 febbraio 2017 - Liquidazione coatta amministrativa della «Foglie D'Albero società cooperativa sociale Onlus in liquidazione», in Frascati e nomina del commissario liquidatore.

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;

Viste le risultanze ispettive dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della «Foglie D'Albero Società Cooperativa Sociale Onlus in Liquidazione»;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio al 31 dicembre 2014, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 995.904,00, si riscontra una massa debitoria pari ad € 1.255.153,00 ed un patrimonio netto negativo pari ad € - 259.249,00;

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

Preso atto che la comunicazione di avvio dell'istruttoria, avvenuta tramite posta elettronica certificata, non risulta essere stata consegnata e che la successiva raccomandata inviata alla sede legale della cooperativa è tornata indietro con la dicitura «compiuta giacenza» e che, pertanto, non sono pervenute 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; 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 artt. 2545 -sexiesdecies, 2545 -septiesdecies, secondo comma e 2545- octiesdecies del Codice civile», pubblicata sul sito internet del Ministero;

Decreta:

Art. 1.

La «Foglie D'Albero Società Cooperativa Sociale Onlus in Liquidazione», con sede in Frascati (RM) (codice fi scale n. 05337231004) 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 D'Agostino nato a Roma il 1° febbraio 1954 (codice fiscale DGSMSM54B01HSO1U), e ivi domiciliato in via Monte Bianco, n. 91.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del Commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge. Roma, 14 febbraio 2017

Il Ministro: CALENDA

DECRETO 20 febbraio 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «La Luna società cooperativa sociale - Onlus», in Montanaso Lombardo e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 61 del 14.3.17)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Vista la sentenza del 16 dicembre 2016 n. 70/16 del Tribunale di Lodi con la quale è stato dichiarato lo stato d'insolvenza della società cooperativa «La Luna società cooperativa sociale - Onlus»; Considerato che ex art. 195, comma 4 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267 la stessa è stata comunicata all'autorità competente perché disponga la liquidazione ed è inoltre notificata,

affissa e resa pubblica nei modi e nei termini stabiliti per la sentenza dichiarativa dello stato di fallimento;

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

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

Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267; Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è stato estratto attraverso un sistema informatico, a cura della competente direzione generale, da un elenco selezionato su base regionale e in considerazione delle dichiarazioni di disponibilità all'assunzione dell'incarico presentate dai professionisti interessati, ai sensi della nota in data 25 giugno 2015, contenente «Aggiornamento della banca dati dei professionisti interessati alla attribuzione di incarichi ex artt. 2545 -sexiesdecies , 2545 -septiesdecies , secondo comma e 2545- octiesdecies c.c.», pubblicata sul sito internet del Ministero;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «La Luna società cooperativa sociale - Onlus», con sede in Montanaso Lombardo (Lodi) (codice fi scale n. 11043060158) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies c.c. Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore l'avv. Stefano Colombetti (codice fiscale CLMSFN76P26D8690) nato a Gallarate (Varese) il 26 settembre 1976, domiciliato in Milano (Mi), via Podgora, n. 15.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della pubblica amministrazione, ove sussistano i presupposti di legge. Roma, 20 febbraio 2017

Il Ministro: CALENDIA

DECRETO 20 febbraio 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Mai Soli società cooperativa sociale», in Milano e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 61 del 14.3.17)

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;

Viste le risultanze ispettive dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della società cooperativa «Mai Soli società cooperativa sociale»;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle Imprese, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio al 31 dicembre 2014, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 3.777,00, si riscontra una massa debitoria di € 36.626,00 ed un patrimonio netto negativo di € -32.885,00;

Considerato che in data 22 agosto 2016 tramite posta elettronica certificata e con successiva raccomandata del 2 settembre 2016 è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto

1990 n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati, che non hanno formulato osservazioni e/o controdeduzioni;

Visto l'art. 2545 -terdecies 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;

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Mai Soli società cooperativa sociale», con sede in Milano (MI) (codice fiscale 06994750963) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies c.c. Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore il dott. Maurizio Pellizzer, nato a Monzambano (Mantova) il 25 dicembre 1961 (codice fiscale PLLMRZ61T25F705N), e domiciliato in Mantova (MN), via Cremona, n. 29.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge. Roma, 20 febbraio 2017

Il Ministro: CALENDÀ

17A01925

REGIONI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 21 febbraio 2017 , n. 21
Regolamento recante criteri e modalità di attuazione dell'articolo 10, comma 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 243, in materia di ricorso all'indebitamento da parte delle regioni e degli enti locali, ivi incluse le modalità attuative del potere sostitutivo dello Stato, in caso di inerzia o ritardo da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. (GU n. 59 dell'11.3.17)

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Vista la legge 23 agosto 1988, n. 400, recante disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri; Vista la legge 24 dicembre 2012, n. 243, recante disposizioni per l'attuazione del principio del pareggio di bilancio ai sensi dell'articolo 81, sesto comma, della Costituzione;

Visto l'articolo 9, comma 1, della citata legge n. 243 del 2012, che prevede che i bilanci delle regioni, dei comuni, delle province, delle città metropolitane e delle province autonome di Trento e di Bolzano si considerano in equilibrio quando, sia nella fase di previsione che di rendiconto, conseguono un saldo non negativo, in termini di competenza, tra le entrate finali e le spese finali, come eventualmente modificato ai sensi dell'articolo 10 della stessa legge;

Visto l'articolo 10 della legge n. 243 del 2012, che disciplina il ricorso all'indebitamento da parte delle regioni e degli enti locali;

Visti i commi 1 e 2 del richiamato articolo 10 che prevedono che le operazioni di indebitamento - consentite per finanziare esclusivamente spese di investimento - sono effettuate solo contestualmente all'adozione di piani di ammortamento di durata non superiore alla vita utile dell'investimento, nei quali sono evidenziate l'incidenza delle obbligazioni assunte sui singoli esercizi finanziari futuri, nonché le modalità di copertura degli oneri corrispondenti;

Visto, in particolare, il comma 3 del predetto articolo 10, che prevede che le suddette operazioni di indebitamento e le operazioni di investimento realizzate attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione degli esercizi precedenti sono effettuate sulla base di apposite intese concluse in ambito regionale che garantiscano, per l'anno di riferimento, il rispetto del saldo di cui al richiamato articolo 9, comma 1, della citata legge n. 243 del 2012, del complesso degli enti territoriali della regione interessata, compresa la medesima regione;

Visto, altresì, il comma 4 del predetto articolo 10, che prevede che le richiamate operazioni di indebitamento e di investimento, realizzate attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione degli esercizi precedenti non soddisfatte dalle intese di cui al comma 3, sono effettuate sulla base dei patti di solidarietà nazionali, fermo restando il rispetto del saldo di cui al richiamato articolo 9, comma 1, del complesso degli enti territoriali;

Visto il comma 5 del citato articolo 10, che prevede che, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare d'intesa con la Conferenza unificata, sono disciplinati criteri e modalità di attuazione delle disposizioni di cui al medesimo articolo 10, ivi incluse le modalità attuative del potere sostitutivo dello Stato, in caso di inerzia o ritardo da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano;

Considerato altresì che il comma 5 del richiamato articolo 10 prevede che lo schema di decreto in parola è trasmesso alle Camere per l'espressione del parere delle Commissioni parlamentari competenti per i profili di carattere finanziario che devono esprimersi entro quindici giorni dalla trasmissione, decorsi i quali il decreto può essere comunque adottato;

Visto l'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di attuazione dell'articolo 120 della Costituzione sul potere sostitutivo;

Visto il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42;

Visto il decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, recante attuazione dell'articolo 30, comma 9, lettere e) , f) e g) , della legge 31 dicembre 2009, n. 196, in materia di procedure di monitoraggio sullo stato di attuazione delle opere pubbliche, di verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti e costituzione del Fondo opere e del Fondo progetti e, in particolare, l'articolo 2 che prevede l'istituzione presso il Ministero dell'economia e delle finanze della banca dati per il monitoraggio delle opere pubbliche (BDAP-MOP);

Visti i commi 506, 507 e 508 dell'articolo 1 della legge 11 dicembre 2016, n. 232, recanti misure sanzionatorie a carico degli enti territoriali in caso di mancata intesa regionale, inutilizzo degli spazi finanziari concessi in attuazione delle intese regionali e dei patti di solidarietà nazionale ovvero mancata trasmissione delle informazioni richieste;

Ravvisata l'opportunità di procedere all'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri al fine di definire i criteri e le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al richiamato articolo 10 della legge n. 243 del 2012, ivi incluse le modalità attuative del potere sostitutivo dello Stato;

Acquisita l'intesa con la Conferenza unificata nella seduta del 1° dicembre 2016;

Udito il parere del Consiglio di Stato espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi, nell'Adunanza del 12 gennaio 2017; Acquisiti i pareri della V commissione della Camera dei deputati in data 7 febbraio 2017 e della V commissione del Senato della Repubblica in data 8 febbraio 2017;

A D O T T A il seguente regolamento:

Art. 1.

Ambito di applicazione

1. Le intese regionali di cui all'articolo 2 disciplinano le operazioni di investimento realizzate attraverso indebitamento o utilizzo dei risultati di amministrazione degli esercizi precedenti delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano e degli enti locali di cui all'articolo 10 della legge 24 dicembre 2012, n. 243. Le operazioni di cui al periodo precedente assicurano, per ciascun anno di riferimento, il rispetto del saldo di cui all'articolo 9, comma 1, della legge 24 dicembre 2012, n. 243, del complesso degli enti territoriali della regione interessata, compresa la medesima regione. 2. I patti di solidarietà nazionale di cui all'articolo 4 disciplinano le operazioni di investimento realizzate attraverso indebitamento o utilizzo dei risultati di amministrazione degli esercizi precedenti delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano e degli enti locali, non soddisfatte dalle intese di cui all'articolo 2. Le operazioni di cui al periodo precedente assicurano, per ciascun anno di riferimento, il rispetto del saldo di cui all'articolo 9, comma 1, della legge 24 dicembre 2012, n. 243, del complesso degli enti territoriali.

3. Restano ferme le operazioni di investimento dei singoli enti territoriali effettuate attraverso il ricorso all'indebitamento e l'utilizzo dei risultati di amministrazione degli esercizi precedenti, nel rispetto del proprio saldo di cui all'articolo 9, comma 1, della legge 24 dicembre 2012, n. 243; le predette operazioni non costituiscono oggetto del presente decreto.

4. Fermo restando il rispetto del saldo di cui all'articolo 9, comma 1, della legge 24 dicembre 2012, n. 243, del complesso degli enti territoriali delle regioni o delle province autonome, compresa la medesima regione o provincia autonoma, alle regioni e alle province autonome che esercitano le funzioni in materia di finanza locale in via esclusiva le disposizioni del presente decreto si applicano compatibilmente con gli statuti speciali e le relative norme di attuazione, nonché con gli accordi con lo Stato in materia di finanza pubblica. Restano fermi gli obblighi di comunicazione di cui al comma 9 dell'articolo 2, riferiti al complesso degli enti territoriali delle regioni o delle province autonome, nei tempi concordati con le predette autonomie speciali.

Art. 2. Intese regionali

1. Ai fini dell'attuazione dell'articolo 1, comma 1, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il termine perentorio del 15 gennaio di ciascun anno, avviano l'iter delle intese attraverso la pubblicazione di apposito avviso sui propri siti istituzionali, contenente le modalità di presentazione delle domande di cessione e acquisizione degli spazi finanziari, nonché le informazioni utili al rispetto dei vincoli e dei criteri di cui ai commi 6 e 7, e contestualmente comunicano al Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato l'avvio dell'iter attraverso il sistema web dedicato al pareggio di bilancio. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano si avvalgono del Consiglio delle autonomie locali e, ove non istituito, dei rappresentanti regionali delle autonomie locali per garantire la massima pubblicità delle predette informazioni.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le città metropolitane, le province e i comuni possono cedere, per uno o più esercizi successivi, spazi finanziari finalizzati ad investimenti da realizzare attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione degli esercizi precedenti ed il ricorso all'indebitamento.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le città metropolitane, le province e i comuni possono richiedere, per uno o più esercizi successivi, spazi finanziari vincolati agli investimenti da realizzare attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione degli esercizi precedenti ed il ricorso all'indebitamento.

4. La richiesta di spazi finanziari di cui al comma 3 deve contenere le informazioni relative all'avanzo di amministrazione, al netto della quota accantonata del Fondo crediti di dubbia esigibilità, risultante dal rendiconto o dal preconsuntivo dell'anno precedente, al fondo di cassa al 31 dicembre del medesimo anno e alla quota dei fondi stanziati in bilancio dell'esercizio di riferimento destinati a confluire nel risultato di amministrazione.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le città metropolitane, le province e i comuni comunicano le domande di cessione e acquisizione degli spazi finanziari, di cui ai commi da

2 a 4, con le modalità definite al comma 1, entro il termine perentorio del 28 febbraio di ciascun anno.

6. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenendo conto delle domande pervenute entro il termine previsto dal comma 5, approvano con delibera di Giunta, entro il termine perentorio del 31 marzo di ciascun anno, previo parere favorevole del Consiglio delle autonomie locali e, ove non istituito, dei rappresentanti regionali delle autonomie locali, le intese per l'attribuzione degli spazi disponibili, secondo il seguente ordine di priorità:

a) dei comuni esclusi dai vincoli di finanza pubblica nell'anno 2015 in quanto con popolazione fino a 1.000 abitanti;

b) dei comuni istituiti, nel quinquennio precedente all'anno dell'intesa, a seguito dei processi di fusione previsti dalla legislazione vigente. Sono considerati esclusivamente i comuni per i quali i processi di fusione si sono conclusi entro il 1° gennaio dell'anno dell'intesa stessa;

c) degli enti territoriali che dispongono di progetti esecutivi di cui all'articolo 23, comma 8, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, validati ed approvati in conformità alla vigente normativa, completi del cronoprogramma della spesa, e presentano la maggiore incidenza del fondo di cassa rispetto alla quota vincolata agli investimenti del risultato di amministrazione, risultante dal rendiconto o dal preconsuntivo dell'anno precedente, per operazioni di investimento da realizzare attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione;

d) degli enti territoriali che dispongono di progetti esecutivi di cui all'articolo 23, comma 8, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, validati ed approvati in conformità alla vigente normativa, completi del cronoprogramma della spesa, e presentano la maggiore incidenza del fondo di cassa rispetto alla quota libera del risultato di amministrazione destinata agli investimenti, risultante dal rendiconto o dal preconsuntivo dell'anno precedente, per operazioni di investimento da realizzare attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione.

7. Nel caso in cui gli spazi disponibili non fossero sufficienti a soddisfare le richieste di cui alla lettera a) del comma 6, la distribuzione tra i comuni è effettuata seguendo i criteri di cui alle lettere b) , c) e d) del citato comma. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono definire ulteriori criteri, ferme restando le priorità individuate dalle lettere a) , b) , c) e d) del comma 6, nonché ulteriori modalità applicative, ferme restando le scadenze previste dal presente decreto e il rispetto del saldo nel territorio regionale.

8. Al fine di favorire gli investimenti nei settori strategici del proprio territorio, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono cedere, per uno o più esercizi successivi, agli enti locali del proprio territorio, spazi finanziari per i quali non è prevista la restituzione negli esercizi successivi.

9. Entro il termine perentorio del 31 marzo di ciascun anno, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano comunicano agli enti locali interessati i saldi obiettivi rideterminati e al Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, attraverso il sistema web dedicato al pareggio di bilancio, con riferimento a ciascun ente locale e alla stessa regione o provincia autonoma, gli elementi informativi occorrenti per la verifica del mantenimento del rispetto del saldo di cui all'articolo 9, comma 1, della legge 24 dicembre 2012, n. 243.

10. Il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, aggiorna gli obiettivi degli enti interessati all'acquisizione e alla cessione degli spazi per ciascun anno.

11. Gli enti che cedono spazi finanziari indicano i tempi e le modalità di miglioramento del saldo negli esercizi successivi, da un minimo di due ad un massimo di cinque anni. La quota del primo anno non può superare il 50 per cento.

12. Gli enti che acquisiscono spazi finanziari indicano i tempi e le modalità di peggioramento del saldo negli esercizi successivi, da un minimo di due ad un massimo di cinque anni. La quota del primo anno non può essere inferiore al 50 per cento.

13. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definiscono i tempi e le modalità di peggioramento del saldo negli esercizi successivi degli enti che acquisiscono spazi, tenendo conto delle richieste di cui al comma 11 e, se compatibili, delle richieste di cui al comma 12, garantendo, per ciascun anno di riferimento, il rispetto del saldo di cui all'articolo 9, comma 1, della legge 24 dicembre 2012, n. 243.

14. Gli enti beneficiari degli spazi finanziari di cui al comma 6 trasmettono le informazioni relative agli investimenti effettuati a valere sui predetti spazi al sistema di monitoraggio opere pubbliche della Banca dati delle Amministrazioni pubbliche (BDAP-MOP), ai sensi del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229. 15. In sede di prima applicazione, nell'anno 2017, i termini di cui ai commi 1 e 5 sono, rispettivamente, il 15 marzo e il 30 aprile e il termine di cui ai commi 6 e 9 è il 31 maggio. Nell'anno 2018, i termini di cui ai commi 1 e 5 sono, rispettivamente, il 15 febbraio e il 31 marzo e il termine di cui ai commi 6 e 9 è il 30 aprile. 16. È istituito un Osservatorio presso il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, senza oneri per la finanza pubblica, per il monitoraggio dell'attuazione del presente articolo, con l'obiettivo di monitorare gli esiti delle intese e favorire il pieno utilizzo degli spazi finanziari. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze sono disciplinate le modalità di organizzazione e di funzionamento dell'Osservatorio, nonché le modalità e la definizione di indicatori di monitoraggio, in termini di efficacia, efficienza e pieno utilizzo degli spazi finanziari, oggetto delle intese, finalizzati alla realizzazione degli investimenti.

Art. 3 Modalità attuative del potere sostitutivo

1. Qualora le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano non provvedono ad avviare l'iter delle intese nei termini previsti dall'articolo 2, comma 1, il potere sostitutivo di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, viene esercitato con le modalità e nei termini previsti dal comma 2.

2. Entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento, il Ministro dell'economia e delle finanze, dandone comunicazione al Presidente del Consiglio dei ministri, diffida le regioni o le province autonome di Trento e di Bolzano inadempienti ad avviare l'iter delle intese entro il termine perentorio del 15 febbraio del medesimo esercizio. In caso di inadempienza alla predetta data, il Consiglio dei ministri, sentita la regione o provincia autonoma di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, da formalizzarsi entro il 28 febbraio dell'anno di riferimento, adotta le misure necessarie per avviare l'iter per la redistribuzione degli spazi finanziari, ovvero nomina un apposito commissario, con deliberazione da adottare entro il successivo 15 marzo.

3. Con deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, ovvero con atto formale del commissario eventualmente nominato, si provvede alla redistribuzione degli spazi finanziari entro il 15 maggio del medesimo esercizio, comunicandone l'esito agli enti locali interessati e al Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.

4. La deliberazione, ovvero l'atto formale, di redistribuzione degli spazi finanziari di cui al comma 3, tiene conto delle priorità e dei criteri di cui all'articolo 2, commi 6 e 7. Fermo restando il pieno soddisfacimento delle priorità di cui all'articolo 2, comma 6, a valere sugli spazi finanziari resi disponibili, qualora l'entità delle richieste pervenute dagli enti superi l'ammontare degli spazi finanziari residui, l'attribuzione è effettuata a favore degli enti che presentano la maggiore incidenza del fondo di cassa rispetto all'avanzo di amministrazione.

5. Qualora le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avviato l'iter delle intese nei termini previsti dall'articolo 2, comma 1, non provvedono a trasmettere la comunicazione di cui all'articolo 2, comma 9, ovvero comunicano l'interruzione dell'iter di cui all'articolo 2, il potere sostitutivo di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, viene esercitato con le modalità e i termini previsti dai commi 6 e 7.

6. Entro il 15 aprile dell'anno di riferimento, il Ministro dell'economia e delle finanze, dandone comunicazione al Presidente del Consiglio dei ministri, diffida le regioni o le province autonome di Trento e di Bolzano, inadempienti alla predetta data, a concludere l'iter delle intese entro il

termine perentorio del 30 aprile del medesimo esercizio. In caso di inadempienza alla predetta data del 30 aprile, il Consiglio dei ministri, sentita la regione o provincia autonoma di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, da formalizzarsi entro il 15 maggio dell'anno di riferimento, conclude l' iter per la redistribuzione degli spazi finanziari, ovvero nomina un apposito commissario, con deliberazione da adottare entro il successivo 30 maggio.

7. Con deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, ovvero con atto formale del commissario eventualmente nominato, si provvede alla redistribuzione degli spazi finanziari entro il 15 giugno del medesimo esercizio, comunicandone l'esito agli enti locali interessati e al Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.

8. La delibera, ovvero l'atto formale, di redistribuzione degli spazi finanziari di cui al comma 7, tiene conto delle priorità e dei criteri di cui all'articolo 2, commi 6 e 7. Fermo restando il pieno soddisfacimento delle priorità di cui all'articolo 2, comma 6, a valere sugli spazi finanziari resi disponibili, qualora l'entità delle richieste pervenute dagli enti superi l'ammontare degli spazi finanziari residui, l'attribuzione è effettuata a favore degli enti che presentano la maggiore incidenza del fondo di cassa rispetto all'avanzo di amministrazione.

9. In sede di prima applicazione, i termini di cui ai commi 2, 3, 6 e 7 sono prorogati di due mesi nell'anno 2017 e di un mese nell'anno 2018.

Art. 4. Patti di solidarietà nazionale

1. Il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, entro il 1° giugno di ciascun anno, provvede ad avviare l' iter dei patti di solidarietà nazionale attraverso la pubblicazione di apposito avviso sul sito istituzionale del predetto Dipartimento, contenente le modalità di presentazione delle domande di cessione e acquisizione degli spazi finanziari, nonché le informazioni utili al rispetto dei vincoli e dei criteri prioritari di cui al comma 6. 2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le città metropolitane, le province e i comuni possono cedere, per uno o più esercizi successivi, spazi finanziari finalizzati ad investimenti da realizzare attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione degli esercizi precedenti ed il ricorso all'indebitamento.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le città metropolitane, le province e i comuni possono richiedere, per uno o più esercizi successivi, e per la quota non soddisfatta dalle intese regionali o dai provvedimenti comunque assunti ai sensi dell'articolo 3, spazi finanziari vincolati agli investimenti da realizzare attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione degli esercizi precedenti ed il ricorso all'indebitamento.

4. La richiesta di spazi di cui al comma 3 deve contenere le informazioni relative all'avanzo di amministrazione, al netto della quota accantonata del Fondo crediti di dubbia esigibilità, risultante dal rendiconto o dal preconsuntivo dell'anno precedente, al fondo di cassa al 31 dicembre del medesimo anno e alla quota dei fondi stanziati in bilancio dell'esercizio di riferimento destinati a confluire nel risultato di amministrazione.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le città metropolitane, le province e i comuni comunicano le domande di cessione e acquisizione degli spazi finanziari, di cui ai commi da 2 a 4, con le modalità definite ai sensi del comma 1, entro il termine perentorio del 15 luglio di ciascun anno.

6. Il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, entro il 31 luglio di ciascun anno, provvede alla distribuzione degli spazi finanziari, distintamente per regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, città metropolitane, province e comuni, tenendo conto prioritariamente delle richieste:

- a) dei comuni esclusi dai vincoli di finanza pubblica nell'anno 2015 in quanto con popolazione fino a 1.000 abitanti;
- b) degli enti territoriali che dispongono di progetti esecutivi di cui all'articolo 23, comma 8, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, validati ed approvati in conformità alla vigente normativa, completi del cronoprogramma della spesa, e presentano la maggiore incidenza del fondo di cassa

rispetto alla quota vincolata agli investimenti del risultato di amministrazione, risultante dal rendiconto o dal preconsuntivo dell'anno precedente, per operazioni di investimento da realizzare attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione;

c) degli enti territoriali che dispongono di progetti esecutivi di cui all'articolo 23, comma 8, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, validati ed approvati in conformità alla vigente normativa, completi del cronoprogramma della spesa, e presentano la maggiore incidenza del fondo di cassa rispetto alla quota libera del risultato di amministrazione destinata agli investimenti, risultante dal rendiconto o dal preconsuntivo dell'anno precedente, per operazioni di investimento da realizzare attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione.

7. Nel caso in cui gli spazi disponibili non fossero sufficienti a soddisfare le richieste di cui alla lettera a) , del comma 6, la distribuzione tra i comuni è effettuata seguendo i criteri di cui alle lettere b) e c) del citato comma. Fermo restando il pieno soddisfacimento delle priorità di cui alle lettere a) , b) e c) del comma 6, qualora l'entità delle richieste pervenute dagli enti superi l'ammontare degli spazi finanziari residui, l'attribuzione è effettuata a favore degli enti che presentano la maggiore incidenza del fondo di cassa rispetto all'avanzo di amministrazione, nel rispetto del saldo di cui all'articolo 9, comma 1, della legge 24 dicembre 2012, n. 243, del complesso degli enti territoriali. 8. L'obiettivo di saldo degli enti che cedono spazi finanziari è migliorato, nel biennio successivo, per un importo annuale pari alla metà della quota ceduta.

9. L'obiettivo di saldo degli enti che acquisiscono spazi finanziari è diminuito, nel biennio successivo, per un importo annuale pari alla metà della quota acquisita.

10. Il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, entro il termine previsto dal comma 6, aggiorna gli obiettivi di saldo degli enti interessati all'acquisizione e alla cessione degli spazi finanziari per ciascun anno.

11. Gli enti beneficiari degli spazi finanziari, di cui al comma 6, trasmettono le informazioni relative agli investimenti effettuati a valere sui predetti spazi al sistema di monitoraggio opere pubbliche della Banca dati delle Amministrazioni pubbliche (BDAP-MOP), ai sensi del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229.

Art. 5. Sanzioni

1. Alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, che non sanciscono l'intesa regionale di cui all'articolo 2, si applicano, ai sensi dell'articolo 1, comma 506, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, le sanzioni di cui al comma 475, lettere c) ed e) , del medesimo articolo 1.

2. Gli enti territoriali che non utilizzano totalmente gli spazi finanziari concessi in attuazione delle intese regionali e dei patti di solidarietà nazionale di cui agli articoli 2, 3 e 4, non possono beneficiare di spazi finanziari nell'esercizio finanziario successivo ai sensi dell'articolo 1, comma 507, della legge 11 dicembre 2016, n. 232.

3. Gli enti territoriali beneficiari degli spazi finanziari, concessi in attuazione delle intese regionali e dei patti di solidarietà nazionale di cui agli articoli 2, 3 e 4, che non effettuano la trasmissione delle informazioni richieste dal comma 14 dell'articolo 2 e dal comma 11 dell'articolo 4, non possono procedere ad assunzioni di personale a tempo indeterminato, anche con riferimento ai processi di stabilizzazione in atto, fin quando non abbiano adempiuto, ai sensi dell'articolo 1, comma 508, della legge 11 dicembre 2016, n. 232.

Art. 6. Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare. Roma, 21 febbraio 2017

Il Presidente del Consiglio dei ministri B OSCHI

Visto, il Guardasigilli: ORLANDO

Registrato alla Corte dei conti il 9 marzo 2017 Ufficio controllo atti P.C.M. Ministeri giustizia e affari esteri, reg.ne prev. n. 577

NOTE

AVVERTENZA: Il testo delle note qui pubblicato é stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

NB

Si fa rinvio alla lettura integrale del testo

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 1° marzo 2017 .

Sospensione del sig. Nazzareno Salerno dalla carica di consigliere regionale della Regione Calabria. (GU n. 61 del 14.3.17)

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visti gli articoli 7 e 8 del decreto legislativo 31 dicembre 2012 n. 235; Vista la nota della Prefettura di Catanzaro, protocollo n. 12869 del 3 febbraio 2017, con la quale sono stati inviati gli atti trasmessi dal Tribunale di Catanzaro - Sezione Gip/Gup -, relativi ai fascicoli processuali n. 1409/16 R.G.N.R. - n. 3211/16 RG.GIP - n. 216/16 R.M.C.G.I.P - n. 217/16 R.M.R.G.I.P. a carico del signor Nazzareno Salerno, consigliere regionale della Regione Calabria, ai sensi dell'art. 8, comma 4, del citato decreto legislativo 31 dicembre 2012 n. 235;

Vista l'ordinanza con la quale è stata disposta l'applicazione della misura della custodia cautelare in carcere, emessa in data 27 gennaio 2017 dal Giudice per le indagini preliminari presso il Tribunale di Catanzaro, ai sensi dell'art. 285 del codice di procedura penale, nei confronti del signor Nazzareno Salerno, consigliere regionale della Regione Calabria, per le fattispecie delittuose di cui agli articoli 110 e 323, commi 1 e 2 codice penale, 110 e 353 codice penale, 319 e 319 -bis codice penale, 110, 336 comma 1 codice penale e 7 legge n. 203/91;

Considerata l'intervenuta entrata in vigore dal 5 gennaio 2013 del decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235 che, all'art. 8, comma 2, prevede la sospensione di diritto dalla carica consigliere regionale, quando è disposta l'applicazione della misura della custodia cautelare in carcere, di cui all'art. 285 del codice di procedura penale;

Rilevato, pertanto, che dalla data di emanazione dell'ordinanza con la quale è stata disposta l'applicazione della misura della custodia cautelare in carcere, emessa in data 27 gennaio 2017, decorre la sospensione prevista dall'art. 8, comma 2 del decreto legislativo 31 dicembre 2012 n. 235; Sentiti il Ministro per gli affari regionali e il Ministro dell'interno;

Decreta:

Con effetto a decorrere dal 27 gennaio 2017, è accertata la sospensione del signor Nazzareno Salerno dalla carica di consigliere regionale della Regione Calabria, ai sensi degli articoli 7 e 8 del decreto legislativo 31 dicembre 2012 n. 235. La sospensione cessa nel caso in cui nei confronti dell'interessato venga meno l'efficacia della misura coercitiva di cui al comma 2 dell'art. 8 del decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235. Roma, 1° marzo 2017

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 14 MARZO 2017, arretrati compresi

AGRICOLTURA SOCIALE

VENETO

DGR 21.2.17, n. 183 - "Legge regionale 28 giugno 2013, n. 14 "Disposizioni in materia di agricoltura sociale". Iscrizione all'elenco regionale delle fattorie sociali della "Lunazzurra cooperativa sociale" con sede in Conselve (PD).

Note

Viene preso atto degli esiti della Conferenza dei servizi e conseguentemente di iscrivere la "Lunazzurra cooperativa sociale" con sede legale in via Piazzetta San Francesco, 17 Conselve (PD), all'elenco regionale delle fattorie sociali nelle seguenti sezioni e per le seguenti attività:

1. seziona a) Inserimento socio lavorativo per le attività a1) tirocini di inserimento/reinserimento lavorativo, tirocini estivi di orientamento di persone svantaggiate e delle fasce deboli della popolazione; a2) rapporti di collaborazione con i Servizi di integrazione lavorativa (SIL) attraverso l'utilizzo delle risorse dell'agricoltura e a3) Soggetto avente alle proprie dipendenze una o più persone disabili ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 marzo 1999, n. 68;

2. sezione b) Percorsi abilitativi e riabilitativi per le attività b1) percorsi abilitativi e riabilitativi, attraverso l'utilizzo delle risorse dell'agricoltura, mediante sottoscrizione di idonee convenzioni tipo con Enti pubblici o privati accreditati;

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

PUGLIA

DGR 23.2.17, n. 217 - Adozione nuovo Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale (S. Mi. Va. P.). (BUR n. 28 del 7.3.17)

Note

PREMESSA

Il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 ha introdotto importanti novità in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, prevedendo, fra le altre cose, la predisposizione di un Piano della Performance.

La Regione Puglia con L.r. n° 1/2011 ha inteso adeguarsi alle prescrizioni introdotte dal d.lgs. n° 150 del 2009, sulla scorta della quale ha istituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.). La Giunta regionale con deliberazione n. 674 del 17.5.2016 ha provveduto alla nomina dei nuovi componenti l'OIV per il triennio 2016-2019.

In attuazione di quanto disposto dall'art.4, co.3, della predetta L.r. 1/2011, l'OIV ha provveduto alla predisposizione del nuovo Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale (S.Mi.Va.P.), frutto di un processo di condivisione tra lo stesso OIV, i Direttori e i Dirigenti regionali, avvenuto mediante numerosi incontri tenutisi ad iniziativa dell'OIV con tutte le strutture amministrative, presso i vari Dipartimenti, la Presidenza della giunta e il Consiglio regionale.

Dopo tali incontri, si è svolta una interlocuzione con il CUG e si è proceduto con l'informativa e la concertazione con i sindacati, nei giorni 17/2/2017 e 22/2/2017.

LA DISPOSIZIONE

Viene adottato lo schema del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance organizzativa e individuale, predisposto dall'Organismo Indipendente di Valutazione e allegato quale parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione (a cui si fa rinvio)

VENETO

L.R. 28.2.17, n. 7 - Modifiche alla legge regionale 19 giugno 2014, n. 15 "Referendum consultivo sull'autonomia del Veneto".

Art. 1

Modifiche all'articolo 3 della legge regionale 19 giugno 2014, n. 15 "Referendum consultivo sull'autonomia del Veneto".

1. Alla fine del comma 1 dell'articolo 3 della legge regionale 19 giugno 2014, n. 15 sono aggiunte le parole: *"Le operazioni di voto si svolgono nella giornata di domenica dalle ore 7 alle ore 23."*

2. Dopo il comma 2 dell'articolo 3 della legge regionale 19 giugno 2014, n. 15 è aggiunto il seguente:

"2 bis. Il Presidente della Giunta regionale, in caso di mancato raggiungimento dell'intesa di cui al comma 2, è autorizzato ad indire il referendum di cui all'articolo 1 con oneri a carico della Regione, a prescindere dalla concomitanza con lo svolgimento di altre consultazioni elettorali o referendarie."

Art. 2**Inserimento dell'articolo 3 bis alla legge regionale 19 giugno 2014, n. 15 "Referendum consultivo sull'autonomia del Veneto".**

1. Dopo l'articolo 3 della legge regionale 19 giugno 2014, n. 15 è inserito il seguente:

ANZIANI
SARDEGNA

DD n. 1676/33 del 20/02/2017 - 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. Proroga termini presentazione domande.

ART. 1

Per le motivazioni espresse in premessa, di prorogare il termine di presentazione delle domande di partecipazione all'Avviso pubblico "Attivazione PAI integrato persone anziane inserite in cure domiciliari integrate" al 10 marzo 2017.

BILANCIO
SICILIA

L.R. 1.3.17, n. 4 - Proroga dell'esercizio provvisorio per l'anno 2017 e istituzione del Fondo regionale per la disabilità. Norme urgenti per le procedure di nomina nel settore sanitario regionale. (GURS n. 9 del 3.3.17)

Art. 1.*Istituzione del Fondo regionale per la disabilità*

1. Al fine di garantire l'attuazione dei livelli di assistenza domiciliare, con riguardo ai soggetti con disabilità gravissima di cui all'articolo 3 del decreto ministeriale 26 settembre 2016 di riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza, è istituito il "Fondo regionale per la disabilità", da destinare agli aventi diritto, nei limiti dello stanziamento di bilancio, mediante trasferimenti monetari

diretti per ciascun soggetto in relazione al piano individuale di assistenza e da erogarsi mensilmente.

2. L'intervento di cui al comma 1 è da considerarsi anche quale cofinanziamento regionale aggiuntivo alle risorse assegnate in favore della Regione siciliana per la copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-assistenziale di cui al Fondo nazionale per le non autosufficienze istituito dall'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

3. Per gli obblighi assistenziali di cui al comma 2 concorreranno anche gli enti locali in relazione alle specifiche competenze in materia socio-assistenziale.

4. All'articolo 6, comma 1, della legge regionale 5 dicembre 2016, n. 24 è aggiunto il seguente periodo: "Le Città metropolitane e i liberi Consorzi comunali possono incrementare i livelli di assistenza anche con fondi propri."

5. Per le finalità di cui al comma 1 è autorizzata, per l'esercizio finanziario 2017, la spesa di 36.000 migliaia di euro cui si provvede, quanto a 16.000 migliaia di euro, mediante riduzione della Missione 20, Programma 3, capitolo 613950 e, quanto a 20.000 migliaia di euro, mediante riduzione della Missione 1, Programma 4, capitolo 219205.

6. Le limitazioni per dodicesimi per l'assunzione degli impegni e dell'effettuazione dei pagamenti non si applicano alle spese di cui al presente articolo.

7. Con successivo decreto del Presidente della Regione, da emanarsi entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta dell'Assessore regionale per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro e dell'Assessore regionale per la salute, previo parere della VI Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana "Servizi sociali e sanitari", sono definiti i criteri e le

modalità di erogazione agli aventi diritto dei trasferimenti monetari diretti a carico del Fondo di cui al comma 1.

Art. 2.

*Proroga dell'esercizio provvisorio
del bilancio della Regione*

1. Il Governo della Regione è autorizzato, ai sensi dell'articolo 43 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e delle disposizioni contenute nel punto 8 dell'Allegato 4/2 al medesimo decreto legislativo n. 118/2011, nei modi, nei termini e con gli effetti previsti dall'articolo 6 della legge regionale 8 luglio 1977, n. 47 e successive modifiche ed integrazioni, ad esercitare provvisoriamente, fino a quando non sarà approvato con legge regionale e comunque non oltre il 31 marzo 2017, lo schema di bilancio annuale della Regione per l'esercizio finanziario 2017, secondo gli stati di previsione dell'entrata e della spesa ed il relativo disegno di legge approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 423 del 17 dicembre 2016, secondo le note di variazioni e le disposizioni di cui alle leggi regionali 29 dicembre 2016, n. 27 e 29 dicembre 2016, n. 28, nonché secondo la nota di variazione di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 72 del 23 febbraio 2017, come integrata dalla deliberazione della Giunta regionale n. 78 del 28 febbraio 2017, che tiene conto degli effetti di cui all'articolo 1.

Art. 3.

Norme urgenti per le procedure di nomina nel settore sanitario regionale

1. Nelle more della modifica legislativa discendente dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 251 del 2016 e considerato il mancato aggiornamento dell'elenco regionale secondo quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 3 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni al fine di evitare liti e contenziosi, gli incarichi di direttore generale delle Aziende sanitarie provinciali, delle Aziende ospedaliere e delle Aziende ospedaliere universitarie della Regione attualmente vigenti sono confermati sino alla naturale scadenza ed è fatto divieto di procedere a nuove nomine, ove non ricorra l'incarico ordinario si procede alla nomina di commissario ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3 bis del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni. Resta confermato quanto stabilito dall'articolo 1 della legge regionale 2 agosto 2012, n. 43.

NOTE

Avvertenza:

Il testo delle note di seguito pubblicate è stato redatto ai sensi dell'art. 10, commi 2 e 3, del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi trascritti, secondo le relative fonti. Le modifiche sono evidenziate in corsivo.

Nota all'art. 1, comma 1:

L'art 3 del decreto ministeriale 26 settembre 2016, recante "Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016." così dispone:

"Disabilità gravissime - 1. Le regioni utilizzano le risorse ripartite in base al presente decreto prioritariamente, e comunque in maniera esclusiva per una quota non inferiore al 40%, per gli interventi di cui all'art. 2 a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica.

2. Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o

comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

3. Le scale per la valutazione della condizione di disabilità gravissima, di cui al comma 2, lettere a), c), d), e), e h), sono illustrate nell'allegato 1 al presente decreto. Per l'individuazione delle altre persone in condizione di dipendenza vitale, di cui al comma 2, lettera i), si utilizzano i criteri di cui all'allegato 2 del presente decreto. Nel caso la condizione di cui al comma 2, lettere a) e d), sia determinata da eventi traumatici e l'accertamento dell'invalidità non sia ancora definito ai sensi delle disposizioni vigenti, gli interessati possono comunque accedere, nelle more della definizione del processo di accertamento, ai benefici previsti dalle regioni ai sensi del presente articolo, in presenza di una diagnosi medica di patologia o menomazione da parte dello specialista di riferimento che accompagni il rilievo funzionale.

4. La definizione di disabilità gravissima di cui al comma 2 è adottata in via sperimentale e sottoposta a valutazione a seguito della rilevazione di cui al comma 5. Le regioni che sulla base della definizione

adottata all'art. 3, comma 1, del decreto interministeriale 14 maggio 2015, di riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze afferente all'annualità 2015, non abbiano già incluso tra le persone con disabilità gravissima quelle nelle condizioni individuate al comma 2, si impegnano a farlo nei propri atti di programmazione entro il termine del 2017, ferma restando la rilevazione di cui al comma 5.

5. Le regioni rilevano il numero di persone in condizione di disabilità gravissima assistite nel proprio territorio per tipologia di disabilità, secondo le condizioni individuate al comma 2, lettere da a) a i). Il numero rilevato è comunicato al Ministero del lavoro e delle politiche sociali entro il primo trimestre 2017 ai fini della definizione di livelli essenziali delle prestazioni per le persone con disabilità gravissima, da garantire su tutto il territorio nazionale nei limiti della quota di risorse del Fondo per le non autosufficienze a tal fine rese disponibili.

6. Per le persone in condizione di disabilità gravissima rilevate ai sensi del comma 5, le informazioni sulla presa in carico e le prestazioni erogate 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 di cui al presente articolo, sono utilizzate ai fini della validazione del numero complessivo di persone in condizione di disabilità gravissima rilevate ai sensi del comma 5. A tal fine, con riferimento alle prestazioni di cui all'art. 2 erogate a valere sul Fondo per le non autosufficienze per le sole persone in condizione di disabilità gravissima, 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 «FNA - Disabilità gravissime».”.

Nota all'art. 1, comma 2:

Il comma 1264 dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007).” così dispone:

“Art.1

1264. Al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, è istituito presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo denominato «Fondo per le non autosufficienze», al quale è assegnata la somma di 100 milioni di euro per l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009.”.

Nota all'art. 1, comma 4:

L'art. 6 della legge regionale 5 dicembre 2016, n. 24, recante “Assestamento del bilancio di previsione della Regione per l'esercizio finanziario 2016 e per il triennio 2016-2018. Variazioni al bilancio di previsione della Regione per l'esercizio finanziario 2016 e per il triennio 2016-2018.”, per effetto delle modifiche apportate dal comma che si annota, risulta il seguente :

“Funzioni di assistenza agli alunni disabili delegate alle Città metropolitane ed ai liberi Consorzi comunali. - 1. I servizi e le attività di assistenza agli alunni con disabilità fisiche o sensoriali svolte dalle ex province regionali ai sensi dell'articolo 27 della legge regionale 4 agosto 2015, n. 15, con particolare riguardo ai servizi di trasporto, di convitto e semi convitto e ai servizi relativi agli ambiti igienico-personale, comunicazione extra scolastica, attività extra scolastica integrativa e autonomia e comunicazione, sono attratti alle competenze della Regione, Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro. Le Città metropolitane e i liberi Consorzi comunali possono incrementare i livelli di assistenza anche con fondi propri.

2. La realizzazione e la gestione delle attività di cui al comma 1 è delegata alle Città metropolitane e ai liberi Consorzi comunali che provvedono singolarmente ad espletare le procedure di affidamento.

3. Per assicurare lo svolgimento fino al 31 dicembre 2016 delle attività di cui al comma 1 per l'anno scolastico 2016-2017, è autorizzata la spesa di 5.000 migliaia di euro per l'esercizio finanziario 2016, da iscrivere in un apposito capitolo di spesa della rubrica del Dipartimento regionale della famiglia e delle politiche sociali.

4. All'onere per gli esercizi finanziari 2017 e 2018, determinato sulla base dei fabbisogni e dei costi standard in 19.150 migliaia di euro annui, si provvede mediante riduzione delle autorizzazioni di spesa di cui all'articolo 9, comma 1, della legge regionale 7 maggio 2015, n. 9 e di cui all'articolo 26, comma 1, della legge regionale 17 marzo 2016, n. 3, previo ripristino, ai sensi dell'articolo 4, commi 5 e 6, della legge regionale n. 3/2016, delle autorizzazioni di spesa.

5. Entro il 31 luglio di ogni anno l'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro redige una relazione sullo stato del servizio di assistenza agli alunni con disabilità fisiche o sensoriali.

La relazione indica in particolare le criticità riscontrate nell'erogazione del servizio di assistenza, i costi sostenuti, l'elencazione dei soggetti materialmente erogatori del servizio di assistenza, le modalità di assegnazione da parte degli enti locali del servizio di assistenza in caso di ricorso a soggetti esterni alle pubbliche amministrazioni, la data di inizio e la data di conclusione dell'erogazione del servizio di assistenza. La relazione è inviata ed illustrata alla competente Commissione legislativa dell'Assemblea regionale siciliana e pubblicata nel sito istituzionale dell'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro.”.

Note all'art. 2, comma 1:

- L'art. 43 ed il punto 8 dell'Allegato 4/2 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42.”, così rispettivamente dispongono:

“Art. 43

Esercizio provvisorio e gestione provvisoria - 1. Se il bilancio di previsione non è approvato dal Consiglio entro il 31 dicembre dell'anno precedente, la gestione finanziaria dell'ente si svolge nel rispetto dei principi applicati della contabilità finanziaria riguardanti l'esercizio provvisorio o la gestione provvisoria.

2. L'esercizio provvisorio del bilancio non può essere concesso se non per legge e per periodi non superiori complessivamente a quattro mesi, nei modi, nei termini e con gli effetti previsti dagli statuti e dall'ordinamento contabile dell'ente. Nel corso dell'esercizio provvisorio non è consentito il ricorso all'indebitamento.”.

“Allegato 4/2

Principio contabile

Punto 8

Esercizio provvisorio e gestione provvisoria - 1. Nel corso dell'esercizio provvisorio, o della gestione provvisoria, deliberato o attuato secondo le modalità previste dall'ordinamento vigente, gli enti gestiscono gli stanziamenti di spesa previsti nell'ultimo bilancio di previsione, definitivamente approvato per l'esercizio cui si riferisce la gestione o l'esercizio provvisorio. Ad esempio, nei limiti degli stanziamenti di spesa previsti per l'esercizio 2015 nel bilancio di previsione 2014-2016.

2. Per gli enti locali che non approvano il bilancio di previsione entro il 31 dicembre dell'anno precedente, l'esercizio provvisorio è autorizzato con il decreto dell'interno che, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 151 comma 1, TUEL, differisce il termine di approvazione del bilancio, d'intesa con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-città ed autonomia locale, in presenza di motivate esigenze.

Per le regioni che non approvano il bilancio entro il 31 dicembre dell'anno precedente, l'esercizio provvisorio è autorizzato con legge regionale, per periodi non superiore a quattro mesi. La legge regionale di autorizzazione all'esercizio provvisorio può prevedere che sia gestito lo schema di bilancio di previsione annuale approvato dalla Giunta ai fini dell'approvazione da parte del Consiglio regionale.

3. E' consentita esclusivamente una gestione provvisoria nei limiti dei corrispondenti stanziamenti di spesa dell'ultimo bilancio di previsione approvato per l'esercizio cui si riferisce la gestione provvisoria

nei casi in cui:

1) il bilancio di esercizio non sia approvato entro il 31 dicembre e, per gli enti locali, non sia stato differito il termine per l'approvazione del bilancio o, per le regioni, il Consiglio non abbia autorizzato l'esercizio provvisorio;

2) il bilancio di previsione non sia approvato entro il termine dell'esercizio provvisorio;

3) nelle more dell'approvazione del bilancio di previsione, se, nel corso dell'esercizio provvisorio, risulti un disavanzo presunto di amministrazione derivante dall'esercizio precedente.

4. La gestione provvisoria è limitata all'assolvimento delle obbligazioni già assunte, delle obbligazioni derivanti da provvedimenti giurisdizionali esecutivi e di obblighi speciali

tassativamente regolati dalla legge, al pagamento delle spese di personale, delle spese relative al finanziamento della sanità per le regioni, di residui passivi, di rate di mutuo, di canoni, imposte e tasse, ed, in particolare, limitata alle sole operazioni necessarie per evitare che siano arrecati danni patrimoniali certi e gravi all'ente.

Nel corso dell'esercizio provvisorio, possono essere impegnate solo spese correnti e le eventuali spese correlate, riguardanti le partite di giro, salvo quelle riguardanti i lavori pubblici di somma urgenza o altri interventi di somma urgenza. In tali casi, è consentita la possibilità di variare il bilancio gestito in esercizio provvisorio, secondo le modalità previste dalla specifica disciplina di settore.

Nel corso dell'esercizio provvisorio, non è consentito il ricorso all'indebitamento e gli enti possono impegnare mensilmente, per ciascun programma, unitamente alla quota dei dodicesimi non utilizzata

nei mesi precedenti, spese correnti non superiori ad un dodicesimo delle somme previste nel secondo esercizio dell'ultimo bilancio di previsione deliberato, ridotte delle somme già impegnate negli esercizi precedenti e dell'importo accantonato al fondo pluriennale (la voce "di cui fondo pluriennale vincolato)", con esclusione delle spese tassativamente regolate dalla legge, non suscettibili di pagamento frazionato in dodicesimi e le spese a carattere continuativo necessarie per garantire il mantenimento del livello qualitativo e quantitativo dei servizi esistenti, impegnate a seguito della scadenza dei relativi contratti.

I rimborsi in c/capitale di somme non dovute o incassate in eccesso, quali i rimborsi degli oneri di urbanizzazione, costituiscono spese non suscettibili di pagamento frazionato in dodicesimi.

6. La gestione in dodicesimi dell'esercizio provvisorio riguarda solo gli stanziamenti di competenza della spesa al netto degli impegni assunti negli esercizi precedenti con imputazione all'esercizio provvisorio e dell'importo del fondo pluriennale vincolato.

Gli impegni assunti negli esercizi precedenti, in quanto "già assunti", non sono soggetti ai limiti dei dodicesimi e comprendono gli impegni cancellati nell'ambito delle operazioni di riaccertamento dei residui e reimputati alla competenza dell'esercizio in gestione.

Pertanto, nel corso dell'esercizio provvisorio:

a) sono impegnate nel limite dei dodicesimi le spese che, per loro natura, possono essere pagate in dodicesimi;

b) sono impegnate, al di fuori dei limiti dei dodicesimi, le spese tassativamente regolate dalla legge, quelle che, per loro natura, non possono essere pagate frazionandole in dodicesimi, e le spese a carattere continuativo necessarie per garantire il mantenimento del livello qualitativo e quantitativo dei servizi esistenti, impegnate a seguito della scadenza dei relativi contratti.

7. Nei casi in cui è consentito assumere impegni senza fare riferimento al limite dei dodicesimi, le spese sono impegnate nel rispetto del principio contabile generale della competenza finanziaria, con imputazione agli esercizi in cui le spese sono esigibili, nei limiti degli stanziamenti dell'ultimo bilancio approvato.

8 I tesoriери gestiscono la spesa per dodicesimi, facendo riferimento agli stanziamenti di competenza al netto degli impegni già assunti negli esercizi precedenti e dell'importo accantonato al fondo pluriennale (la voce "di cui fondo pluriennale vincolato)". Non sono soggetti ai limiti dei dodicesimi gli impegni assunti negli esercizi precedenti ed imputati all'esercizio cui si riferisce l'esercizio provvisorio, e le spese tassativamente regolate dalla legge o non suscettibili di pagamento frazionato in dodicesimi.

9. In caso di esercizio provvisorio o di gestione provvisoria, all'inizio dell'anno l'ente trasmette al tesoriere l'elenco dei residui presunti al 1° gennaio dell'esercizio cui si riferisce la gestione o l'esercizio provvisorio e l'importo degli stanziamenti di competenza dell'esercizio dell'ultimo bilancio di previsione approvato cui si riferisce l'esercizio o la gestione provvisoria, con l'indicazione della quota di stanziamento riguardante spese già impegnate e quella relativa al fondo pluriennale vincolato.

Gli importi della voce “già impegnato” possono essere aggiornati con delibera di Giunta, sulla base di dati di preconsuntivo dell'anno precedente.

10. Considerato che il riaccertamento dei residui costituisce un'attività di natura gestionale, è possibile procedere al riaccertamento straordinario dei residui di cui all'articolo 3, comma 7, del presente decreto, e al riaccertamento ordinario dei residui di cui all'articolo 3, comma 4 del presente decreto, anche nel corso dell'esercizio provvisorio, entro i termini previsti per l'approvazione del rendiconto.

In tal caso, la variazione di bilancio necessaria alla reimputazione degli impegni e degli accertamenti all'esercizio in cui le obbligazioni sono esigibili, è effettuata, con delibera di Giunta, dopo avere acquisito il parere del l'organo di revisione a valere dell'ultimo bilancio di previsione approvato. Alla delibera di Giunta è allegato il prospetto previsto dall'articolo 10, comma 4, da trasmettere al tesoriere.

A seguito del riaccertamento ordinario e/o straordinario dei residui di cui all'articolo 3, commi 4 e 7, del presente decreto, l'ente trasmette al tesoriere l'atto di approvazione del riaccertamento dei residui.

11. Nel corso dell'esercizio provvisorio, per garantire la prosecuzione o l'avvio di attività soggette a termini o scadenza, il cui mancato svolgimento determinerebbe danno per l'ente, è consentito l'utilizzo

delle quote vincolate dell'avanzo di amministrazione sulla base di una relazione documentata del dirigente competente. A tal fine, dopo avere acquisito il parere dell'organo di revisione contabile la Giunta delibera una variazione del bilancio provvisorio in corso di gestione, che dispone l'utilizzo dell'avanzo di amministrazione vincolato determinato sulla base di dati di pre-consuntivo dell'esercizio precedente.

Sono altresì consentite, con delibera di giunta, le variazioni compensative tra le dotazioni delle missioni e dei programmi limitatamente alle spese per il personale, conseguenti a provvedimenti di trasferimento del personale all'interno dell'ente.

12. Considerata la natura autorizzatoria del bilancio di previsione, nel rispetto della disciplina generale riguardante il fondo di riserva, nel corso dell'esercizio provvisorio è consentito l'utilizzo di tale accantonamento solo per fronteggiare obbligazioni derivanti da provvedimenti giurisdizionali esecutivi, da obblighi tassativamente previsti dalla legge (quali, ad esempio, le spese per le elezioni in caso di stanziamenti non adeguati nella spesa corrente) e per garantire la prosecuzione o l'avvio di attività soggette a termini o scadenza, il cui mancato svolgimento determinerebbe danno per l'ente.

A seguito dell'approvazione del bilancio di previsione, con riferimento all'esercizio in corso, il limite massimo di accantonamento al fondo di riserva è ridotto dell'importo del fondo di riserva utilizzato nel corso dell'esercizio provvisorio.

13. Nel corso dell'esercizio provvisorio e della gestione provvisoria sono gestite le previsioni del secondo esercizio del bilancio gestionale (per le regioni) e del PEG (per gli enti locali) dell'anno precedente. Nel caso in cui la legge regionale di autorizzazione all'esercizio provvisorio abbia previsto che sia gestito lo schema di bilancio di previsione approvato dalla Giunta e trasmesso al Consiglio regionale ai fini dell'approvazione, contestualmente all'approvazione di tale legge, la Giunta provvede alla ripartizione delle tipologie e dei programmi in categorie e macroaggregati ai fini dell'esercizio provvisorio ed il Segretario generale, o altra figura equivalente, provvede alla ripartizione delle categorie e dei macroaggregati e capitoli.

Nel corso dell'esercizio provvisorio o della gestione provvisoria è possibile:

- a) per quanto riguarda le spese, effettuare variazioni agli stanziamenti di competenza dei macroaggregati compensative all'interno dei programmi e dei capitoli, compensative all'interno dei macroaggregati, anche prevedendo l'istituzione di nuovi capitoli;
- b) per quanto riguarda le entrate, effettuare variazioni agli stanziamenti di competenza delle entrate compensative all'interno della medesima tipologia e/o della medesima categoria, anche prevedendo l'istituzione di nuovi capitoli. In assenza di variazioni compensative, con delibera di giunta, possono

essere istituiti capitoli di entrata con stanziamenti pari a 0 nell'ambito di tipologie per le quali già esistono stanziamenti. Nel caso di tipologie di entrata per le quali, in bilancio, non sono previsti stanziamenti, è possibile istituire la tipologia, sempre con stanziamento pari a 0, con delibera consiliare. Lo stanziamento pari a 0 è necessario per garantire il pareggio di bilancio.

Infatti, considerato che gli stanziamenti di entrata non hanno natura autorizzatoria (con esclusione delle entrate per accensione prestiti), è possibile accertare le relative entrate per qualsiasi importo.

Tali variazioni:

- sono effettuate nel rispetto delle procedure previste per la gestione ordinaria (a bilancio di previsione approvato);
- possono essere effettuate anche con riferimento alle previsioni del bilancio gestionale/PEG riguardanti l'esercizio successivo se necessarie per consentire la corretta applicazione del principio della competenza potenziata nel corso dell'esercizio provvisorio, nei casi in cui, i principi contabili consentono l'assunzione di impegni esigibili nell'esercizio successivo.

14 Nel primo anno di adozione dello schema di bilancio autorizzatorio previsto dal presente decreto, gli enti, che al 31 dicembre dell'anno precedente non hanno deliberato il bilancio di previsione per l'anno successivo, gestiscono provvisoriamente gli stanziamenti di spesa previsti per il secondo esercizio dell'ultimo bilancio di previsione approvato, previa riclassificazione degli stessi secondo lo schema di bilancio allegato al presente decreto.”.

- L'art. 6 della legge regionale 8 luglio 1977, n. 47, recante “Norme in materia di bilancio e contabilità della Regione siciliana.” così dispone :

“*Esercizio provvisorio.* - 1. L'esercizio provvisorio del bilancio della Regione può essere autorizzato in base al bilancio di previsione e al relativo disegno di legge presentato dal Governo e non può protrarsi oltre i quattro mesi .

2. In regime di esercizio provvisorio, su ciascun capitolo di spesa del bilancio presentato per il nuovo esercizio sono consentiti l'assunzione di impegni ed i relativi pagamenti per un ammontare non superiore a tanti dodicesimi quanti sono i mesi dell'esercizio medesimo .

3. La limitazione di cui al comma precedente non si applica alle spese fisse e obbligatorie, alle spese derivanti da obblighi contrattuali assunti nei precedenti esercizi, nonché alla gestione dei residui.”.

- La legge regionale 29 dicembre 2016, n. 27, recante “Disposizioni in materia di autonomie locali e per la stabilizzazione del personale precario.” è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione Siciliana 31 dicembre 2016, n. 58.

- La legge regionale 29 dicembre 2016, n. 28, recante “Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio della Regione per l'anno 2017. Disposizioni finanziarie.” è pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione Siciliana 31 dicembre 2016, n. 58.

Nota all'art. 3, comma 1:

Il comma 3 dell'art. 3bis del D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.” così disponeva :

“Art.3

Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario - 3. La regione provvede alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla regione, da parte di una commissione costituita dalla regione medesima in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti

stabiliti dalla regione. La regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula. Resta ferma l'intesa con il rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliero-universitarie.”.

DIFESA DELLO STATO

LAZIO

DGR 14.2.17, n. 58 - Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione per gli anni 2017-2019

Note

Viene adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione per gli anni 2017-2019, comprensivo di n. 1 allegato, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione (a cui si fa rinvio).

Decreto del Presidente della Regione Lazio 21 febbraio 2017, n. T00032 - IPAB Ospizio Nicola Calestrini di Roma. Nomina Presidente Consiglio di Amministrazione.(BUR n. 18 del 2.3.17)

Note

Viene nominato il Dott. Giulio Franchi de' Cavalieri, già consigliere dell'Ente, quale Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'IPAB Ospizio Nicola Calestrini e di rimandare a successivo Decreto la nomina di un consigliere in sostituzione dello stesso

DGR 22.2.17, n. 79 - Legge 7 agosto 1990, n. 241. Approvazione dell'Accordo tra il Tribunale di Roma, la Regione Lazio, il Tribunale di Roma - Sezione per l'applicazione delle misure di prevenzione nei confronti delle persone pericolose per la sicurezza - e l'Ipab Opera Pia Asilo Savoia per la realizzazione del progetto di inclusione sociale "Talento & Tenacia. Crescere nella Legalità". Prenotazione della somma di euro 25.000,00 (venticinquemila/00) capitolo G31910 dell'esercizio finanziario 2017 (Missione 06 Politiche Giovanili, Sport e Tempo Libero - Programma 01 Sport e Tempo Libero – Aggregato 1.03.01.02.000 Altri beni di consumo). Su proposta dell'Assessore Politiche Sociali, Sport e Sicurezza. (BUR n. 19 del 7.3.17)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge 17 luglio 1890, n. 6972 (Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza);

Legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e, in particolare, gli articoli 10 e 30;

Decreto legislativo 4 maggio, 2001, n. 207 (Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328), e, in particolare, l'articolo 21;

Legge regionale 5 luglio 2001, n. 15 (Promozione di interventi volti a favorire un sistema integrato di sicurezza, la cultura della legalità, della lotta alla corruzione e della cittadinanza responsabile nell'ambito del territorio regionale. Istituzione della giornata regionale contro tutte le mafie);

Legge regionale 20 giugno 2002 (Testo unico in materia di sport);

Decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 (Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli art. 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136);

Protocollo di Intesa per la gestione dei beni sequestrati e confiscati sottoscritto, in data 26 luglio 2016, dal Tribunale di Roma, dalla Regione Lazio, da Roma Capitale e da una serie di altri enti;

Legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 (Sistema Integrato degli interventi e dei servizi sociali del Lazio);

GLI IMPEGNI DELLA REGIONE

Ai sensi della legge regionale 15/2001, la Regione Lazio al fine di garantire la sicurezza nel territorio, la cultura della legalità e della cittadinanza responsabile assume direttamente iniziative e concede finanziamenti per la realizzazione di interventi volti a favorire un sistema integrato di sicurezza in ambito regionale nonché a contrastare fenomeni di criminalità diffusa, anche di tipo mafioso.

IL RUOLO DELL'OSSERVATORIO

La diffusione della cultura della legalità è favorita anche dalle iniziative dell'Osservatorio tecnico scientifico per la sicurezza e la legalità, istituito ai sensi dell'articolo 8 della predetta l.r. 15/2001, quale organismo di supporto della Regione relativamente alle attività di programmazione e valutazione degli interventi in materia di sicurezza.

LA CONFISCA

La Regione Lazio svolge, oggi, un ruolo attivo in materia di contrasto alla criminalità organizzata, anche relativamente all'acquisizione, ai sensi del citato d. lgs. 159/2011, di immobili confiscati alla criminalità organizzata da destinarsi ai soggetti del terzo settore per lo svolgimento di attività in ambito sociale.

IL RUOLO DELLO SPORT

Ai sensi della legge regionale 15/2002 la Regione Lazio, tra l'altro, sostiene la diffusione della cultura dello sport al fine di garantire il benessere della persona e della comunità nonché l'integrazione sociale e il superamento delle condizioni di disagio socio-economico tra minori e anziani.

GLI INTERVENTI DI COESIONE SOCIALE E LE IPAB

Ai sensi della legge regionale 11/2016 la Regione sostiene e garantisce, tra l'altro, la coesione sociale e l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione, per la costruzione di una cittadinanza attiva, riconoscendo, altresì, alle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza insistenti sul territorio regionale, un ruolo attivo nella programmazione e realizzazione d'interventi già programmati nei Piani sociali di zona o per l'istituzione e la sperimentazione di servizi innovativi.

LA DISPOSIZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA

Il Tribunale Ordinario di Roma, Sezione Misure di Prevenzione, con provvedimento del 19 luglio 2016, ha disposto il sequestro di un immobile sito in Roma, Via dell'Idroscalo n. 103, nominandone amministratore giudiziario, ai sensi del citato d.lgs. 159/2011, il Dott. Donato Pezzuto.

E' interesse dell'Amministratore Giudiziario, compatibilmente con la normativa vigente (artt. 35 e ss. D.lgs 159/2011) avviare un percorso di gestione dell'immobile per la realizzazione di attività sperimentali in ambito sociale.

IL RUOLO DELL'IPAB OPERA PIA ASILO SAVOIA

L'Amministratore Giudiziario ha individuato nell'Ipab Opera Pia Asilo Savoia, consideratane l'ampia esperienza in ambito sociale, l'Ente più idoneo per la gestione dell'immobile de quo, al fine di realizzare interventi di inclusione sociale e di sviluppo della cittadinanza attiva attraverso la promozione della pratica sportiva.

LA REGIONE PER LO SVILUPPO DELLO SPORT E L'IPAB

La Regione Lazio, quale ente impegnato nella promozione della pratica sportiva, nella diffusione della legalità anche attraverso il riutilizzo dei beni sequestrati o confiscati alla criminalità organizzata, nonché quale ente vigilante sulle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza e propugnatore del ruolo attivo di queste ultime nell'ambito degli interventi socio-assistenziali, intende garantire, all'Ipab Opera Pia Asilo Savoia, un contributo pari a 25mila euro (venticinquemila/00) per la fase di start-up del progetto,

Nel rispetto della normativa vigente in materia di accordi tra Pubbliche Amministrazioni di cui all'articolo 15 della legge 241/1990, le parti interessate intendono sottoscrivere un Accordo per la definizione e regolamentazione delle modalità di collaborazione istituzionale.

L'ACCORDO

Viene approvato all'allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, l'Accordo tra Tribunale di Roma, Regione Lazio, Tribunale di Roma – Sezione per l'applicazione delle misure di prevenzione nei confronti delle persone pericolose per la sicurezza – e Ipb Opera Pia Asilo Savoia.

Determinazione 24 febbraio 2017, n. G02262 - Articolo 1 bis (Giornata regionale della memoria, della legalità e dell'impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie) e 1 ter (premio regionale "legalità contro tutte le mafie) della l.r. 15/2001. Affidamento alla società "Lazio Innova" S.p.A. delle attività "Percorsi di memoria e impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie". Approvazione schema di Convenzione tra Regione Lazio e Lazio Innova S.p.A. - Impegno di spesa, per complessivi Euro 50.000,00 a favore di Lazio Innova S.p.a. - Capitolo di spesa R45906 – Missione 03 Programma 02 (Armo - Spese relative alla sicurezza e polizia locale, Trasferimenti Correnti Altri Servizi Missione 03 Programma 02 1.03.02.99.000, esercizio finanziario 2017. (BUR n. 21 del 14.3.17)

Note

PREMESSA

La legge regionale del 5 luglio 2001, n. 15 (Promozione di interventi volti a favorire un sistema integrato di sicurezza, la cultura della legalità, della lotta alla corruzione e della cittadinanza responsabile nell'ambito del territorio regionale. Istituzione della Giornata regionale contro tutte le mafie) e successive modifiche e, in particolare:

□□l'articolo 1bis, che istituisce la "Giornata regionale della memoria, della legalità e dell'impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie", da celebrarsi ogni anno il 21 marzo, al fine di promuovere l'educazione, l'informazione e la sensibilizzazione in materia di legalità su tutto il territorio regionale;

□□l'articolo 1 ter, che istituisce il premio regionale della "Legalità contro tutte le mafie", da conferire annualmente (in occasione della "giornata regionale della memoria, della legalità e dell'impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie") a personalità o istituzioni che si siano distinte nell'attività di contrasto alla criminalità organizzata, da parte del Presidente della Regione su proposta dell'Osservatorio regionale tecnico-scientifico per la sicurezza, la legalità e la lotta alla corruzione;

□□l'articolo 8, comma 1, con il quale è stato istituito, presso la Presidenza della Giunta regionale del Lazio, l'Osservatorio tecnico scientifico per la sicurezza, la legalità e la lotta alla corruzione, quale organismo di supporto per le attività della Regione in relazione alle funzioni di programmazione e valutazione degli interventi regionali per la sicurezza e quale organismo di concertazione sugli aspetti tecnici delle politiche regionali per la sicurezza tra le istituzioni e le parti sociali.

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO

Con nota prot. n. 79546 del 15/2/2017, il Presidente dell'Osservatorio tecnico scientifico per la sicurezza, la legalità e la lotta alla corruzione:

□□ha comunicato alla Direzione le attività deliberate dall'Osservatorio medesimo, nella seduta del 10 febbraio 2017, per l'attuazione della "Giornata regionale della memoria, della legalità e dell'impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie", costituito da iniziative, attività, anche informative ed eventi, propedeutici, contestuali e successivi alla data del 21 marzo 2017, quali "*Percorsi di memoria e impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie*";

□□ha evidenziato la necessità di affidare al Lazio Innova spa l'attuazione delle suddette attività, in considerazione dell'approssimarsi della data indicata, della necessità di assicurato uno svolgimento tempestivo e della elevata esperienza maturata dalla società medesima nella pianificazione e realizzazione di attività ed eventi istituzionali.

IL RUOLO DI LAZIO IONNNOVA

Lazio Innova:

□ è una società operante in regime in house providing della Regione Lazio, in quanto la Regione esercita sulla persona giuridica di cui trattasi un controllo analogo a quello da essa esercitato sui propri servizi, il 100% delle attività sono effettuate nello svolgimento dei compiti ad essa affidati dall'amministrazione e non vi è alcuna partecipazione diretta dei capitali privati;

□. ha maturato specifica e pluriennale esperienza nella pianificazione e attuazione di attività istituzionali e di comunicazione della Regione, avendo peraltro già svolto, nelle annualità 2014/2015/2016, le attività necessarie per la realizzazione di eventi, iniziative, programmi dell'Osservatorio tecnico scientifico per la sicurezza, la legalità e la lotta alla corruzione.

L'IMPEGNO FINANZIARIO

L'importo complessivo da destinare alla attività propedeutiche, contestuali e successive alla realizzazione della "Giornata regionale della memoria, della legalità e dell'impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie" e alla realizzazione del premio regionale della "Legalità contro tutte le mafie", per l'anno 2017, è pari ad euro 50.000,00.

LA DISPOSIZIONE

In attuazione degli articoli 1 bis e 1 ter delle l. r. 15/2001, vengono avviate tutte le attività necessarie per la celebrazione della "Giornata regionale della memoria, della legalità e dell'impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie", ivi comprese le iniziative, attività, anche informative ed eventi, propedeutici, contestuali e successivi alla data del 21 marzo 2017, quali "*Percorsi di memoria e impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie*".

Viene affidata in convenzione alla società Lazio Innova S.p.a. la realizzazione delle attività suddette.

Viene approvato l'allegato schema di convenzione, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente determinazione, tra la Regione Lazio e la Società Lazio Innova" S. p. A, per le finalità di cui al punto precedente;

Viene erogata in favore di Lazio Innova S.p.a. la somma di euro 50.000,00, IVA inclusa, secondo le modalità indicate nella prevista convenzione e, in particolare:

- a) 80% della somma a titolo di acconto, pari ad euro 40.000,00 IVA inclusa, a seguito della stipula della convenzione;
- b) il saldo previa verifica ed approvazione da parte della Regione Lazio della rendicontazione e della relazione conclusiva delle attività,

SCHEMA DI CONVENZIONE

TRA

Regione Lazio, con sede legale in Roma, Via Cristoforo Colombo n. 212, 00147, C.F. 80143490581, rappresentata dal Direttore regionale della Direzione "Attività di controllo e Coordinamento delle Funzioni di Vigilanza",nato ail, domiciliato per la carica presso la sede sopra indicata;

E

La società Lazio Innova S.p.A., con sede legale in Roma, Via Marco Aurelio 26, 00184, C.F. 05950941004, rappresentata dal legale rappresentante Presidente del Consiglio di Amministrazione,nato a, il, il quale interviene e stipula in qualità di legale rappresentante della società medesima, domiciliato per la carica presso la sede legale sopra indicata.

Di seguito le parti stipulanti saranno indicate come "le Parti";

PREMESSO CHE

- Ai sensi della legge regionale del 5 luglio 2001, n. 15 (Promozione di interventi volti a favorire un sistema integrato di sicurezza, la cultura della legalità, della lotta alla corruzione e della cittadinanza responsabile nell'ambito del territorio regionale.

Istituzione della Giornata regionale contro tutte le mafie), come modificata dalla legge regionale n.14/2016:

□□l'Osservatorio tecnico scientifico per la sicurezza, la legalità e la lotta alla corruzione (di seguito denominato Osservatorio), istituito dall'articolo 8 della citata l.r.15/2001, costituisce l'organismo di supporto per le attività della Regione in relazione alle funzioni di programmazione e valutazione degli interventi regionali per la sicurezza e quale organismo di concertazione sugli aspetti tecnici delle politiche regionali per la sicurezza tra le istituzioni e le parti sociali”;

□□è stata istituita la “Giornata regionale della memoria, della legalità e dell’impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie”, da celebrarsi ogni anno il 21 marzo, al fine di promuovere l’educazione, l’informazione e la sensibilizzazione in materia di legalità su tutto il territorio regionale (articolo 1 bis);

□□è stato istituito il premio regionale della “Legalità contro tutte le mafie”, da conferire annualmente in occasione della “giornata regionale della memoria, della legalità e dell’impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie”, a personalità o istituzioni che si sono distinte nell’attività di contrasto alla criminalità organizzata, da parte del Presidente della Regione su proposta dell’Osservatorio regionale tecnico-scientifico per la sicurezza, la legalità e la lotta alla corruzione;
- con nota prot. n. 79546 del 15/2/2017, il Presidente dell’Osservatorio tecnico scientifico per la sicurezza, la legalità e la lotta alla corruzione:

□□ha comunicato alla Direzione regionale le attività deliberate dall’Osservatorio medesimo, nella seduta del 10 febbraio 2017, per l’attuazione della “Giornata regionale della memoria, della legalità e dell’impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie”, ivi comprese iniziative, attività, anche informative ed eventi, propedeutici, contestuali e successivi alla data del 21 marzo 2017, quali “*Percorsi di memoria e impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie*”;

□□ha evidenziato la necessità di affidare a Lazio Innova S.p.a. l’attuazione delle suddette attività, in considerazione dell’approssimarsi della data indicata, della necessità di assicurare uno svolgimento tempestivo e della elevata esperienza maturata dalla società medesima nella pianificazione e realizzazione di attività ed eventi istituzionali;

- con determinazione dirigenziale n.....è stato approvato lo schema della presente convenzione, finalizzata all’affidamento alla società Lazio Innova S.p.a., delle attività necessarie per la celebrazione della “Giornata regionale della memoria, della legalità e dell’impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie”, ivi comprese le iniziative, attività, anche informative ed eventi, propedeutici, contestuali e successivi alla data del 21 marzo 2017, quali “*Percorsi di memoria e impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie*”

TRA LE PARTI SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1

(Oggetto e finalità)

1. Con la presente convenzione la Regione Lazio affida a Lazio Innova S.p.a., che accetta, l’espletamento delle attività necessarie per la celebrazione della “Giornata regionale della memoria, della legalità e dell’impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie”, ivi comprese le iniziative, attività, anche informative ed eventi, propedeutici, contestuali e successivi alla data del 21 marzo 2017, quali “*Percorsi di memoria e impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie*” e, in particolare:

- a) n. 2 Rappresentazioni teatrali “Dieci storie proprio così” prodotte da Teatro di Roma/Argentina/India, Teatro stabile di Torino, Teatro Stabile di Napoli e Teatro Piccolo di Milano;
- b) Giornata regionale della memoria, della legalità e dell’impegno in ricordo delle vittime di tutte le mafie, con iniziative nelle provincie del Lazio;
- c) Premio regionale “Legalità contro tutte le mafie”;
- d) Visita studentesca, presso la Scuola di formazione e aggiornamento del personale del Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria a Roma, alla “Teca Falcone” dove è conservata l’auto del magistrato, rimasta coinvolta nell’attentato del 23 maggio 1992.
- e) Presentazione di libri sul XXV° anniversario delle stragi di Via d’Amelio e Capaci.
- f) Iniziative in occasione del XXV° anniversario della strage di Capaci.

g) Attività varie (proiezione, dibattiti, forum, manifestazioni, ecc.), con funzioni di implementazione della campagna di sensibilizzazione per la cultura della legalità.

Art. 2

(Obblighi di Lazio Innova S.p.a.)

1. Per le finalità di cui all'articolo 1, Lazio Innova S.p.a. si impegna a porre in essere, in particolare, le seguenti attività:

- a) predisposizione del piano dettagliato delle singole attività proposte e autorizzate dalla Regione Lazio, come da progetto concordato preventivamente con l'Osservatorio Tecnico Scientifico per la sicurezza, la legalità e la lotta alla corruzione, al quale le parti si riferiscono e che rimarrà materialmente depositato presso l'Osservatorio medesimo;
- b) affiancamento e supporto per l'organizzazione e la partecipazione ad eventi, concorsi, manifestazioni espositive;
- c) ideazione e progettazione del premio regionale della "Legalità contro tutte le mafie, nonché realizzazione dei materiali e prodotti, preventivamente visionati ed approvati dal Presidente dell'Osservatorio;
- d) ideazione, visualizzazione, produzione e fornitura, sia sul piano creativo che nella definizione dei contenuti specifici, di messaggi da diffondere, in attuazione della campagna stabilita, attraverso i seguenti canali: stampa, televisione, radio, social media;
- e) progettazione, produzione e diffusione di materiali informativi e promozionali nei formati cartaceo e/o multimediale/interattivo;
- f) distribuzione dei materiali sul territorio regionale;
- g) cura dell'esecuzione di tutte le attività necessarie ad un efficace svolgimento degli eventi stabiliti, tra cui a titolo esemplificativo: supporto per la definizione e l'organizzazione degli eventi concordati; individuazione, prenotazione e affitto degli spazi da destinare agli eventi con relativo allestimento e relativi supporti tecnici; segreteria organizzativa, definizione e aggiornamento, in accordo con la Regione Lazio, della *mailing list* dei partecipanti dedicata ad ogni evento; progettazione grafica, produzione di contenuti e realizzazione di materiale informativo per e/o sugli eventi proposti; servizi di registrazione audio-video, di micro-fonia, di amplificazione, di *hostess*, di catering; promozione di eventi attraverso annunci su organi di stampa; assistenza durante lo svolgimento degli eventi con personale qualificato; produzione degli atti di ciascun evento;
- h) ideazione, realizzazione e personalizzazione di prodotti promozionali e *gadget* da distribuire nel corso degli eventi;
- i) realizzazione delle attività in oggetto con l'impiego di personale qualificato;
- l) redazione, qualora richiesto, di specifiche relazioni sulle attività di volta in volta stabilite;
- m) realizzazione dei servizi, dei prodotti e delle iniziative concordate, secondo il cronoprogramma operativo definito e modificabile, ove necessario, secondo le esigenze della Regione/Osservatorio.

Art. 3

(Modalità di esecuzione dell'incarico)

1. La natura dei servizi e attività affidati richiede un raccordo continuo con la Regione/Osservatorio, sia in fase di programmazione, sia in fase di realizzazione degli stessi.

A tal fine, Lazio Innova S.p.a. dovrà:

- a) svolgere i servizi e le attività in stretta sinergia e condivisione con il referente regionale, il Presidente dell'Osservatorio Tecnico Scientifico per la sicurezza, la legalità e la lotta alla corruzione, fornendo indicazioni, giudizi e suggerimenti;
- b) segnalare al referente, per iscritto e con la massima tempestività, ogni circostanza o difficoltà che dovesse insorgere durante la realizzazione di quanto previsto;
- c) garantire l'operatività di un gruppo di lavoro caratterizzato da un approccio organizzativo flessibile capace di fronteggiare le esigenze che potranno presentarsi nel corso dello svolgimento delle varie attività richieste.

Art. 4

(Durata)

1. La presente convenzione decorre dalla data di sottoscrizione e avrà validità fino al 31 maggio 2017.
2. E' fatta salva la facoltà di proroga temporale entro il termine della scadenza, previa richiesta scritta di una delle parti e accettazione dell'altra, al solo fine della conclusione delle varie attività eventualmente ancora in essere e non pienamente concluse e comunque senza che alcun maggiore onere economico possa essere richiesto o concesso.

Art. 5

(Importo e modalità di pagamento)

1. La Regione Lazio, per le attività di cui all'articolo 2, corrisponderà a Lazio Innova S.p.A. l'importo complessivo di euro 50.000,00 (cinquantamila/00) IVA inclusa come per legge.
2. La liquidazione dei pagamenti avverrà secondo le seguenti modalità:
 - a) 80% della somma a titolo di acconto, pari ad euro 40.000,00 IVA inclusa, a seguito della stipula della presente convenzione;
 - b) il saldo previa verifica ed approvazione da parte della Regione Lazio della rendicontazione e della relazione conclusiva delle attività che Lazio Innova S.p.a. dovrà presentare entro 20 giorni dalla conclusione delle stesse.
3. Entrambi i pagamenti avverranno previo ricevimento di regolari fatture elettroniche.
4. Lazio Innova S.p.a., per una maggiore trasparenza delle attività svolte, provvederà ad adempiere a tutti gli oneri di tracciabilità dei flussi finanziari espressamente indicati nella Legge 136/2010, ed in particolare dall'art.3. A tal fine, per le movimentazioni finanziarie attinenti l'accordo, si utilizzerà un conto corrente bancario avente il seguente IBAN
IT64S0521603229000000012520.

Il Codice Unico di Progetto (CUP) assegnato al presente progetto è il n.e dovrà essere riportato su tutti i documenti amministrativi e contabili (CIG esente).

Art. 6

(Risorse non utilizzate)

1. Entro 30 (trenta) giorni dal termine di scadenza della convenzione di cui al precedente art. 4, Lazio Innova S.p.a. si impegna ad effettuare la restituzione delle eventuali somme non utilizzate, o ritenute non conformi dalla Regione a seguito della verifica di cui all'art. 5, mediante versamento su c/c bancario intestato alla tesoreria della Regione Lazio ed avente IBAN IT 03 M 02008 05255 000 400000292 (o eventuale altro c/c intestato alla Regione Lazio e da questa indicato per iscritto) con indicazione specifica della causale di versamento "Restituzione somme non utilizzate per la realizzazione del progetto di cui alla determinazione dirigenziale n.e, qualora necessario, previa emissione di specifica nota di credito a favore della Regione.

Art. 7

(Altri obblighi)

1. Lazio Innova S.p.a. sarà considerata responsabile di eventuali danni che, durante lo svolgimento del servizio, potrà arrecare a persone, a cose, o alla Regione Lazio, durante il periodo di durata della convenzione, intendendosi pertanto esonerata la Regione da qualsiasi conseguenza diretta o indiretta che possa derivare da comportamenti lesivi da parte della società Lazio Innova S.p.a.
2. Nessuna responsabilità potrà derivare alla Regione nei confronti del personale utilizzato da Lazio Innova S.p.a. per le attività svolte.
3. Le comunicazioni che saranno inviate nel territorio regionale nell'ambito del progetto, rese con qualunque mezzo (su carta, in video, in voce, sul web, su supporti multimediali), dovranno rispettare le indicazioni fornite dalla Regione/Osservatorio.

Art. 8

Inadempienze e risoluzioni

1. Qualora Lazio Innova S.p.a. esegua le attività oggetto della presente convenzione in modo non conforme a quanto approvato oppure con ritardo rispetto ai tempi concordati di volta in volta tra le parti, oppure nel caso di inadempienze gravi e ripetute, è fatta salva la facoltà della Regione di risolvere la presente convenzione.

2. La Regione ha il diritto di procedere, in ogni caso, alla risoluzione della presente convenzione o alla esecuzione d'ufficio dei servizi a spese di Lazio Innova S.p.a., avvalendosi della clausola risolutiva espressa ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, nei seguenti casi:

- a) gravi e/o ripetute violazioni degli obblighi non eliminate in seguito a diffida formale da parte della Regione Lazio;
- b) esecuzione parziale o intempestiva del servizio richiesto;
- c) arbitrario abbandono o sospensione non dipendente da cause di forza maggiore, di tutti o parte dei servizi oggetto della convenzione, da parte di Lazio Innova S.p.a.;
- d) violazione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari assunti con la presente convenzione.

3. La Regione potrà recedere, in qualunque momento, dagli impegni assunti con la presente convenzione nei confronti di Lazio Innova S.p.a. qualora, a proprio giudizio, nel corso dello svolgimento delle attività intervengano fatti, situazioni o provvedimenti che modifichino la situazione esistente all'atto della stipula della convenzione e ne rendano impossibile la sua conduzione a termine. In tale ipotesi saranno riconosciute a Lazio Innova S.p.a. solo le spese sostenute e/o impegnate alla data di comunicazione del recesso.

4. La Regione avrà la facoltà di sospendere in qualsiasi momento, per comprovati motivi, l'efficacia della convenzione stipulata, dandone comunicazione scritta a Lazio Innova S.p.a..

In conseguenza dell'esercizio della facoltà di sospensione, nessuna somma sarà dovuta a Lazio Innova S.p.a. nel relativo periodo.

Art. 9

Referenti per la gestione del progetto

1. Lazio Innova S.p.a. dovrà nominare, successivamente alla stipulazione della convenzione, il Capo Progetto, soggetto di comprovata e documentata competenza ed esperienza professionale nelle materie oggetto del progetto, che garantirà il coordinamento e l'esecuzione delle attività e dovrà agire in stretta collaborazione con il Direttore dell'esecuzione per la risoluzione di tutte le problematiche di carattere tecnico e organizzativo, che dovessero insorgere in fase di esecuzione. Il Capo Progetto dovrà presentare alla Regione Lazio, per il tramite del Direttore dell'esecuzione, le relazioni aventi ad oggetto lo stato di esecuzione della convenzione. Tra i due suddetti referenti del progetto dovranno essere concordati l'impostazione e l'avanzamento delle attività previste al fine di un miglioramento delle varie attività anche il ricorso a variazioni, integrazioni e modifiche.

2. Le parti stabiliscono che, per quanto riguarda i referenti, in attesa della definizione del nominativo del Capo progetto di Lazio Innova S.p.a., la gestione delle attività sarà curata come segue:

- per la Regione Lazio: Presidente dell'Osservatorio Tecnico Scientifico per la sicurezza, la legalità e la lotta alla corruzione, o da altro Referente designato;
- per Lazio Innova S.p.a.: legale rappresentante Presidente del Consiglio di Amministrazione, Dott. Stefano Fantacone.

3. La Regione potrà procedere a verificare l'adeguatezza del servizio realizzato attraverso controlli e verifiche, all'occorrenza anche svolte tramite propri delegati.

Art. 10

(Specifiche e modifiche)

1. Qualsiasi modifica sostanziale alla presente convenzione, dovrà essere concordata per iscritto tra le Parti; tutte le comunicazioni tra le parti dovranno esplicitarsi con la forma scritta, posta elettronica certificata o tramite mail.

Art. 11

Trattamento dei dati personali e riservatezza

1. Ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche ed integrazioni), i dati riguardanti le attività della presente convenzione potranno essere comunicati al fine di adempiere o per esigere l'adempimento di specifici obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria. Lazio Innova S.p.a. ha l'obbligo di

mantenere la riservatezza sui dati tecnici, documenti, notizie, e informazioni, di cui venga in possesso in ragione dei rapporti intercorrenti con la Regione Lazio ai sensi del succitato D.lgs. n. 196/2003 e di non farne oggetto di utilizzazione, a qualsiasi titolo, per scopi diversi da quelli strettamente necessari all'esecuzione della presente convenzione.

Art. 12

Bollo e registrazione

1. Gli oneri relativi all'assolvimento dell'imposta di bollo relativi alla presente convenzione sono a carico di Lazio Innova S.p.a..
2. Il presente atto sarà registrato in caso d'uso a spese del richiedente ai sensi del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 181.

Art. 13

Controversie

Per tutte le controversie che dovessero insorgere in redenzione alla presente convenzione sarà competente in via esclusiva il Foro di Roma.

Art. 14

Rinvio

Per quanto non espressamente previsto nella presente convenzione, si fa rinvio alle norme del Codice Civile e alle disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di contratti.

Letto, confermato e sottoscritto in Roma, ___/___/___

Per Lazio Innova S.p.A. Per la Regione Lazio

Il legale rappresentante Direttore Regionale

“Attività di controllo e Coordinamento
delle Funzioni di Vigilanza”

() ()

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il legale rappresentante di Lazio Innova S.p.A. dichiara di ben conoscere ed approvare specificatamente il contenuto degli articoli 5, 6, 7, 8, 12, 13 della presente convenzione.

Letto, approvato e sottoscritto in Roma, ___/___/___

Per Lazio Innova S.p.A.

Il legale rappresentante

()

DIPENDENZE

LOMBARDIA

DD 7 marzo 2017 - n. 2379 - Bando per gli enti locali per lo sviluppo e il consolidamento di azioni di contrasto al gioco d'azzardo patologico. (BUR n. 10 del 10.3.17)

Note

Viene approvato, in attuazione della la DGR n. X/6310 del 06 marzo 2017, l'allegato 1 «Bando dedicato agli Enti Locali per lo sviluppo e il consolidamento di azioni di contrasto al gioco d'azzardo patologico – l r 8/2013» e l'allegato 2 «Scheda informativa del Bando dedicato agli Enti Locali per lo sviluppo e il consolidamento di azioni di contrasto al gioco d'azzardo patologico» parti integranti e sostanziali del presente atto.

Vengono altresì approvate le modalità di presentazione delle domande di contributo relative al «Bando dedicato agli Enti Locali per lo sviluppo e il consolidamento di azioni di contrasto al gioco d'azzardo patologico» esclusivamente in forma telematica.

Le risorse finanziarie per l'attuazione delle iniziative di contrasto al gioco d'azzardo patologico, per il biennio 2017-2018 ammontano a € 2 000 000,00

BANDO DEDICATO AGLI ENTI LOCALI PER LO SVILUPPO E IL CONSOLIDAMENTO DI AZIONI DI CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO - L.R. 8/2013

A. INTERVENTO, SOGGETTI, RISORSE

A.1 Finalità e obiettivi

A.2 Riferimenti normativi

A.3 Soggetti Beneficiari

A.3.1 Potenziali Partner

A.4 Dotazione finanziaria

B. CARATTERISTICHE DELL'AGEVOLAZIONE

B.1 Progetti finanziabili B.2 Spese ammissibili

C. FASI E TEMPI DEL PROCEDIMENTO

C.1 Presentazione della domanda di contributo

C.2 Tipologia di procedura per l'assegnazione delle risorse C.3 ISTRUTTORIA C.3.1 Modalità e tempi del processo

C.3.2 Verifica di ammissibilità delle domande

C.3.3 Valutazione delle domande

C.3.4 Concessione dell'agevolazione e comunicazione degli esiti dell'istruttoria

C.4 MODALITA' E ADEMPIMENTI PER L'EROGAZIONE DELL'AGEVOLAZIONE

C.4.1 Adempimenti post concessione

C.4.2 Modalità e tempi di erogazione

C.4.3 Caratteristiche della fase di rendicontazione

C.4.4 Variazioni progettuali e rideterminazione contributi

D. DISPOSIZIONI FINALI

D.1 Obblighi dei soggetti beneficiari

D.2 Decadenze, revoche, rinunce dei soggetti

D.3 Proroghe dei termini

D.4 Ispezioni e controlli

D.5 Monitoraggio dei risultati D.6 Responsabile del procedimento

D.7 Trattamento dati personali

D.8 Pubblicazione, informazione e contatti

D.9 Diritto di accesso agli atti

D.10 Allegati/informative e istruzioni

D.11 Riepilogo date e termini temporali

A. INTERVENTO, SOGGETTI, RISORSE

A.1 Finalità e obiettivi

Regione Lombardia, a seguito degli esiti del precedente bando per lo sviluppo e il consolidamento di azioni di prevenzione e contrasto alle forme di dipendenza dal gioco d'azzardo lecito (Dduo 1934/2015), prosegue nell'azione di contrasto, consapevole dei danni che il gioco d'azzardo comporta generando comportamenti rischiosi per il benessere individuale e impatti negativi sulla collettività. Obiettivo generale è quello di sviluppare sinergie e costruire reti territoriali, sperimentare e consolidare azioni significative nel territorio lombardo al fine di tutelare le fasce deboli della popolazione e tutti coloro che con il gioco rischiano affetti, relazioni, lavoro, oltre nei casi estremi, in cui sviluppano una vera e propria dipendenza patologica.

A.2 Riferimenti normativi

Legge regionale 21 ottobre 2013, n. 8 "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico"

Legge regionale 6 maggio 2015, n. 11 "Modifiche alla legge regionale 21 ottobre 2013, n. 8 (Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico), alla legge

regionale 11 marzo 2005, n 12 (Legge per il governo del territorio) e alla legge regionale 2 febbraio 2010, n 6 (Testo unico delle leggi regionali in materia di commercio e fiere)”

La l r n 8/2013 all’art 11(Clausola valutativa), prevede un monitoraggio ed una relazione annuale al Consiglio Regionale sull’attuazione della legge stessa La l r 11 agosto 2015 - n 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)” afferma la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione e i processi di promozione della salute

A.3 Soggetti Beneficiari

Beneficiari del Bando regionale sono i Comuni, le Unioni di Comuni e le Comunità Montane, che agiranno in qualità di titolari e responsabili dei progetti che potranno sviluppare in forma singola o aggregata con altri partner

A.3.1 Potenziali Partner

- Comuni
- Unioni di Comuni
- Comunità Montane
- Aree vaste territoriali - Province/Città Metropolitana
- Aziende Speciali
- Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)
- Enti accreditati per i servizi nell’area dipendenze
- Soggetti del Terzo Settore di cui alla l r 14 2 2008, n 1, iscritti all’Albo regionale/provinciale
- Associazioni di rappresentanza delle imprese e degli operatori di settore
- Associazioni di tutela dei diritti dei consumatori e utenti iscritte nell’Elenco regionale/provinciale
- Sindacati
- Fondazioni
- Istituti Scolastici e di formazione
- Cooperative Sociali di Tipo A e B
- Parrocchie • Centri di Aggregazione Giovanile (C A G)
- Altro (specificare).....

I soggetti partner pubblici possono aggregarsi in fase progettuale ad un solo capofila, presentando dichiarazione di non aver richiesto di partecipare, in qualità di partner, ad altri progetti differenti, in questo bando

Tale prescrizione non si applica ad ATS e ASST.

I soggetti non pubblici non potranno partecipare, come partner o in qualsiasi altra veste, a più di tre progetti nella stessa Provincia e a più di cinque sul territorio regionale e dovranno presentare al capofila una dichiarazione che attesti quanto sopra specificato L’Ente capofila del progetto dovrà garantire di aver effettuato la verifica dei requisiti sopra descritti, all’interno della domanda di presentazione del progetto

A.4 Dotazione finanziaria

Per il biennio 2017-2018 sono state individuate complessivamente risorse per € 2 000 000,00, allocate sul capitolo 13 01 104 11782 “Trasferimento ad Enti locali di risorse finalizzate agli interventi di contrasto della diffusione del gioco d’azzardo patologico”

B. CARATTERISTICHE DELL’AGEVOLAZIONE

Il presente bando utilizza risorse regionali e si sviluppa in tre specifiche linee di finanziamento dei progetti:

Linea 1 – Progetti in continuità con quelli finanziati nel precedente bando, sia per ambiti di intervento, sia per capofila, sia per partenariato

Linea 2 – Nuovi progetti con partenariati composti da soggetti pubblici che non abbiano ottenuto finanziamenti nel precedente bando

Linea 3 – Nuovi progetti che siano presentati da soggetti, capofila o partner pubblici, che hanno ottenuto finanziamenti nel precedente bando La presenza di soggetti non pubblici, che abbiano fatto parte di partenariati che hanno ricevuto in precedenza il contributo, non pregiudica la possibilità di essere inseriti in Linea 2

Il finanziamento dei progetti avverrà secondo le seguenti priorità: verranno finanziati prioritariamente i progetti di Linea 1 a seguire i progetti di Linea 2 e successivamente i progetti di Linea 3 Il contributo regionale sarà pari all'80% delle spese ammissibili del progetto

Il progetto dovrà essere cofinanziato dal proponente e/o dai partner nella misura di almeno il 20% del totale delle spese ammissibili del progetto

Il cofinanziamento può avvenire sotto forma di risorse proprie del capofila e degli altri partner del progetto, anche sotto forma di valorizzazione del costo del personale subordinato o di quello dei soggetti coinvolti nelle azioni progettuali

È esclusa la valorizzazione dell'attività di volontariato

Si ricorda che, qualora un Ente capofila di progetto ammissibile e finanziabile, versi in condizione debitoria nei confronti di Regione Lombardia effettuerà una compensazione debiti/crediti ai sensi della l.r. 34 art. 55 comma 2 bis, per la corrispondente quota parte del contributo concesso.

DESCRIZIONE DELLE LINEE

Linea 1

- Progetti presentati a cura dei capofila che hanno usufruito dei contributi del precedente bando (dduo 1934 del 13 marzo 2015)

L'Allegato A indica l'elenco dei Comuni, Comunità Montane e Unioni di Comuni che, in qualità di capofila o partner, hanno già realizzato azioni di contrasto, nel biennio 2015/2016 I capofila, potranno presentare il proprio progetto, in forma singola o in partenariato con altri soggetti pubblici o privati, purché la composizione del partenariato rispetti i vincoli in tabella N° "COMUNI" partner nel precedente bando

Possibili "COMUNI" uscenti Partner "COMUNI" sostitutivi oltre 14 Max 3 max pari al n° uscenti da 14 a 10 Max 2 max pari al n° uscenti da 9 a 5 Max 1 max pari al n° uscenti da 1 a 4 0 0

Dovrà essere garantita la partecipazione di almeno il 50% dei partner presenti nella composizione del precedente partenariato e diversi da quelli presenti nell'Allegato A I progetti della Linea 1 manterranno alcune delle azioni ritenute particolarmente strategiche nel contrasto al gioco d'azzardo Sarà richiesto di motivare l'interesse a proseguire, fornendo dati che attestino il risultato ottenuto nel precedente bando, il grado di efficacia dell'azione che si intende riproporre e il grado di sostenibilità futura in assenza di contributi regionali In caso di esito positivo dell'istruttoria e successivo riconoscimento di finanziamento, avranno diritto ad un contributo non inferiore a 5 000,00 Euro e non superiore a 15 000,00 Euro

Linea 2

– Progetti presentati a cura di un capofila di progetto che non hanno sviluppato azioni di contrasto utilizzando le risorse del bando 2015 e che non abbiano tra i loro attuali partner pubblici i soggetti che abbiano usufruito del contributo (v Allegato A) Sarà possibile presentare progetti in forma singola o in partenariato con altri soggetti pubblici o privati e, in caso di ammissibilità e finanziamento del proprio progetto, ricevere un contributo non inferiore a 5 000,00 Euro e non superiore a 30 000,00 Euro

Linea 3

– Progetti nuovi che siano sviluppati da soggetti che abbiano ottenuto finanziamenti nel precedente bando o che abbiano tra i loro attuali partner pubblici soggetti di cui all'Allegato A, che hanno usufruito del contributo I soggetti capofila che accedono alla Linea 3 potranno

presentare un nuovo progetto che preveda interventi diversi da quelli già realizzati o ambiti diversi da quelli precedentemente scelti. In fase di istruttoria verrà verificata l'unicità del progetto rispetto a quello della precedente edizione, pena l'esclusione del progetto stesso. In caso di ammissibilità e finanziamento del proprio progetto, potranno ricevere un contributo non inferiore a 5 000,00 Euro e non superiore a 30 000,00 Euro.

B.1 Progetti finanziabili

I Comuni, le Unioni di Comuni e le Comunità Montane, possono presentare, in forma singola o in partenariato, proposte progettuali che individuino azioni a livello locale in grado di contenere l'impatto negativo delle attività connesse alla pratica del gioco d'azzardo. I Comuni, le Unioni di Comuni e le Comunità Montane possono presentare uno o più progetti sulla base della popolazione residente (dati censimento 2011) del proponente e/o del capofila di progetto come indicato in tabella.

La colonna "N progetti" riporta il totale, tra progetti in continuità e nuovi progetti, che è possibile presentare: Fasce popolazione N° progetti
 Fino a 10 000 abitanti 1
 da 10 001 a 100 000 abitanti 2
 da 100 001 a 1 000 000 abitanti 3
 Oltre 1 000 000 abitanti 5

Nei progetti dovrà essere esplicitato l'obiettivo generale e gli obiettivi specifici delle singole azioni che si è deciso di attivare. I progetti della Linea 1 potranno selezionare tra le azioni che hanno avviato e concluso nello scorso biennio, quelle che desiderano potenziare o sceglierne altre all'interno degli ambiti di intervento, ma sempre nel medesimo progetto. I progetti della Linea 2 e della Linea 3 saranno frutto di analisi di bisogni territoriali e di scelte, che sfoceranno nello sviluppo di azioni.

AMBITI DI INTERVENTO – AZIONI PROGETTUALI

I progetti presentati dovranno sviluppare, a scelta del proponente, azioni nei seguenti ambiti:

1 INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE – Esempio: convegni, incontri mirati per target di popolazione in luoghi di aggregazione specifici

2 FORMAZIONE - Esempio: volontari, animatori, educatori, assistenti sociali, giovani e/ostudenti, responsabili delle risorse umane nelle aziende

3 ASCOLTO E ORIENTAMENTO – Esempio: Integrazione con azione delle ATS/ASST (numeri telefonici, sportelli di primo filtro) con consulenze anche di carattere legale per situazione debitoria, lavorativa ecc

4 MAPPATURA E CONTESTUALE AZIONE DI CONTROLLO a Individuazione e geolocalizzazione dei luoghi sensibili; b verifica e aggiornamento del censimento geolocalizzato degli esercizi con newslot/AWP e VideoLotteryTerminal (VLT) messo a disposizione da Regione Lombardia (Allegato B); c censimento delle newslot/AWP e VLT collocate nei singoli esercizi e delle relative date di scadenza del contratto stipulato tra l'esercente e il gestore (ovvero il noleggiatore delle apparecchiature da gioco); d esito dei controlli effettuati; e eventuali sanzioni comminate. Tutti i dati rilevati in questo ambito dovranno essere restituiti a Regione Lombardia, tramite l'apposito applicativo web, che verrà messo a disposizione nell'Ecosistema E015, a cadenza almeno trimestrale entro le seguenti date: 3 novembre 2017, 3 febbraio 2018, 3 maggio 2018

Esclusivamente per la Linea 1: l'Ambito MAPPATURA sviluppato nel precedente bando dovrà essere ricondotto al censimento geolocalizzato sopracitato, svolgendo attività di controllo e vigilanza

5 AZIONI NO SLOT – Esempio: Ideare attività sociali per impegnare il tempo libero in grado di offrire alternative gratificanti e gratuite per i diversi target o in grado di fidelizzare la clientela di un locale No slot

6 CONTROLLO E VIGILANZA – Svolto da soggetti istituzionali deputati al fine delle previsioni poste dalla normativa nazionale e regionale con trasmissione periodica a Regione Lombardia dell'esito dei controlli e delle sanzioni effettuate

7 RICERCA – Esclusivamente per la Linea 2 e 3 - Sul mondo giovanile, tramite indagini e laboratori nelle scuole da effettuarsi obbligatoriamente con l'affiancamento di Università e/o di Enti di ricerca, e con particolare attenzione al gioco on line

Le azioni progettuali prevedono tipologie di destinatari differenziate a seconda della popolazione target riferita:

- 1) Popolazione totale
- 2) Anziani
- 3) Studenti/giovani
- 4) Gestori pubblici esercizi e sale da gioco
- 5) Amministratori locali, Operatori dei servizi pubblici e privati (ad es insegnanti, operatori della Polizia Locale, volontari) Tutti i progetti ammessi a finanziamento dovranno essere avviati dal 3 luglio 2017 e concludersi entro 3 luglio 2018.

B.2 Spese ammissibili

Le spese ammissibili devono avere una coerenza temporale con il progetto presentato e devono essere sostenute a partire dalla data di avvio del progetto e non possono essere successive alla data di conclusione del progetto Sono ammissibili le seguenti voci di spesa, finalizzate al conseguimento degli obiettivi del progetto:

a) **Risorse Umane** • Costo lordo orario del personale con rapporto di lavoro subordinato sia dipendente del soggetto beneficiario o di soggetto partner Il costo è ammissibile nel caso in cui il personale partecipi operativamente al progetto o realizzi attività amministrative o di supporto allo stesso Il personale coinvolto nel progetto dovrà essere preventivamente incaricato con lettera, che ne indichi le attività e le ore da dedicare; • Costo lordo delle risorse umane con rapporto di lavoro diverso da quello subordinato (liberi professionisti, consulenti, collaboratori, ecc) che partecipano operativamente al progetto con conseguente indicazione di attività e ore previste

b) **Spese generali connesse al progetto** Le spese generali connesse al progetto dovranno essere espressamente pianificate, non potranno essere considerate ammissibili spese generali superiori al 25% delle spese ammissibili delle risorse umane **Elenco spese generali ammissibili:** • Riproduzione di materiali documentali o didattici • Acquisto spazi televisivi, radiofonici, su stampa locale/nazionale • Produzione di materiale promozionale (gadget, magliette, ecc) • Eventuale affitto di sedi per lo svolgimento di attività legate al progetto, comprensivo di eventuali assicurazione per eventi organizzati • Affitto di attrezzature (microfoni, palchi, stand) • Diritti SIAE Le spese preventivate dovranno essere inserite negli appositi moduli on line che saranno resi disponibili dalla piattaforma

C. FASI E TEMPI DEL PROCEDIMENTO

C.1 Presentazione della domanda di contributo Per partecipare al bando dovrà essere presentata domanda esclusivamente in forma telematica, utilizzando la procedura “SIAGE” raggiungibile all’indirizzo internet: [www. agevolazioni regione lombardia it](http://www.agevolazioni.regione.lombardia.it) dalle ore 10.00 del 14 MARZO 2017 fino alle ore 16.00 del 14 APRILE 2017.

La presentazione della domanda dovrà essere effettuata compilando le apposite sezioni on line e allegando il Piano sostenibilità, documento la cui mancanza comporta la non ammissibilità del progetto con conseguente esclusione

È garantito un Controllo automatico sulla data e ora di invio della domanda (confronto con data e ora di scadenza del bando) La domanda on line deve essere obbligatoriamente sottoscritta con firma elettronica ai sensi del Regolamento (UE) n 910/2014, dal legale rappresentante o suo delegato Ai sensi del Regolamento dell’Unione Europea numero 910/2014, cosiddetto regolamento “eIDAS” (electronic IDentification Authentication and Signature - Identificazione, Autenticazione e Firma elettronica), la sottoscrizione della documentazione utile alla partecipazione al bando potrà essere effettuata con firma digitale o firma elettronica qualificata o firma elettronica avanzata È ammessa quindi anche la firma con Carta Regionale dei Servizi (CRS) o Carta Nazionale dei Servizi (CNS), purché generata

attraverso l'utilizzo di una versione del software di firma elettronica avanzata aggiornato a quanto previsto dal Decreto del Consiglio dei Ministri del 22/2/2013 "Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b) , 35, comma 2, 36, comma 2, e 71" (Il software gratuito messo a disposizione da Regione Lombardia è stato adeguato a tale Decreto a partire dalla versione 4.0 in avanti)

La domanda di partecipazione è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'Allegato B del DPR n. 642/1972

C.2 Tipologia di procedura per l'assegnazione delle risorse

Procedura valutativa: I progetti della Linea 1, accedono alle risorse disponibili, previa istruttoria di conformità e di correttezza delle dichiarazioni sottoscritte dal capofila. In caso di dichiarazioni mendaci, i progetti saranno esclusi Linea 2 e Linea 3 con assegnazione dei punteggi di cui al punto C3.3. In caso di parità punteggi, farà fede data e ora, minuto, secondo di protocollazione.

C.3 ISTRUTTORIA

C.3.1 Modalità e tempi del processo Dal 18 aprile 2017 al 31 maggio 2017 saranno esperite le varie fasi dell'istruttoria per la valutazione delle domande a cura di apposita Commissione di valutazione, allo scopo nominata.

La Commissione che valuterà i progetti pervenuti sarà costituita con decreto del Direttore Generale della Direzione Generale Territorio, Urbanistica, Difesa del Suolo e Città Metropolitana o del Dirigente dell'Unità Organizzativa Strumenti per il Governo del Territorio, presieduta da un dirigente di Regione Lombardia e composta da rappresentanti della Direzione Generale Welfare e della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale.

C.3.2 Verifica di ammissibilità delle domande Saranno verificati i requisiti formali di rispetto dei termini e delle modalità previste dal bando, la completezza della compilazione dei Moduli on line e allegato Piano di Sostenibilità.

C.3.3 Valutazione delle domande Le attività previste consistono nella valutazione di merito, con assegnazione di punteggi come da Tabella.

TABELLA PUNTEGGI DA ATTRIBUIRE

CRITERI DI VALUTAZIONE	INDICATORI	PUNTI	PUNTEGGIO MASSIMO
ATTRIBUIBILE			

PARTNERSHIP

Presenza ATS	2	2	Presenza ASST	2	2	Presenza congiunta di ATS e ASST	3	3	Sino a 10 partner pubblici	2	2	Oltre 10 partner pubblici	4	4
--------------	---	---	---------------	---	---	----------------------------------	---	---	----------------------------	---	---	---------------------------	---	---

AMBITI DI INTERVENTO – AZIONI PROGETTUALI

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	1	1	FORMAZIONE	1	1	ASCOLTO E ORIENTAMENTO	1	1	MAPPATURA ASSOCIATA ALL'AZIONE DI CONTROLLO	Da 0 a 10	10	AZIONI NO SLOT	1	1	CONTROLLO E VIGILANZA	2	2	RICERCA	Da 0 a 10	10
------------------------------	---	---	------------	---	---	------------------------	---	---	---	-----------	----	----------------	---	---	-----------------------	---	---	---------	-----------	----

TARGET DESTINATARI DELLE AZIONI

Popolazione totale	1	1	Anziani	3	3	Giovani/studenti	3	3	Gestori pubblici esercizi e sale da gioco	2	2
--------------------	---	---	---------	---	---	------------------	---	---	---	---	---

Amministratori locali, Operatori dei servizi pubblici e privati 2 2

SOSTENIBILITA' DELL'AZIONE DI CONTRASTO

Formulazione di ipotesi di sostenibilità economica e organizzativa futura delle azioni senza contributi regionali – Piano sostenibilità

Da 0 a 10 10

PUNTEGGIO MASSIMO

60

C.3.4 Concessione dell'agevolazione e comunicazione degli esiti dell'istruttoria

L'esito della valutazione di tutti i progetti pervenuti, consentirà di predisporre, entro il 31 maggio 2017, il decreto del Dirigente della Unità Organizzativa Strumenti per il Governo del Territorio in cui sarà riportato:

- Linea 1 – l'importo totale ammissibile a contributo e il contributo concedibile;
- Linee 2 e 3 - le relative graduatorie con il punteggio assegnato e assegnazione dei contributi, nei limiti dello stanziamento regionale In caso di progetti con pari punteggio, la loro collocazione in graduatoria seguirà l'ordine di protocollazione della domanda di partecipazione al bando Entro il 9 giugno 2017, l'elenco dei progetti finanziati e la graduatoria saranno pubblicati sul B U R L , nonché sul sito istituzionale di Regione Lombardia e all'indirizzo www.noslot.regione.lombardia.it; contestualmente saranno effettuate le comunicazioni a tutti gli Enti proponenti di progetto che hanno partecipato al bando, con indicazioni per coloro che sono ammessi a contributo

C.4 MODALITA' E ADEMPIMENTI PER L'EROGAZIONE DELL'AGEVOLAZIONE

C.4.1 Adempimenti post concessione I capofila dei progetti destinatari di contributo dovranno compilare on line, entro il 20 giugno 2017, pena decadenza dalla graduatoria e revoca dell'assegnazione, il Modulo di accettazione, firmato digitalmente, (v.rif C 1) ai sensi del Regolamento (UE) n 910/2014, dal legale rappresentante del soggetto beneficiario o da soggetto espressamente delegato

C.4.2 Modalità e tempi di erogazione Regione Lombardia entro il 20 luglio 2017, procederà ad erogare la prima quota pari al 50% del contributo concesso La seconda quota a saldo, sarà erogata entro il 30 novembre 2018 e rideterminata nella misura dell'80% delle spese ammissibili rendicontate

C.4.3 Caratteristiche della fase di rendicontazione Entro il 15 settembre 2018, il beneficiario presenta on line la richiesta di saldo del contributo sottoscritta con firma elettronica, ai sensi del Regolamento (UE) n 910/2014, a cura del legale rappresentante o soggetto espressamente delegato La richiesta di saldo sarà corredata dalla rendicontazione contabile amministrativa on line che evidenzia, in coerenza con il progetto approvato, le spese sostenute e liquidate, i risultati raggiunti, gli esiti degli strumenti di monitoraggio adottati, le criticità riscontrate Alla rendicontazione dovranno essere allegati, con scansione, i documenti contabili attestanti le spese sostenute

C.4.4 Variazioni progettuali e rideterminazione contributi

In fase di rendicontazione, nel caso di scostamenti di spesa si stabilisce quanto segue: – Se le variazioni di spesa comportano un aumento del valore totale del progetto, le spese eccedenti resteranno a carico del soggetto beneficiario – Se, al contrario, le variazioni di spesa implicano una riduzione, il contributo regionale assegnato sarà conseguentemente ridotto Il capofila del progetto deve comunicare a segreteria@regione.lombardia.it eventuali richieste di modifica al progetto originale, siano esse di modifica di partner o di spese o di azioni previste Le richieste di variazione saranno oggetto di parere da parte della UO Strumenti per il Governo del Territorio che comunicherà l'esito Non saranno ammesse variazioni sostanziali al progetto che comporterebbero la modifica dei punteggi acquisti in fase di valutazione

D. DISPOSIZIONI FINALI D.1 Obblighi dei soggetti beneficiari

I soggetti beneficiari capofila sono responsabili delle azioni previste dal progetto e non possono assegnare a terzi (consorzio, cooperativa, associazioni di volontariato) il compito di sviluppare il progetto attraverso un specifico incarico globale Inoltre i soggetti beneficiari sono tenuti a:

- Rispettare le prescrizioni contenute nel bando;
- Fornire, nei tempi e nei modi previsti dal bando, la documentazione e le informazioni richieste;
- Informare tempestivamente la UO competente, in caso di variazione del progetto

– Evidenziare, in tutte le eventuali forme di pubblicizzazione del progetto, che esso è realizzato con il concorso di risorse di Regione Lombardia, per garantire la sua visibilità istituzionale,

– In caso di utilizzo del logo No Slot, inviare alla casella no_slot@regione lombardia.it la proposta di prodotto grafico (locandina, brochure, ecc.) per verifica del rispetto requisiti del logo

D.2 Decadenze, revoche, rinunce dei soggetti Il contributo decade, con richiesta di restituzione anche parziale del contributo, nei seguenti casi: – accertamento irregolarità delle spese, a seguito controlli; – mancata rendicontazione nei termini previsti dal presente avviso; – rinuncia

D.3 Proroghe dei termini Non sono previste

D.4 Ispezioni e controlli Regione Lombardia effettuerà controlli, presso la sede dell'Ente capofila e sulle fatture trasmesse, su base campionaria di almeno il 5% dei progetti ammessi, allo scopo di verificare la veridicità delle dichiarazioni e informazioni prodotte on line, la regolarità riferita alle spese sostenute, alle attività rendicontate e ai risultati dichiarati come raggiunti. Regione Lombardia si riserva la facoltà di aumentare la percentuale dei controlli

D.5 Monitoraggio dei risultati

Al fine di misurare l'effettivo livello di raggiungimento degli obiettivi di risultato collegati a questo intervento l'indicatore individuato è:

- Percentuale enti pubblici beneficiari del contributo che non avevano usufruito del precedente bando

- Progetti ammessi/presentati In attuazione del disposto normativo nazionale e regionale (art. 7 del D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e art. 32, co. 2 bis, lettera c della l.r. 1/02/2012, n. 1), è possibile compilare un questionario di customer satisfaction, sia nella fase di "adesione" che di "rendicontazione". Tutte le informazioni saranno raccolte ed elaborate in forma anonima dal soggetto responsabile del bando, che le utilizzerà in un'ottica di miglioramento costante delle performance al fine di garantire un servizio sempre più efficace, chiaro ed apprezzato da parte dei potenziali beneficiari

D.6 Responsabile del procedimento Ai sensi dell'art. 4 della Legge 241/90 e nonché art. 9, comma 2 della l.r. 1/2012, si informa che in relazione alle attività previste dal presente avviso, responsabile del procedimento è il Dirigente della UO Strumenti per il Territorio

D.7 Trattamento dati personali Il Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti per quanto concerne il trattamento dei dati personali. Il trattamento di tali dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, pertinenza e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti dei soggetti richiedenti secondo quanto previsto dall'art. 11. Ai sensi dell'art. 13 del decreto ed in relazione ai dati personali che verranno comunicati ai fini della partecipazione al Bando in oggetto, si forniscono inoltre le informazioni che seguono. Finalità del trattamento dati I dati acquisiti in esecuzione del presente bando (specificare la finalità in concreto) saranno utilizzati esclusivamente per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale vengono comunicati. Tutti i dati personali che verranno in possesso di Regione Lombardia, del Gestore e dei soggetti eventualmente incaricati della gestione delle domande saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dal bando e nel rispetto dell'art. 13 del decreto. Modalità del trattamento dati I dati acquisiti saranno trattati con l'ausilio di strumenti, anche elettronici, idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti vigenti. Comunicazione dei dati I dati potranno essere comunicati da Regione Lombardia. Titolare del trattamento dati Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, titolare del trattamento dei dati è la Giunta Regionale della Lombardia nella persona del Presidente pro-tempore, con sede in Piazza Città di Lombardia 1 – 20124 Milano. Responsabili del trattamento dei dati Responsabili interni del Trattamento, per Regione Lombardia, sono: il Direttore Generale pro-tempore della DG Territorio, Urbanistica, Difesa del Suolo e Città

Metropolitana; Responsabile esterno del Trattamento è Lombardia Informatica Spa nella persona del suo legale rappresentante Diritti dell'interessato I soggetti cui si riferiscono i dati personali possono esercitare i diritti previsti da artt 7 e 8 del D Lgs n 196/2003, tra i quali figura la possibilità di ottenere:

- la conferma dell'esistenza dei dati personali, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- l'indicazione della loro origine, delle finalità e delle modalità del loro trattamento;
- l'aggiornamento, la rettifica e l'integrazione dei dati, la loro cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
- l'attestazione che le operazioni di cui al precedente punto sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

È altresì possibile opporsi al trattamento dei dati personali in presenza di motivi legittimi o per giustificati motivi. Le modalità per esercitare i citati diritti sono disciplinate dal decreto del Segretario Generale n 10312 del 6/11/2014 "Determinazioni in merito al diritto di accesso ai dati personali e agli altri diritti i cui all'Art 7 e art. 8 del D.Lgs. 196/2003 detenuti dalla Giunta regionale. Approvazione di Policy di gestione di accesso ai dati personali". Le istanze andranno rivolte a Regione Lombardia, all'indirizzo del Direttore Generale – DG Territorio, Urbanistica, Difesa del Suolo e Città Metropolitana – Piazza Città di Lombardia – Milano

D.8 Pubblicazione, informazione e contatti Copia integrale del bando comprensiva è pubblicata sul BURL, sul sito istituzionale di Regione Lombardia www.regione.lombardia.it, sul sito www.noslot.regione.lombardia.it. Qualsiasi informazione relativa al bando e agli adempimenti ad esso connessi potrà essere richiesta inviando una e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica segreteria@regione.lombardia.it

D.9 Diritto di accesso agli atti Il diritto di accesso agli atti relativi al bando è tutelato ai sensi della legge 7 agosto 1990, n 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi). Tale diritto consiste nella possibilità di prendere visione, con eventuale rilascio di copia anche su supporti magnetici e digitali, del bando e degli atti ad esso connessi, nonché delle informazioni elaborate da Regione Lombardia, utilizzando l'allegato C "Diritto di accesso ai documenti amministrativi". L'interessato può accedere ai dati in possesso dell'Amministrazione nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti. Per la consultazione o la richiesta di copie - conformi o in carta libera - è possibile presentare domanda verbale o scritta agli uffici competenti: DG: DG Territorio, Urbanistica, Difesa del Suolo e Città Metropolitana U O : Strumenti per il Governo del Territorio Indirizzo: Piazza Città di Lombardia 1 – 2014 Milano Telefono: 026765 5146/4274 E-mail: alberto_biancardi@regione.lombardia.it Orari di apertura al pubblico lun-giovedì: 9:30-12:30 e 14:15-16:30 / venerdì: 9:30-12:30. La semplice visione e consultazione dei documenti è gratuita, mentre le modalità operative per il rilascio delle copie e i relativi costi di riproduzione sono definiti nel decreto n 1806/2010, che li determina come segue: § la copia cartacea costa 0,10 euro per ciascun foglio (formato A4); § la riproduzione su supporto informatico dell'interessato costa 2,00 euro;

§ le copie autentiche sono soggette ad imposta di bollo pari a Euro 16,00 ogni quattro facciate. Tale imposta è dovuta fin dalla richiesta, salvo ipotesi di esenzione da indicare in modo esplicito. Sono esenti dal contributo le Pubbliche Amministrazioni e le richieste per importi inferiori o uguali a 0,50.

D.10 Allegati/informative e istruzioni Gli allegati non costituiscono parte integrante al presente bando, ma verranno pubblicati sul sito istituzionale di Regione Lombardia www.regione.lombardia.it e sul sito www.noslot.regione.lombardia.it. Allegato A: Elenco dei Comuni, Comunità Montane e Unioni di Comuni Allegato B: Censimento geolocalizzato degli esercizi con newslot/AWP e VideoLotteryTerminal (VLT) Allegato C: Richiesta di accesso agli atti

D.11 Riepilogo date e termini temporali

TIMING DI PROCESSO APERTURA BANDO ore 10.00 del 14 marzo 2017 CHIUSURA BANDO ore 16.00 del 14 aprile 2017
VALUTAZIONE PROGETTI Dal 18 aprile entro 31 maggio 2017 PUBBLICAZIONE GRADUATORIA Entro 9 giugno 2017 ACCETTAZIONE DA PARTE DEI BENEFICIARI Entro 20 giugno 2017 EROGAZIONE PRIMA QUOTA Entro 20 luglio 2017 RENDICONTAZIONE Entro 15 settembre 2018 SALDO Entro 30 novembre 2018
PROMEMORIA INIZIO PROGETTO 3 LUGLIO 2017 FINE PROGETTO 3 LUGLIO 2018

GIOVANI

PIEMONTE

D.D. 14 Dicembre 2016, n. 919 - Costituzione e nomina del Nucleo di valutazione delle domande di finanziamento presentate in attuazione del Bando regionale, per la concessione di finanziamenti per la creazione di una rete regionale di redazioni locali sul Portale Piemonte Giovani, approvato con D.D. n. 832 del 21 novembre 2016 e s.m.i. Proposta progettuale regionale approvata con DGR n. 38-4244 del 21 novembre 2016 e s.m.i.

UMBRIA

DPGR 10.2.17, n. 59 - Tavolo di coordinamento delle politiche giovanili, ai sensi dell'art. 23 della legge regionale 1 febbraio 2016, n. 1. Nomina componenti. (BUR n. 10 dell'8.3.17)

Art. 1

Sono nominati, in seno al Tavolo di coordinamento delle politiche giovanili, di cui all'art. 23 della legge regionale 1 febbraio 2016, n. 1, i Signori:

Luca Barberini, Assessore regionale competente in materia di politiche giovanili, che lo presiede art. 23, comma 1, lett. a) della l.r. 1/2016;

Matteo Pellegrini, Assessore del Comune di Citerna, Zona Sociale 1;

Lorenzo Pierotti, Assessore del Comune di Corciano, Zona Sociale 2;

Veronica Cavallucci, Assessore del Comune di Assisi, Zona Sociale 3;

Catia Massetti, Assessore del Comune di Todi, Zona Sociale 4;

Alessio Meloni, Assessore del Comune di Castiglione del Lago, Zona Sociale 5;

Giuseppina Perla, Assessore del Comune di Norcia, Zona Sociale 6;

Gabriele Damiani, Assessore del Comune di Gubbio, Zona Sociale 7;

Dalila Stemperini, Assessore del Comune di Trevi, Zona Sociale 8;

Maria Elena Bececco, Assessore del Comune di Spoleto, Zona Sociale 9;

Emilio Giacchetti, Assessore del Comune di Terni, Zona Sociale 10;

Piera Piantoni, Assessore del Comune di Narni, Zona Sociale 11;

Cristina Croce, Assessore del Comune di Orvieto, Zona Sociale 12; individuati dal CAL - art. 23, comma 1, lett. b) della l.r. 1/2016.

Art. 2

I componenti del Tavolo di coordinamento delle politiche giovanili restano in carica per la durata della legislatura, ai sensi dell'art. 23, comma 5 della l.r. 1/2016.

IMMIGRATI

VENETO

DGR 28.2.17, N. 207 - DGR n. 1596 del 4 ottobre 2011: collaborazione operativa in materia di immigrazione, approvazione del rinnovo del protocollo di intesa tra regione veneto e emergency ong.

(BUR n. 25 del 7.3.17)

Note

PREMESSA

Con DGR n. 1596 del 4 ottobre 2011, la Regione Veneto ha approvato il progetto dell'ONG Emergency di assistenza socio-sanitaria a titolo gratuito rivolta a stranieri e persone in stato bisogno, con riferimento all'area urbana di Marghera (VE) insistente nell'ambito dell'Azienda ULSS 3 - Serenissima, approvando quindi il protocollo di intesa allegato al provvedimento succitato.

In data 27 febbraio 2012, le parti interessate hanno sottoscritto tale protocollo, disponendo nelle clausole generali che il protocollo avesse effetto immediato dalla data di sottoscrizione con validità di cinque anni, estendibili previo accordo delle parti.

Alla luce dei dati trasmessi semestralmente da Emergency nel corso di questi cinque anni, l'attività svolta dal poliambulatorio si è rivolta principalmente a soggetti stranieri in stato di bisogno ed ha svolto un ruolo importante a sostegno di questi soggetti, agevolando l'accesso alle cure e prevenendo situazioni di ulteriore disagio.

Inoltre il progetto ha permesso una migliore collaborazione con l'allora Azienda ULSS 12, ora Azienda ULSS 3 - Serenissima così come relazionato dalla stessa con nota prot. 35561 del 30.1.2017.

Ciò premesso, si propone di rinnovare il protocollo di intesa tra Regione Veneto ed Emergency Onlus per tre anni, così come aggiornato ed allegato alla presente (**Allegato A**), che è parte integrante del presente provvedimento, precisando che l'attività svolta da EMERGENCY è assimilabile, per questa tipologia di pazienti e per quanto attiene al presente provvedimento, all'attività di un poliambulatorio distrettuale.

Inoltre, si richiamano le disposizioni di cui alla DGR. n. 1956/2011, in particolare i punti relativi ai farmaci prescrivibili di fascia A e di fascia C garantiti dal Servizio Sanitario Regionale. Rientrano in tale previsione i farmaci base di paracetamolo concessi gratuitamente in ambito regionale su disposizione della Giunta Regionale, ai soggetti affetti dalle patologie individuate dai codici di esenzione: 6,13,48,54. Considerato che le prescrizioni di farmaci a tali soggetti riporteranno solo il codice di esenzione 6E1 o 6E2, è rimessa in capo al medico prescrittore l'eventuale prescrizione di tale farmaci in relazione ad una delle condizioni di malattia citate. Come il verificarsi di patologie che darebbero diritto alla dispensazione di altri farmaci di fascia C erogabili per effetto delle vigenti disposizioni regionali, saranno valutati di volta in volta dal medico, di medicina generale o specialista, abilitato alla eventuale prescrizione.

Le ricette recanti il codice di esenzione 6E1 e 6E2 saranno raccolte dal farmacista in mazzetta a parte (unica), consegnate alla Azienda ULSS per il rimborso, evidenziando nella distinta contabile il relativo importo di spesa.

Nel dettaglio il succitato protocollo disciplina il rapporto di collaborazione, prevedendo, tra l'altro, l'utilizzo del ricettario standardizzato regionale da parte del Direttore Sanitario e del suo vice per la prescrizione di prestazioni di cui gli utenti, stranieri e minori stranieri non accompagnati, nonché persone in stato di bisogno, hanno diritto, sulla base delle norme vigenti, a seconda delle categorie di appartenenza.

Richiamate le DGR n. 4548 del 28/12/2007, n. 2078 del 7/7/2009, n. 1182 del 23/3/2010, DGR n. 3440 del 30/12/2010, DGR n. 753 del 14/5/2015 che individuano i soggetti abilitati all'utilizzo del ricettario standardizzato regionale, si propone, quindi, di confermare l'abilitazione all'utilizzo del ricettario anche al Direttore Sanitario del Poliambulatorio Emergency di Marghera e al suo vice, nei limiti indicati.

Pertanto l'elenco di cui all'allegato A della DGR n. 3440 del 30/12/2010 s.m.i, deve intendersi aggiornato con l'indicazione del Direttore sanitario del Poliambulatorio di Emergency di Marghera e del suo vice, come da DGR n. 1596/2011.

L'Azienda ULSS 3 - Serenissima rimane il soggetto incaricato alla verifica circa il rispetto e l'osservanza della normativa vigente nell'attività prescrittiva da parte degli operatori di Emergency a ciò abilitati.

LA DISPOSIZIONE

Viene rinnovata la collaborazione già in essere con ONG Emergency per l'area urbana di Marghera, situata nell'ambito territoriale dell'Azienda ULSS 3 - Serenissima di cui agli attuali distretti DIS_1 e DIS_2 relativa all'assistenza socio-sanitaria a titolo gratuito rivolta a cittadini stranieri e minori stranieri non accompagnati, nonché alle persone in stato di bisogno, che ha come sede il Poliambulatorio gestito dall'ONG Emergency a Marghera (VE).

Viene altresì approvato il Protocollo d'Intesa tra la Regione Veneto ed Emergency ONG, di cui all'**Allegato A** al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante, al fine di continuare la collaborazione operativa in materia di immigrazione.

PROTOCOLLO DI INTESA
TRA
REGIONE DEL VENETO
E
EMERGENCY ONG Onlus

PRESO ATTO

dell'importanza di procedere a un collegamento operativo in materia di immigrazione e assistenza socio-sanitaria rivolta alle fasce vulnerabili, nonché delle vigenti disposizioni di seguito riportate:

- L. 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale;
- D.lgs. 502/92 e successivo D.lgs. 229/99, contenente le norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, artt. 3-septies (Integrazione socio-sanitaria) e 7-septies (Funzioni di profilassi internazionale);
- L. n. 40 del 06/03/1998 "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero";
- D.lgs. n. 286 del 25/07/1998 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero";
- L. 328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- L. 4 maggio 1983 n. 184, sui diritti dei minori;
- Legge 27 maggio 1991 n. 176, "Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo";
- Accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni n. 255/CSR del 20/12/2012 "Indicazioni per la Corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane";
- Circolare del Ministero della Sanità 24 marzo 2000 n. 5, recante indicazioni applicative del D.lgs. 1998, n. 286;
- D.lgs. n. 30 del 6 febbraio 2007, "Attuazione della Direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri";
- D.lgs. n. 142 del 18 agosto 2015, "Attuazione della Direttiva 2013/33/UE sulle norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, e della Direttiva 2013/32/UE recante le procedure comuni ai fini del riconoscimento e la revoca dello status di protezione internazionale", e il D.lgs. n. 25/2008 così come modificato dal D.lgs. n. 142 del 18/08/2015;
- D.lgs. n.18 del 21 febbraio 2014, "Attuazione della direttiva 2011/95/UE recante norme sull'attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta";

- D.P.R. del 31 agosto 1999 n. 394, “Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”, a norma dell’articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286;
- La L.R. n. 23 del 29 giugno 2012, “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016” prorogato al 2018;
- D.G.R. 1084 del 26 luglio 2011, “Disposizioni in merito all’assistenza sanitaria a cittadini comunitari dimoranti in Italia e privi di copertura sanitaria. Istituzione del codice ENI (Europeo Non Iscritto).”

ALLEGATO A alla Dgr n. 207 del 28 febbraio 2017 pag. 2/9

PREMESSO CHE

1. I dati in possesso della Regione indicano un’alta densità di migranti e persone in stato di bisogno concentrata nell’area urbana che comprende il porto di Marghera e Venezia;
2. Una parte di queste persone non riesce a informarsi dei servizi che sono stati messi a disposizione dal SSN o, pur essendone informata, non riesce ad accedervi;
3. Un precoce intervento sul territorio può evitare complicità acute o un ricorso inappropriato ai presidi di pronto soccorso, con il conseguente aggravio nella razionalizzazione delle risorse economiche per le autorità sanitarie competenti;
4. La Regione riconosce la necessità di assicurare un regolare ed efficiente accesso ai servizi sanitari messi a disposizione dal SSN a tutti i cittadini italiani e, nei limiti delle normative vigenti, a quelli stranieri e a coloro che a qualunque titolo risiedono sul territorio regionale, garantendo un’assistenza sanitaria incentrata sia sulla prevenzione sia sulla diagnosi e cura delle patologie individuali;
5. La Regione riconosce l’importanza di affrontare la problematica in maniera sinergica con tutti i soggetti operanti a diverso titolo sul territorio nel settore dell’assistenza agli stranieri e alle persone in stato di bisogno;
6. Considerato che EMERGENCY ha iniziato ad operare con il Poliambulatorio il 2 dicembre 2010, presso i locali dati in concessione dal Comune di Venezia, situati in via Varé 6 a Marghera, previa autorizzazione del Comune stesso, rilasciata sulla base del parere favorevole della allora Azienda ULSS 12 Veneziana. Tale autorizzazione è stata rinnovata nel 2015 per ulteriori 5 anni;
7. La Regione riconosce EMERGENCY come uno dei soggetti in grado di facilitare l’integrazione e l’accesso dei pazienti ai servizi socio sanitari presenti sul territorio;
8. EMERGENCY ha manifestato la propria disponibilità a collaborare con le autorità sanitarie regionali, integrando la propria azione con quella delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e di altre associazioni presenti sul territorio.

TUTTO CIÒ PREMESSO

TRA

la Regione del Veneto, con sede in Venezia, Dorsoduro 3901, C.F. n. 80007580279, rappresentata da, nato a il, il quale interviene nel presente atto non per sé ma in nome e per conto della Giunta Regionale del Veneto nella sua qualità di

E

Il Emergency Ong Onlus, con sede in, C.F., rappresentata da, nato a il, il quale interviene nel presente atto non per sé ma in nome e per conto dell’Onlus nella sua qualità di

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1

Le parti in premessa rappresentano parte integrante del presente Protocollo.

Con il presente atto sono regolati i rapporti tra la Regione e EMERGENCY, in relazione al progetto di assistenza socio-sanitaria a titolo gratuito rivolta a stranieri e persone in stato di bisogno, che ha come sede il Poliambulatorio gestito da EMERGENCY a Marghera (VE).

Art. 2

ALLEGATO A alla Dgr n. 207 del 28 febbraio 2017 pag. 3/9

Obiettivi generali di tale collaborazione sono:

1. Favorire l'integrazione socio-sanitaria e ridurre il disagio sociale, a partire dall'equità nell'accesso ai servizi sanitari, con una particolare attenzione alle fasce vulnerabili della popolazione;
2. Garantire alla popolazione straniera e alle persone in stato di necessità un servizio di medicina di base e, in accordo tra le Parti, anche specialistica, in linea con i principi costituzionali di tutela del diritto alla salute dell'individuo e della collettività;
3. Garantire un servizio di orientamento e assistenza socio-sanitaria di base alla popolazione straniera e in stato di bisogno;
4. Facilitare e ottimizzare l'accesso agli aventi diritto alle risorse esistenti nel comune di Venezia e nell'area di competenza dell'Azienda ULSS 3 - Serenissima;
5. Consentire alla parti di concordare e sviluppare una migliore gestione dei servizi sulla base dei dati sociosanitari raccolti sulla popolazione straniera e dell'esperienza maturata.

Art. 3 Ruoli e obblighi della Regione Veneto

1. La Regione si impegna a mettere a disposizione le informazioni e i dati in proprio possesso sul fenomeno migratorio e a garantire il raccordo operativo del proprio personale impegnato in attività legate all'immigrazione presso gli uffici istituiti;
2. A determinati operatori di EMERGENCY viene concesso l'uso del ricettario regionale così come individuati dall'Allegato A della DGR n. 3440 del 30.12.2010 così come modificato dalla DGR n. 1596 del 4.10.2011, per tramite dell'Azienda ULSS 3 – Serenissima, che favorirà l'implementazione anche presso EMERGENCY l'uso della DEMA. Si rimanda agli Allegati 1 e 2, parti integranti al presente protocollo d'intesa, per il corretto uso del ricettario;
3. Nel rispetto delle vigenti normative, l'Azienda ULSS 3 - Serenissima, con il contributo di EMERGENCY, individua nel "Prontuario farmaci di EMERGENCY" - ANNEX 1 - i farmaci che l'ONLUS è autorizzata a detenere presso il proprio Poliambulatorio (sopra meglio rubricato), che il personale medico operante presso quest'ultimo è autorizzato a consegnare ai pazienti, al termine delle visite effettuate, nei quantitativi e con le modalità che verranno stabilite nel suddetto catalogo. Resta inteso che tale consegna non sostituisce in alcun modo, ma integra, la normale procedura di prescrizione dei farmaci previa ricetta;
4. Il "Prontuario farmaci di EMERGENCY" potrà essere modificato, sostituito e/o aggiornato, previo parere obbligatorio e vincolante dell'Azienda ULSS 3- Serenissima, in base all'attività prestata da EMERGENCY e ai bisogni di volta in volta individuati presso la popolazione assistita. Rimane inteso che per particolari esigenze i medici di EMERGENCY potranno avere accesso ai farmaci non compresi nel Prontuario di cui all'ANNEX 1, ma ricompresi nel Prontuario farmaceutico ospedaliero dall'Azienda ULSS 3 – Serenissima, di fascia A;
5. La Regione riconosce il diritto del personale socio-sanitario operante presso strutture del SSN a prestare attività di volontariato presso il Poliambulatorio di EMERGENCY fuori dall'orario di lavoro;
6. L'Azienda ULSS 3 – Serenissima, come da DGR n. 1596 del 4.10.2011, garantisce il rilascio del tesserino con codice STP/ENI ai pazienti inviati da EMERGENCY sulla base di una certificazione

sanitaria rilasciata da un medico di EMERGENCY, nonché al personale di EMERGENCY con giusta procura nominativa rilasciata dagli interessati qualora se ne rilevi la necessità;

7. La Regione, per il tramite dell'Azienda ULSS 3 – Serenissima, garantisce l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale ai richiedenti asilo e ai minori stranieri non accompagnati (MSNA), nel rispetto della normativa vigente;

8. Si rinvia all'Allegato 3 per le modalità operative ai punti precedenti.

1. EMERGENCY si impegna a garantire la manutenzione e la gestione della propria struttura sanitaria, nonché la presenza del personale necessario al suo funzionamento. In particolare si garantisce la disponibilità delle seguenti figure:

- a. Coordinatore di progetto
- b. Direttore Sanitario
- c. Mediatori culturali
- d. Assistenti alla poltrona odontoiatrica
- e. Medici e personale sanitario volontario
- f. Personale volontario non sanitario per accoglienza, accompagnamento dei pazienti presso altre strutture, logistica, ecc.

2. EMERGENCY si impegna a fornire semestralmente all'Azienda ULSS3 l'elenco del personale sanitario che presta attività di volontariato presso il Poliambulatorio e degli altri operatori che a qualsiasi titolo sono presenti negli stessi locali;

3. I medici del Poliambulatorio di EMERGENCY si impegnano a prescrivere farmaci che, a parità di efficacia ed appropriatezza, abbiano un rapporto costo-beneficio favorevole, privilegiando in particolare la prescrizione di farmaci generici;

4. I locali del Poliambulatorio sono stati giudicati a norma e conformi allo svolgimento di attività sociosanitaria a seguito di un'ispezione della allora ULSS 12 Veneziana (oggi Azienda ULSS 3 - Serenissima). EMERGENCY darà preventiva comunicazione al Comune di Venezia e all'Azienda ULSS 3 - Serenissima di eventuali interventi volti a modificare lo stato dei locali che, a tal fine, dovranno essere approvati da entrambi i soggetti;

5. EMERGENCY si assume la piena responsabilità civile delle attività esercitate presso il Poliambulatorio e solleva espressamente l'Azienda ULSS 3 – Serenissima da ogni responsabilità civile che dovesse eventualmente insorgere a seguito delle attività esercitate.

6. EMERGENCY trimestralmente invia i dati relativi all'attività svolta in conformità alla normativa sulla privacy indirizzando i dati all'Azienda ULSS 3 – Serenissima, la quale a sua volta riferirà alla Regione su attività e consumi.

Art. 5 Rifiuti sanitari

Per quanto riguarda i rifiuti sanitari prodotti dalle attività del Poliambulatorio, l'Azienda ULSS 3 - Serenissima si fa carico del ritiro, dell'invio a corretto smaltimento e degli adempimenti relativi alla tracciabilità dei rifiuti prodotti presso le strutture di Emergency, come meglio dettagliato nell'Allegato 4, figurando l'Azienda ULSS 3 come il produttore dei rifiuti in quanto le strutture di EMERGENCY sono assimilabili ad un ambulatorio decentrato dell'Azienda ULSS 3 stessa (riferimento normativo DPR 254/03 art. 4 c.3).

In caso di conferimento diretto dal Poliambulatorio al trasportatore autorizzato inviato dall'Azienda ULSS 3 per l'avvio a smaltimento, si incarica il responsabile della struttura di EMERGENCY della firma sulla documentazione di trasporto (formulario/scheda Sistri movimentazione) e della successiva consegna di tale documentazione all'Azienda ULSS 3.

In caso di conferimento a personale dell'Azienda ULSS 3 verrà rilasciata al responsabile della struttura EMERGENCY documentazione attestante tale conferimento.

Art. 6 Clausole generali

Il presente protocollo d'intesa entra in vigore con effetto immediato dalla data della sottoscrizione, con validità di tre anni, estendibili previo accordo delle Parti. Ogni modifica verrà concordata tra le Parti, con successivo atto.

Ai sensi dell'articolo 27-bis dell'Allegato B (Tabella atti, documenti e registri esenti dall'imposta di bollo in modo assoluto) del DPR n. 642/1972, il presente atto risulta esente dall'imposta di bollo.

Per eventuali controversie il Foro competente è quello di Venezia.

ALLEGATO A alla Dgr n. 207 del 28 febbraio 2017 pag. 5/9

Letto, confermato e sottoscritto Data,

Per la Regione Veneto

Per EMERGENCY ONG Onlus

MINORI

ABRUZZO

DGR 13.2.17, n. 58 -Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 Novembre 2016, n. 234 – Regolamento recante definizione dei meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24 (16G00248) - Provvedimenti.

Note

Con il Regolamento recante definizione dei meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24 (16G00248) di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 novembre 2016, n. 234, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 298 del 22.12.2016, si è provveduto ad individuare i meccanismi attraverso i quali, nei casi in cui sussistano ragionevoli dubbi sulla minore età della presunta vittima di tratta e l'età del minore non accompagnato non sia accertabile da documenti identificativi, si procede, nel rispetto del superiore interesse del minore, alla determinazione dell'età, se del caso mediante il coinvolgimento delle autorità diplomatiche, attraverso una procedura multidisciplinare, condotta da personale specializzato e secondo procedure appropriate, che tengano conto anche delle specificità relative all'origine etnica e culturale del minore.

L'art. 3 del surrichiamato Regolamento stabilisce che quando a conclusione degli adempimenti di cui al comma 5 dell'articolo 2, permangono ragionevoli dubbi circa l'età del presunto minore non accompagnato vittima di tratta, la Forza di Polizia richiede al Giudice competente per la tutela l'autorizzazione all'avvio della procedura di cui all'articolo 5. Quando il Giudice rilascia l'autorizzazione individua, altresì, la struttura sanitaria pubblica dotata di equipe multidisciplinare pediatrica presso la quale svolgere la procedura di cui all'art. 5 avvalendosi di un elenco di strutture idonee indicate dalla Regione.;

L'art. 5 del Regolamento di che trattasi, stabilisce che la procedura per la determinazione dell'età è condotta un'equipe multidisciplinare e che tale procedura consiste nello svolgimento di un colloquio sociale, di una visita pediatrica auxologica e di una valutazione psicologica o neuropsichiatrica, alla presenza, se necessario, di un mediatore culturale o un interprete.;

Viene individuata nelle Unità Operative di Pediatria dei Presidi Ospedalieri “San Salvatore” di L’Aquila, “SS. Annunziata” di Chieti, “S. Spirito” di Pescara e “G. Mazzini” di Teramo le strutture pubbliche presso le quali svolgere la procedura multidisciplinare per l’accertamento dell’età dei minori non accompagnati vittime di tratta di cui all’art. 5 del DPCM 10 novembre 2016, n. 234.

La procedura per la determinazione dell’età deve essere avviata entro tre giorni dalla data dell’autorizzazione rilasciata dal Giudice della tutela, ai sensi dell’art. 3, comma 4, del Regolamento in oggetto, e conclusa entro i successivi venti giorni.

LAZIO

Relazione anno 2016 del Garante dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Regione Lazio. (BUR n. 21 del 14.3.17)

INTRODUZIONE

Il sottoscritto Avv. Jacopo Marzetti, nominato con deliberazione del Consiglio regionale del Lazio n. 9 del 15 giugno 2016 - ai sensi dell’articolo 3 della legge regionale 28 ottobre 2002, n. 38 (Istituzione del garante dell’infanzia e dell’adolescenza) - riferisce di aver svolto, in conformità con quanto indicato dalla sopra richiamata legge, una considerevole e proficua attività che può essere riassunta, di seguito, in quattro punti principali.

Preliminarmente sarà ripercorso lo svolgimento di quanto posto in essere dal sottoscritto, in funzione del suo ruolo e della figura stessa di garanzia; successivamente verranno analizzate le azioni relative ai numerosi casi che sono stati posti all’attenzione dell’ufficio; si evidenzieranno altresì le manifestazioni e tutte le forme di rappresentatività svolte sino ad oggi ed infine saranno esplicitati i

progetti e gli obiettivi che condurranno le future attività del Garante.

1. ATTIVITÀ ISTITUZIONALI

Durante i mesi trascorsi dall’insediamento ad oggi, sono stati molteplici gli impegni istituzionali che hanno caratterizzato l’avvio e lo sviluppo dell’autorità: si sono tenuti gli incontri, tra settembre e novembre 2016, con il presidente del Comitato Regionale del Lazio della Croce Rossa Italiana, con il presidente del Comitato Regionale dell’Unicef per il Lazio e con i rappresentanti di Save the Children Italia, Telefono Azzurro e FOAI. Tali incontri sono stati finalizzati ad individuare sinergie tra le diverse istituzioni per la promozione di progetti ed iniziative in tutela dei minori che vivono nella regione. In tale periodo sono stati effettuati incontri nel territorio della Provincia di Latina con istituzioni politiche e territoriali, quali il Sindaco ed il Questore di Latina, l’Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Aprilia, e con l’Assessore alla persona, scuola e comunità solidale di Roma Capitale.

Il sottoscritto ha accolto le segnalazioni provenienti da tali rappresentanti in ordine a casi di violazione dei diritti dei minori con pianificazioni di iniziative a sostegno dei minori stessi e delle famiglie aventi carattere di particolare disagio del territorio. Vi è stato un invito specifico alla segnalazione di fattori di rischio per i minori a causa di situazioni ambientali carenti e/o inadeguate, anche in attuazione di quanto previsto alla lett. i) dell’art. 2 della legge istitutiva.

Si sono tenuti, inoltre, incontri con il Presidente della Fondazione “Pediatria e Famiglia” – per acquisire informazioni sul tema dei minori in affido - e con il Garante per i Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza della Città di Fiumicino, al fine di diffondere la conoscenza dei diritti dell’infanzia

e dell’adolescenza e, vi sono stati momenti di incontro con i ragazzi.

Ho conferito rilievo all’aspetto comunicativo anche sfruttando la visibilità che la figura di garanzia ha in sé, al fine di sensibilizzare l’opinione pubblica, gli operatori del settore e le Istituzioni su temi gravi e particolari. Nascono con questo scopo, e ne riporto solo alcuni a titolo di esempio: il comunicato stampa diffuso nei giorni immediatamente successivi al terremoto del 24 agosto per sollecitare le istituzioni competenti ad assicurare la regolarità delle lezioni scolastiche; i comunicati

stampa diffusi in occasione dell'avvio dell'anno scolastico e della Giornata internazionale delle bambine e delle ragazze ed il comunicato stampa sul tema delle vaccinazioni.

In aggiunta alle suddette attività, si segnala che sia nel mese di Settembre che nel mese di Dicembre dell'anno in esame, il sottoscritto Garante, ha partecipato alle riunioni della Conferenza Nazionale per la garanzia dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, presso la sede dell'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza.

Nell'ambito dell'attività di rappresentanza e affiancamento, nel mese di Ottobre 2016, si è tenuto un incontro con i genitori dei minori disabili in cura nel reparto di riabilitazione pediatrica e delle disabilità dello sviluppo dell'IRCCS San Raffaele Pisana in relazione alla annunciata chiusura del centro. Inoltre, lo scorso 6 Gennaio 2017, in occasione della festività dell'Epifania, si è svolta la visita ai pazienti ricoverati nel reparto di pediatria generale dell'Ospedale Bambino Gesù.

Nell'esercizio dell'attività di vigilanza sulla tipologia di assistenza prestata ai minori che vivono fuori della famiglia di origine, lo scorso 23 dicembre è stata effettuata una visita nella struttura "Casa Betania", al fine di verificare quali sono le condizioni in cui vivono i minori ivi ospitati.

Su richiesta della Commissione consiliare Politiche sociali e salute, nel mese di gennaio si è provveduto a inviare un parere in merito alla proposta di legge regionale n. 361 del 16 gennaio 2017 concernente: "Modifiche alla legge regionale 16 giugno 1980, n. 59 recante "Norme sugli asili nido".

L'assolvimento dell'obbligo vaccinale da parte del minore per l'accesso negli asili nido pubblici" (in

attuazione di quanto previsto alla lett. g) dell'art. 2 della legge istitutiva).

Inoltre, tra il mese di Ottobre e quello di Novembre 2016, è stata formalmente richiesta la convocazione delle seguenti commissioni consiliari:

- Commissione Cultura, diritto allo studio, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, spettacolo, sport e turismo e commissione Ambiente, lavori pubblici, mobilità, politiche della casa e urbanistica, per approfondire la situazione di disagio segnalata dai genitori di alcuni alunni di una scuola di Sora;

- Commissione Politiche sociali e salute per affrontare criticità in ordine al ruolo dei servizi e delle politiche socio-assistenziali a seguito di numerosi esposti ricevuti;

- Commissione Politiche sociali e salute, al fine di discutere della questione della chiusura del reparto di riabilitazione del san Raffaele Pisana, di cui al punto 3 della presente relazione.

In merito alla vigilanza sulla programmazione televisiva, sulla comunicazione a mezzo stampa e su altre forme di comunicazione audiovisive e telematiche, nel mese di settembre 2016 sono stati ricevute due segnalazioni, la prima per la foto di una minore comparsa senza la necessaria autorizzazione, problematica risolta intervenendo presso l'Ordine dei giornalisti e successivamente attraverso la mediazione tra l'editore e il segnalante che ha concesso l'autorizzazione stessa.

La seconda segnalazione riguardante un articolo apparso su un quotidiano per asserito non rispetto dei principi di cui alla Carta di Treviso in merito all'utilizzo di foto e termini non adeguati, problematica, anche grazie al coinvolgimento del Corecom, è stata risolta in quanto a seguito di un'attenta verifica, non si ravvedevano elementi tali da comportare significati effetti pregiudizievoli a danno di soggetti minori.

Nell'attività di indagine e di analisi sviluppata anche in collaborazione con altri organi istituzionali sono emerse delle criticità comuni come la mancanza di procedure di rinnovo automatico di progetti già assegnati dalle ASL di competenza dedicati a minori affetti da varie patologie o l'assenza di modelli legittimati e la presenza di vere carenze normative quale ad esempio l'assistenza ai minori con disabilità o minori vittime di un grave conflitto genitoriale all'interno delle procedure separative (problematica particolarmente presente che rappresenta un fenomeno trasversale interessando diverse fasce di età dei minori e diverse fasce sociali di appartenenza).

2. ESPOSTI E SEGNALAZIONI

Particolare cura è stata posta riguardo all'accoglimento delle segnalazioni, funzione attribuita dalla L.R. n. 38 del 28 ottobre 2002, art. 2 co. i e l. Nel corso dei primi mesi dopo il mio insediamento

sono pervenute, presso il mio ufficio, 36 segnalazioni documentate, prese in carico seguendo le linee guida indicate dalla L. 112/2011 e DPCM 168/2012, art. 10 co. 3, nonché dal documento di programmazione approvato durante la seduta plenaria di tutti i Garanti Regionali, a cui ho preso parte,

presso l'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza.

Ogni segnalazione è stata gestita con una metodologia distinta in tre fasi:

- 1) Ricezione
- 2) Istruttoria
- 3) Definizione

Ricevuta la segnalazione si è aperto un fascicolo e disposto gli accertamenti ritenuti necessari chiedendo le informazioni e notizie, ascoltando gli autori della segnalazione, fissando un incontro con i medesimi.

Sono compresi nella casistica di seguito riportata, anche quelle segnalazioni inviate a codesta struttura precedentemente al mio insediamento.

Si specifica che il numero delle segnalazioni è da considerarsi parziale, dal momento che quotidianamente sopraggiungono al sottoscritto nuove richieste di intervento.

Nello specifico, su 36 segnalazioni prese in carico dal sottoscritto, ho potuto verificare che 40 è stato il numero dei minori coinvolti, di cui 15 femmine e 25 maschi (Tab. 1) corrispondenti rispettivamente al 37.5% della casistica e al 62.5% (Grafico 1).

Tab. 1: sesso minori coinvolti

Maschi	Femmine	TOTALE
25	15	40

Grafico 1: sesso dei minori coinvolti

Analizzando meglio la casistica, possiamo osservare come la fascia d'età maggiormente colpita sia quella comprensiva fra i 12 e i 15 anni (37.5%), mentre quella con il minor numero di bambini coinvolti riguarda la fascia d'età più bassa, cioè quella compresa fra 0 e 3 anni (7.5%) (Tab.2

– Grafico 2).

È interessante notare il dato che ci informa quanto i bambini di sesso maschile siano maggiormente coinvolti in tutte le fasce d'età, tranne quella 4-7 anni (Tab. 3).

Nella maggior parte dei casi la segnalazione è arrivata da parte della madre (38.9%) e a seguire dal padre (25%) (Tab. 4 e Grafico 4).

Come ci mostra la Tabella 5, di seguito allegata, la maggiore richiesta di aiuto è giunta al sottoscritto per problematiche inerenti errori di comunicazione con i servizi territoriali di competenza; a seguire la problematica rilevata ha riguardato separazioni altamente conflittuali in cui viene negata ai minori coinvolti una relazione adeguata con l'altro genitore (Grafico 5).

Nell'ultima tabella allegata alla presente relazione ho evidenziato le problematiche per cui i vari segnalanti si sono rivolti alla nostra struttura. È emerso un quadro abbastanza omogeneo tra la figura che effettua una richiesta di aiuto e la problematica presentata (Tab. 6).

3. EVENTI E MANIFESTAZIONI

I primi mesi che hanno caratterizzato l'avvio del mio lavoro hanno visto sin da subito un'intensa e coinvolgente partecipazione di Istituzioni e cittadini in quanto, proprio nel mese di novembre, si è celebrata la Giornata mondiale per i diritti dell'Infanzia e l'Adolescenza e così tra i molti eventi e le varie manifestazioni a cui ho collaborato, attraverso contributi diversi e impegnativi, cito i seguenti:

- Convegno organizzato presso la sala Comunale di Fiumicino in collaborazione con il Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza di Fiumicino sulle funzioni dei organismi di garanzia, nel mese di novembre in occasione della Giornata internazionale dell'infanzia.
- Convegno "Minori che vivono o incontrano il genitore in carcere", presso Senato della Repubblica;
- Convegno "I dieci anni della legge 54/2006", presso Corte d'Appello di Roma;
- Progetto "Semi di presente", giornate di informazione e formazione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza";

- Convegno “25 anni di convenzione sui diritti del fanciullo e 35 anni di Arciragazzi”, presso sede dell’Autorità garante per l’infanzia e l’adolescenza;
- Convegno “Dal conflitto al rispetto”, presso Camera dei Deputati;
- Convegno “Progettare il futuro, bambini e adolescenti tra opportunità e disagio”;
- Presentazione del master in diritto di famiglia “La nuova famiglia”;
- Celebrazione giornata per l’infanzia “Il mio amico diritto”, presso istituto scolastico Ferrotti-Corradini di Latina;
- Convegno sulla legge 285;
- Celebrazione giornata dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza, presso un istituto scolastico di Gaeta;
- Convegno “La famiglia come nuova frontiera”, organizzato da istituto degli studi europei Anthropei presso Corte di Appello di Roma;
- Incontro con i ragazzi di un istituto scolastico di Frosinone.
- Evento celebrativo del 70° anniversario della nascita dell’Unicef organizzato presso la Sala Latini del Consiglio Regionale del Lazio nel mese di dicembre.

4. PROSPETTIVE FUTURE

Per l’anno 2017:

- Si prevede di terminare la mappatura delle strutture ospitanti i minori (comunità di tipo familiare) in tutta la Regione Lazio ed effettuare gli opportuni interventi al fine di vigilare sull’assistenza prestata ai minori anche al fine di segnalare, come previsto alla lettera b) dell’art. 2 della L.38/2002, ai servizi sociali ed all’autorità giudiziaria situazioni richiedenti interventi di ordine assistenziale o giudiziario.
- Si prevede di consolidare ulteriormente i rapporti con gli organi istituzionali della Regione Lazio anche al fine di istituire una sinergia con le istituzioni esistenti nella Provincia di Roma.
- Si proseguirà nell’organizzare il corso di formazione per tutori privati volontari, finalizzato a formare professionalità specifiche che possano adeguatamente svolgere il ruolo nelle situazioni in cui la normativa vigente prevede la nomina del tutore da parte dell’Autorità Giudiziaria sia ordinaria che minorile. Ciò al fine di attuare la funzione di cui alla lettera e) dell’art. 2 della legge istitutiva.
- Si individueranno modalità di efficienza al fine di raccogliere (Art.2) segnalazioni ed esperti, di cui alla lettera e) dell’art. 2 della L.38/2002 e di predisporre forme di intervento tali da garantire il rapporto immediato e diretto con gli utenti ed individuare idonee soluzioni alle problematiche sollevate.
- Si predisporranno iniziative di studio e confronto al fine di diffondere nel territorio regionale i principi fondamentali della Convenzione sui Diritti del Fanciullo e delle altre convenzioni internazionali in applicazione della lettera a) dell’art. 2 della L.38/2002.
- Si predisporrà un piano di intervento nelle scuole secondarie della regione Lazio avente ad oggetto la definizione del principio di legalità ed i rischi connessi alla navigazione web (sostituzione di persona, adescamento, cyberbullismo).
- Si vigilerà con adeguata attenzione sulla programmazione televisiva, sulla comunicazione a mezzo stampa e sulle altre forme di comunicazione in ordine alla rappresentazione delle problematiche riguardanti i minori.
- Si predisporranno, in collaborazione con enti territoriali ed associazioni, iniziative per lo studio delle problematiche connesse ad ogni forma di abuso sui minori e per la individuazione di possibili soluzioni.
- Si vigilerà sulle attività delle strutture sociosanitarie ed assistenziali convenzionate con la Regione, o da essa accreditate, per la tutela dei diritti dei minori.
- In considerazione della grave problematica esistente, rilevata in questi mesi, attinente i riflessi che il conflitto dei genitori, sia durante la unione che in fase separativa, riveste sul corretto sviluppo psico-fisico dei minori, si ha intenzione, unitamente agli organi rappresentativi di professionalità

esperte del settore, di valutare la possibilità di pervenire ad un azione sinergica finalizzata alla redazione di linee guida e protocolli applicativi.

Roma, 20 Febbraio 2017 Il Garante dell'infanzia e dell'adolescenza della Regione Lazio

Avv. Jacopo Marzetti

PIEMONTE

DGR 13.2.17, n. 9-4649 - Ampliamento del Gruppo di riferimento regionale di monitoraggio per la sperimentazione del Modello di Intervento unitario per la prevenzione dell'Istituzionalizzazione (Programma P.I.P.P.I.). Modifica alla d.g.r. 19-3329 del 23.05.2016. (BUR n. 9 del 2.3179

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 programma, che si caratterizza per un approccio intensivo, continuo, flessibile, ma allo stesso tempo strutturato, di presa in carico di nuclei famigliari in situazione di difficoltà, si è dimostrato 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 da parte dei Servizi.

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, visti i risultati positivi raggiunti dalla prima fase della sperimentazione del Programma, ha ritenuto necessario estendere la sperimentazione del modello di intervento ad altri territori regionali o di consolidarne la sperimentazione nei territori già aderenti.

L'ampliamento della sperimentazione (fase denominata P.I.P.P.I. 3), ha riguardato inizialmente, per il biennio 2014/2015, gli ambiti territoriali di cui all'art. 8 comma 3 lett. A) della L.n.328/2000, in numero massimo di 50 realtà su tutto il territorio nazionale e quindi, sulla base del dato della popolazione regionale residente 0/11 anni al 1° gennaio dell'anno di riferimento (banca dati Demo ISTAT), per la Regione Piemonte risultavano essere tre gli ambiti territoriali finanziabili.

LA RICADUTA SULLA REGIONE

La Regione Piemonte formalizzava l'adesione alla sperimentazione P.I.P.P.I. per il biennio 2014-2015, (cosiddetta fase P.I.P.P.I. 3) con la D.G.R. n.16- 6835 del 9.12.2013 e con la stipula di apposito protocollo tra la Regione Piemonte ed il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in data 10.12.2013.

La Regione Piemonte individuava gli ambiti territoriali da proporre per la sperimentazione attraverso i seguenti criteri, formalizzati con la sopra richiamata D.G.R. n.16- 6835 del 9.12.2013:

- numero totale minori in carico nell'anno 2012;
- popolazione minorile 2012 su base provinciale, onde assicurare la diffusione della sperimentazione sul territorio regionale.

Gli ambiti territoriali (AT) individuati risultavano essere i seguenti:

- Città di Torino;
- Consorzio Monviso Solidale;
- A.S.L. AL, Servizi Sociali -Distretto di Casale Monferrato.

LA DISPOSIZIONE

Viene previsto l'ampliamento del gruppo di riferimento regionale di monitoraggio del Programma P.I.P.P.I., già costituito con D.G.R. n. 16-6835 del 9 dicembre 2013, e successivamente ampliato con D.G.R. n. 6-2061 del 7 settembre 2015 e D.G.R. n. 19-3329 del 23 maggio 2016 e coordinato dalla Direzione Regionale Coesione Sociale, ai seguenti soggetti:

- nr. 1 rappresentante di ambito territoriale individuato dal Comune di Novara;

- nr. 1 rappresentante del Servizio di Neuropsichiatria Infantile individuato dall'A.S.L. di Novara;
- nr. 1 rappresentante del Servizio Dipendenze (SERD) individuato dall'A.S.L. di Novara;
- nr. 1 rappresentante del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) individuato dall'A.S.L. di Novara;
- Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza pro-tempore;

D.D. 15 Dicembre 2016, n. 924 - L.R. 30/2001. Trasferimento di risorse destinate alla copertura delle spese di funzionamento e di personale dell'Agenzia regionale per le Adozioni Internazionali - Regione Piemonte. Impegno di euro 350.000,00 sul capitolo di spesa n. 169039 del bilancio 2016 e di euro 125.000,00 sul medesimo capitolo di spesa del bilancio 2017. (BUR n. 10 del 9.3.17)

NON AUTOSUFFICIENTI

MOLISE

DGR 21.2.17, n. 53 - FNA 2015 - programma attuativo "azioni ed interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità grave e gravissime". Disposizioni urgenti. (BUR n. 7 del 1.3.17)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

PREMESSO che:

- la Giunta regionale, con deliberazione del 24 giugno 2016, n. 163, ha approvato il Programma Attuativo "Azioni ed Interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità grave e gravissime"

predisposto in funzione di quanto stabilito dal decreto interministeriale 14 maggio 2015, n. 296 in materia di riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2015, emanato ai sensi dell'art.1, comma 1264 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per un importo pari ad € 2691.000,00, ed il Disciplinare recante le modalità e le procedure per la sua attuazione;

- la Giunta regionale, con deliberazione del 10 giugno 2016, n. 270, ha modificato ed integrato il Disciplinare sopra richiamato nella parte riguardante le risorse indicate alla voce "Assistenza domiciliare voucher e sostegno care giver" della tabella "Assegnazione risorse per tipologie di intervento", punto 3 - Quadro economico, riservando solo il 20% delle somme assegnate ad ogni Ambito Territoriale Sociale all'azione "Sostegno care giver";

- il Servizio Programmazione rete dei soggetti deboli, dell'integrazione socio-sanitaria e delle politiche sociali, con determinazione dirigenziale del 14.07.2016, n. 3234, ha provveduto ad impegnare sul cap. 38350 del bilancio regionale 2016 (impegno 1686/2016) la somma di euro 2.691.000,00 e con atto del 20.07.2016, n. 3366 a liquidare agli Ambiti Territoriali Sociali il 60% delle risorse economiche loro assegnate per la realizzazione degli interventi e delle azioni previste dal Programma Attuativo;

CONSIDERATO che le procedure per la valutazione dei pazienti che hanno prodotto istanza per l'ammissione al Programma hanno richiesto tempi di esecuzione prolungati che hanno impedito la continuità con il precedente Programma Attuativo FNA 2014 che ha avuto termine il 31 maggio 2016:

- il Servizio Programmazione delle Politiche Sociali ha convocato una riunione in data 3 DGR N. 53 DEL 21-02-2017 2/5 febbraio 2017, il cui verbale costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, al fine di conoscere lo stato di attuazione ed i tempi di definizione delle procedure propedeutiche all'erogazione dei benefici agli aventi diritto;

- nel corso dell'incontro sono emerse criticità circa le modalità ed i tempi per la valutazione clinica dei pazienti da parte dei servizi distrettuali dell'Azienda sanitaria regionale che hanno causato il consistente ritardo delle azioni progettuali che avrebbero dovuto avere inizio il 1° giugno 2016 e termine il 31 maggio 2017;

RILEVATA la necessità di conciliare l'esecuzione del Programma FNA 2015 con il Programma FNA 2016, che deve avere corso dal 1° giugno 2017, sono stati individuati dei criteri condivisi con gli ATS

per lo slittamento temporale del Programma FNA 2015, utili ad assicurare i benefici senza ulteriori penalizzazioni per gli aventi diritto;

VISTO il verbale della riunione del 3 febbraio 2017 con gli Ambiti territoriali Sociali, in cui sono indicati i criteri di seguito specificati:

- i contributi per i care giver dovranno essere liquidati con decorrenza 1° giugno 2016;
- i voucher per l'assistenza domiciliare dovranno essere assicurati successivamente all'approvazione della graduatoria fino all'esaurimento delle ore assegnate, sulla base di un programma personalizzato;
- i ricoveri di sollievo dovranno essere fruiti entro il mese di settembre 2017;
- i presidi e gli ausili, non compresi nel nomenclatore sanitario, dovranno essere acquistati entro il mese di maggio 2017;
- il trasporto richiesto e non assicurato per il periodo pregresso dall'Ambito Territoriale Sociale competente dovrà essere rimborsato a seguito di autocertificazione, rilasciata dall'interessato o da chi ne fa le veci;
- i progetti sperimentali realizzati dai Centri Socio-Educativi devono per la parte non ancora realizzata svolgersi parallelamente a quelli finanziati con il FNA 2016;
- i progetti lettera B, devono avere corso successivamente alla loro approvazione e con immediatezza prevedendo, tenuto conto delle esigenze del minore, la possibilità di recuperare i ritardi;

CONSTATATA, altresì, la necessità di procedere in tempi certi alla realizzazione del Programma anche al fine della rendicontazione delle spesa richiesta dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

TUTTO CIO' PREMESSO:

Viene stabilito che i benefici di cui al Programma Attuativo "Azioni ed Interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità grave e gravissime" predisposto in funzione del decreto interministeriale 14 maggio 2015, n. 296 in materia di riparto del Fondo Nazionale per le non Autosufficienze, anno 2015, siano concessi, con le modalità indicate nel verbale della riunione del 3 febbraio 2017, parte integrante e sostanziale del presente atto, ed in particolare:

- i contributi per i care giver dovranno essere liquidati con decorrenza 1° giugno 2016;
- i voucher per l'assistenza domiciliare dovranno essere assicurati successivamente all'approvazione della graduatoria fino all'esaurimento delle ore assegnate, sulla base di un programma personalizzato;
- i ricoveri di sollievo dovranno essere fruiti entro il mese di settembre 2017; DGR N. 53 DEL 21-02-2017 3/5
- i presidi e gli ausili non compresi nel nomenclatore sanitario dovranno essere acquistati entro il mese di maggio 2017;
- il trasporto richiesto e non assicurato per il periodo pregresso dall'Ambito Territoriale Sociale competente dovrà essere rimborsato a seguito di autocertificazione, rilasciata dall'interessato o da chi ne fa le veci;
- i progetti sperimentali realizzati dai Centri Socio-Educativi devono per la parte non ancora realizzata svolgersi parallelamente a quelli finanziati con il FNA 2016;
- i progetti lettera B, devono avere corso successivamente alla loro approvazione e con immediatezza prevedendo, tenuto conto delle esigenze del minore, la possibilità di recuperare i ritardi.

PUGLIA

DGR 28.2.17, n. 252 - Deliberazione di Giunta regionale 28 dicembre 2016, n. 2199 “Approvazione schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di Residenze Socio Sanitarie Assistenziali per anziani di cui all'art. 66 del regolamento regionale 18 gennaio 2007, n.4 e s.m.i.” – MODIFICA. (BUR n. 31 del 13.3.17)

Note

Viene approvata la modifica all'allegato A della Deliberazione 28 dicembre 2016, n. 2199, avente ad oggetto “*Approvazione schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di Residenze Socio Sanitarie Assistenziali per anziani di cui all'art. 66 del regolamento regionale 18 gennaio 2007, n.4 e s.m.i.*” come di seguito riportato:

“I commi 3 e 4 dell'art. 19 dello schema tipo di accordo contrattuale sono sostituiti dal seguente comma:

3. Nel caso di abrogazione o modifiche sostanziali alla normativa di cui all'art. 8 della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26, così come integrato dall'art. 10 della L.R. n. 4/2010 e dall'art.1 della L.R. n. 21/2013, il presente contratto si adeguerà alle nuove disposizioni di legge. In ogni caso, l'erogatore, ai fini della continuità assistenziale, garantirà le prestazioni alle condizioni previste dal presente contratto. L'eventuale regime di proroga persisterà fino alla sottoscrizione dei nuovi accordi contrattuali secondo l'intervenuta normativa regionale.

Viene confermato il restante contenuto della Deliberazione 28 dicembre 2016, n. 2199, ivi compreso il testo dell'allegato A alla medesima deliberazione, con l'unica modifica così come prevista al punto precedente del presente provvedimento;

I Direttori Generali utilizzino lo schema tipo di accordo contrattuale di cui all'allegato A alla DGR n. 2199/2016, modificato come nel presente provvedimento, per:

- la contrattualizzazione dei posti letto disponibili di RSSA anziani di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007 rientranti nel fabbisogno regionale di cui all'art. 26 della L.R. n. 26/2006 e s.m.i.;
- il rinnovo degli accordi contrattuali con le RSSA anziani di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007 giunti a naturale scadenza nel limite dei posti letto già oggetto dei precedenti contratti e rientranti nel fabbisogno regionale.

I Direttori generali, in presenza di accordi contrattuali sottoscritti secondo lo schema tipo di cui alla DGR n. 1797/2014 con le RSSA di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007 in data successiva alla pubblicazione della sentenza del TAR Bari n. 1006/2016 di annullamento della DGR n. 1797/2014, avvenuta in data 28/07/2016, procedono a :

- predisporre e sottoscrivere gli addendum integrativi ai contratti già sottoscritti con le strutture erogatrici secondo le novità di cui allo schema tipo allegato al presente provvedimento, con particolare riferimento alla condizione risolutiva di cui all'art. 19;
- di trasmettere gli addendum di cui innanzi alla competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta.

I Direttori Generali provvedano alla sottoscrizione e/o rinnovo degli accordi contrattuali di cui innanzi nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 26 della L.R. n. 26/2006, così come integrata dall'art. 10 della L.R. n.4/2010, dall'art. 15 della L.R. n. 7/2013, dall'art. 1 della L.R. n. 21/2013, con oneri vincolati al fondo unico di remunerazione destinato per l'acquisto delle predette prestazioni approvato con il DIEF.

I Direttori Generali trasmettano copia degli accordi contrattuali sottoscritti alla competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta.

Ai sensi dell' art. 11 della L.R. n.4/2010, la quota di spesa sanitaria per l'assistenza fornita alle persone parzialmente o del tutto non autosufficienti ospitate nelle RSSA anziani è pari al 50 per cento delle tariffe stabilite dall'art. 32 del R.R. n.4/2007.

PERSONE CON DISABILITÀ

LAZIO

Determinazione 23 febbraio 2017, n. G02155 - Approvazione esito esame di valutazione dei progetti ammessi ovvero esclusi dal finanziamento a seguito della Determinazione dirigenziale 19 dicembre 2014, n. G18408, di "Approvazione dello schema di convenzione tra la Regione Lazio e la società BIC Lazio S.p.A. per la predisposizione e gestione di un avviso pubblico per tirocini per disabili gravi, psichici e intellettivi ai sensi della DGR 199/2013. Impegno di spesa di Euro 808.000,00 a valere sul cap.F31927. Esercizio finanziario 2014". (BUR n. 19 del 7.3.17)

Note

Viene approvato l' esito dell' esame di valutazione effettuato dalla Commissione di cui alla Determinazione dirigenziale 12 agosto 2016, n. G09427, relativamente ai progetti ammessi al finanziamento di cui all' "Avviso pubblico per la <<Presentazione di progetti per l'attivazione di tirocini ai sensi della DGR 199/2013 per le persone con disabilità grave e handicap intellettuale e psichico>>", nei termini che si riportano nei prospetti di cui agli allegati "1" e "2", che sono parti integranti della presente determinazione.

Viene notificata la presente determinazione dirigenziale alla Bic Lazio Spa.

PIEMONTE

D.D. 28 novembre 2016, n. 855 D.G.R. n. 16-683 del 1/12/2014. Sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità proposta dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Bando anno 2014. Rettifica allegato alla determinazione dirigenziale n. 500/A1508A del 25 luglio 2016.

Note

Viene rettificato l'allegato alla determinazione dirigenziale n. 500/A1508A del 25 luglio 2016 relativamente all'assegnazione delle risorse a favore del Consorzio C.I.S.A. di Rivoli e del Consorzio C.I.S.A. 31 di Carmagnola impegnate sul capitolo 152552 del bilancio 2016 – impegno n. 4552;

Viene quindi assegnato al Consorzio C.I.S.A. di Rivoli l'importo di € 1.787,30 ed al Consorzio C.I.S.A. 31 di Carmagnola l'importo di € 29.964,50, quale saldo delle attività svolte e delle relative spese sostenute per la sperimentazione ministeriale del modello di intervento in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità - bando anno 2014.

SARDEGNA

DPGR n. 22 del 21/02/2017 - Comitato regionale del fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità. Legge regionale 17 maggio 2016, n. 9, art. 20. (BUR. 12 del 9.3.27)

ART. 1 Ai sensi dell'art. 20 della legge regionale 17 maggio 2016 n. 9, è costituito il Comitato regionale del fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità nella seguente composizione:

PRESIDENTE

- Virginia Mura, Assessore del lavoro, formazione professionale, cooperazione e sicurezza sociale;

COMPONENTI

- Gianni Sainas (designato dalle organizzazioni sindacali dei lavoratori);

- Sonia Orfei (designata dalle organizzazioni sindacali dei datori di lavoro);

- Alfio Desogus (designato dalle associazioni delle persone con disabilità).

ART. 2

Ai componenti del Comitato non spetta alcun compenso, comunque denominato, fatto salvo il rimborso delle spese di viaggio sostenute, previsto dall'art. 1, comma 1, lett. c), della legge regionale n. 27 del 1987.

ART. 3

La durata in carica del Comitato, come sopra costituito, è pari a quella della legislatura regionale. Il presente decreto è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione, per estratto, e nel sito internet istituzionale.

SICILIA

L.R. 1.3.17, n. 4 - Proroga dell'esercizio provvisorio per l'anno 2017 e istituzione del Fondo regionale per la disabilità. Norme urgenti per le procedure di nomina nel settore sanitario regionale. (GURS n. 9 del 3.3.17)

VENETO

DGR 14.2.17, n. 143 - Integrazioni alla DGR n. 242 del 22 febbraio 2012 relativamente al requisito previsto per la figura professionale educatore professionale sanitario nelle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette per minori e adolescenti. (BUR n. 26 del 10.3.17)

Note

I requisiti e gli standard per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture di residenzialità e semi-residenzialità extra-ospedaliera per minori con patologie psichiatriche sono stati definiti con DGR n. 242 del 22 febbraio 2012 *Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le unità di offerta rivolte a minori/adolescenti in situazione di disagio psicopatologico*.

Le strutture di residenzialità e semi-residenzialità extra-ospedaliera per minori con patologie psichiatriche attualmente previste nella programmazione della Regione del Veneto sono, pertanto, le seguenti:

- Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) per minori e adolescenti;
- Comunità Educativa Riabilitativa (CER) per minori e adolescenti;
- Comunità Educativa Diurna (CED) che accoglie anche minori/adolescenti con problemi psicopatologici.

Viene apportata una modifica al requisito inerente il personale della sola struttura Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) di competenza della Direzione Programmazione Sanitaria - U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria.

Viene quindi modificato il requisito minimo organizzativo di cui all'Allegato A della DGR 242/2012 AU9 per l'unità di offerta Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) nella parte in cui fa riferimento all'educatore professionale sanitario che viene così ridefinito: Educatore professionale e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica.

Il titolo professionale di *educatore professionale* spetta a coloro che sono in possesso di laurea in educatore professionale, afferente alla classe n. 2 delle lauree universitarie delle professioni sanitarie individuate con D.M. 2 aprile 2001 - professioni sanitarie della riabilitazione; a coloro che sono in possesso di diploma universitario di educatore professionale o di uno dei seguenti titoli equipollenti: Educatore professionale (corsi regionali triennali di formazione specifica, purché iniziati in data antecedente a quella di attuazione del Decreto 10 febbraio 1984 del Ministro della sanità - corsi regionali di formazione specifica ex Decreto 10 febbraio 1984 del Ministro della sanità - corsi triennali di formazione specifica ex Legge 21 dicembre 1978, n. 845 - corsi di formazione specifica ex Legge 30 marzo 1971, n. 118); Educatore di comunità (Decreto 30 novembre 1990, n. 444 del Ministro della sanità); Educatore professionale (D.P.R. 10 marzo 1982, n. 162; Legge 11 novembre 1990, n. 341); Educatore di comunità (D.P.R. 10 marzo 1982, n. 162;

Legge 11 novembre 1990, n. 341); Educatore professionale animatore (corsi regionali triennali di formazione specifica autorizzati con delibere di giunta regionale della Regione del Veneto);

POLITICHE SOCIALI

LAZIO

Decreto del Presidente della Regione Lazio 21 febbraio 2017, n. T00032 - IPAB Ospizio Nicola Calestrini di Roma. Nomina Presidente Consiglio di Amministrazione.(BUR n. 18 del 2.3.17)

Note

Viene nominato il Dott. Giulio Franchi de' Cavalieri, già consigliere dell'Ente, quale Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'IPAB Ospizio Nicola Calestrini e di rimandare a successivo Decreto la nomina di un consigliere in sostituzione dello stesso

PIEMONTE

D.D. 6 dicembre 2016, n. 896 Fondazione "Fondazione Casa di Riposo di Gattinara", con sede nel Comune di Gattinara (VC). Provvedimenti in ordine al riconoscimento della personalita' giuridica di diritto privato.

Note

L'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Casa di Riposo" (nel seguito: I.P.A.B.), con sede nel Comune di Gattinara (VC), trae le sue origini dalla disposizione testamentaria del Signor Achille Scribante fu Giuseppe di Gattinara - registrato con verbale dell'11 febbraio 1922, rogato Facciotti - e fu eretta in Ente Morale, sotto amministrazione autonoma, con decreto del Presidente della Repubblica del 22 febbraio 1949.

L'art. 2 dello statuto vigente, anch'esso approvato con il suddetto decreto del Presidente della Repubblica del 1949, prevede che scopo dell'I.P.A.B. sia "provvedere gratuitamente, secondo i propri mezzi, al ricovero, al mantenimento ed all'assistenza di poveri d'ambo i sessi inabili al lavoro proficuo (...)".

Con istanza datata 30/11/2016 il Presidente dell'I.P.A.B. richiedeva, in esecuzione della deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 17 del 28/11/2016, il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato, l'approvazione del nuovo statuto comprensivo dell'Allegato A) parte integrante dello stesso e la variazione della denominazione da "Casa di Riposo" a "Fondazione Casa di Riposo di Gattinara". La proposta veniva motivata dalla natura privatistica di ispirazione religiosa dell'I.P.A.B. ed, altresì, dalla necessità di dotare l'istituzione di uno statuto più conforme alla legislazione vigente, vista la sua datata approvazione, ed alla mutata natura giuridica.

L'I.P.A.B. può essere individuata quale istituzione di ispirazione religiosa, ai sensi di quanto previsto all'art. 2, lett. c1 e c2 della L.R. n. 10 del 19/03/1991 e s.m.i..

L'appartenenza a detta categoria è desumibile dai seguenti elementi: l'attività istituzionale attualmente svolta dall'I.P.A.B. "Casa di Riposo" persegue indirizzi religiosi, come emerge dalla relazione sull'attività, allegata alla suddetta istanza di privatizzazione, in ciò soddisfacendo ai requisiti previsti alla lett. c1 della citata normativa regionale. Tale relazione, in particolare, attesta l'esistenza, dall'origine dell'I.P.A.B. sino al 2013, di una collaborazione tra la stessa e le suore "Figlie di Maria Ausiliatrice", nonché tuttora una forte collaborazione con la Parrocchia San Pietro Apostolo di Gattinara e con associazioni che ispirano il proprio operato a principi religiosi, quali, ad es., AVULSS sede di Gattinara e San Vincenzo sede di Gattinara; l'I.P.A.B. risulta collegata ad una confessione religiosa attraverso la collaborazione di personale religioso, quale modo qualificante di gestione del servizio, come emerge dalla convenzione del 12/02/2016, allegata alla suddetta istanza di privatizzazione, siglata tra la stessa e la Parrocchia San Pietro Apostolo di Gattinara, in ciò soddisfacendo ai requisiti previsti alla lett. c2 della citata normativa regionale.

Viene riconosciuta l' idoneità all' iscrizione nel Registro regionale centralizzato delle persone giuridiche private, di cui alla D.G.R. 39 - 2648 del 02/04/2001, della fondazione "Fondazione Casa di Riposo di Gattinara", con sede nel Comune di Gattinara (VC), con il vincolo della destinazione del patrimonio e delle relative rendite alle attività previste dallo statuto proposto, che si approva e si allega alla presente determinazione per farne parte integrante.

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE

LAZIO

Determinazione 2 marzo 2017, n. G02507 - Nomina della Commissione di valutazione dei progetti di cui all'Avviso pubblico pluriennale per la presentazione di progetti di presa in carico, orientamento e accompagnamento a percorsi di inclusione sociale attiva-Asse II- Inclusione sociale e lotta alla povertà' POR FSE Lazio 2014-2020 Asse prioritario 2 - Inclusione Sociale e lotta alla povertà'. Priorità di investimento 9.i- Inclusione attiva anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva e migliorare l'occupabilità Obiettivo specifico 9.1 Riduzione della povertà', dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale Azione 9.1.2 Servizi sociali innovativi Mdi sostegno a nuclei familiari multiproblematici e/o a persone particolarmente svantaggiate o oggetto di discriminazione, approvato con Determinazione Dirigenziale n. G14928 del 14/12/2016.

Note

Vengono nominati quali componenti della Commissione di valutazione dei progetti di cui all'Avviso pubblico approvato con Determinazione Dirigenziale n. G14928 del 14/12/2016, le seguenti risorse umane individuate all'interno della Direzione Regionale Salute e Politiche sociali:

Presidente

Vincenzo Panella (o suo delegato) Direttore (o suo delegato)

Componente Monica Gaddini Funzionario

Componente Germana Villetti Funzionario

Componente Gloria Pacchioni Funzionario

Componente Paola Pacelli Funzionario

Segretario verbalizzante Giovanni Pozzi

LOMBARDIA

DD. 8 marzo 2017 - n. 2467 Determinazioni per l'attuazione della misura «Bonus famiglia» del reddito di autonomia. Modifica della scheda di avvenuto colloquio per la valutazione della vulnerabilità socioeconomica (BUR n. 10 del 10.3.17)

Note

Viene approvata la modifica del fac-simile «Scheda di avvenuto colloquio per la vulnerabilità socioeconomica» - Allegato A, parte integrante del presente atto.

MODIFICA DELLA SCHEDA DI AVVENUTO COLLOQUIO PER LA VULNERABILITÀ SOCIOECONOMICA RELATIVA ALLA MISURA BONUS FAMIGLIA

Comune di _____ (luogo di residenza)- Servizi Sociali o nome del CAV, indirizzo e telefono

Scheda di avvenuto colloquio per la vulnerabilità socioeconomica**Bonus Famiglia****Dati della/del richiedente:**

Nome Cognome C.F. residente a

- Situazione già conosciuta al Comune/CAV Situazione personale e familiare che ha motivato la richiesta1:**
- situazione abitativa (ad esempio presenza di sfratto, morosità rate di mutuo, morosità canone di locazione. Si tratta di esemplificazioni non esaustive di tutte le casistiche possibili);**
- situazione occupazionale (ad esempio disoccupato, inoccupato, mobilità. Si tratta di esemplificazioni non esaustive di tutte le casistiche possibili);**
- situazione sanitaria (ad esempio certificazione di invalidità, altra idonea certificazione. Si tratta di esemplificazioni non esaustive di tutte le casistiche possibili);**
- nucleo familiare soggetto a provvedimento dell’Autorità giudiziaria.**

I Comuni, i CAV tengono agli atti copia della scheda rilasciata ai richiedenti del Bonus Famiglia.

1 La presente scheda viene rilasciata nel caso in cui vi sia la presenza di almeno una delle condizioni di vulnerabilità elencate, condizioni che dovranno essere debitamente comprovate da parte della/del richiedente con documentazione da produrre durante il colloquio con il referente del Comune /CAV/Consultorio a supporto per il rilascio della stessa scheda. E’ possibile non procedere all’analisi della documentazione a supporto solo nel caso in cui il/la richiedente sia già un soggetto in carico presso i Servizi Sociali del Comune di residenza.

ALLEGATO A

Il richiedente dichiara di ricevere altri sussidi pubblici (ad esempio social card, dote scuola, sostegno affitti, esenzione ticket sanitario, altro) si no.

Il richiedente (*) Assistente sociale del Comune Responsabile del CAV

(*) Se minorenni Dà il proprio assenso, in qualità di persona esercente la responsabilità genitoriale, come risulta dalla apposizione di firma in calce alla presente

Nome e cognome Firma

Luogo e data

Indicare come si è venuti a conoscenza della misura Bonus Famiglia

televisione radio cartelli pubblicitari giornali passaparola altro

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, Codice in materia di protezione dei dati personali, la informiamo che il Comune/CAV/Consultorio, al quale lei si è rivolto, tratterà i dati personali che la riguardano e da lei forniti ai fini dell'erogazione del contributo "Bonus Famiglia".

I dati relativi alla scheda di avvenuto colloquio sono trattati su supporto cartaceo. Il mancato conferimento dei dati comporta l'improcedibilità dell'istanza. Titolare del trattamento ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali è il Comune/CAV/Consultorio al quale lei si è rivolto. Tali dati potranno essere comunicati ad altri titolari in caso di adesione alla misura "Bonus Famiglia".

Ai sensi degli artt. 7 e 8 del D. Lgs. n. 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali, lei può far valere i suoi diritti rivolgendo istanza ai titolari del trattamento.

Letta l'informativa il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati effettuato nel corso del colloquio.

Nome e cognome Firma

Luogo e data

DD 10 marzo 2017 - n. 2612 - - Approvazione, ai sensi della d.g.r. n. 6300/2017, dell' avviso pubblico per il finanziamento di progetti per il potenziamento dell'offerta di servizi per l'infanzia e l'adolescenza a supporto della conciliazione vita-lavoro per le annualità 2017 – 2018 – (POR FSE 2014/2020 Azione 9.3.3) . (BUR n. 11 del 14.3.17)

Note

Viene approvato l'«Avviso pubblico per il finanziamento di progetti per il potenziamento dell'offerta di servizi per l'infanzia e l'adolescenza a supporto della conciliazione vita-lavoro per le annualità 2017 – 2018» e la relativa modulistica, di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si fa rinvio).

Vengono altresì approvati i seguenti allegati, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- allegato B «Scheda informativa»
- allegato C «Indicazioni per la rendicontazione»
- allegato D «Schema di garanzia fidejussoria»
- allegato E «Richiesta di accesso agli atti»

Le risorse per l'attuazione dell'Avviso, secondo quanto previsto dalla d.g.r.n.6300 del 6 marzo 2017, sono pari ad euro 2.500.000,00 sul triennio 2017/2019, di cui euro 1.000.000,00 sull'annualità 2017, euro 1.000.000,00 sull'annualità 2018 ed euro 500.000,00 sull'annualità 2019,

PIEMONTE

D.D. 23 dicembre 2016, n. 884 - Interventi e servizi destinati a soggetti in condizione di specifiche fragilità sociali – Impegni delegati di Euro 58.800.000,00 sul cap. 157098 del bilancio 2016 a favore delle Aziende Sanitarie Locali. (BUR n. 9 del 2.3.17)

Note

Vengono impegnare , a favore delle Aziende Sanitarie Locali, sul cap. 157098 del bilancio 2016 – m“Interventi e servizi destinati a soggetti in condizione di specifiche fragilità sociali” le somme sotto elencate:

- € 26.565.069,29
- € 32.234.930,71

TOSCANA

RISOLUZIONE 14 febbraio 2017, n. 141 - In merito all'introduzione di misure di contrasto al fenomeno della povertà e del disagio sociale, attraverso l'istituzione del “Reddito di solidarietà attiva”, il rafforzamento delle politiche sulla casa e la promozione di un “Patto di comunità”. (BUR n. 9 del 1.3.17)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visti gli articoli 2, 3, 4, 30, 31, 32, 33, 34 e 38 della Costituzione;

Visti gli articoli 33 (Vita familiare e vita professionale) e 34 (Sicurezza sociale e assistenza sociale) della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea;

Premesso che:

- la crisi economica globale ha provocato un generale peggioramento delle condizioni di vita delle famiglie, un incremento dei livelli di disoccupazione, soprattutto giovanile, ed un aumento delle disparità nella distribuzione del reddito;
- secondo l'analisi effettuata dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), si registra attualmente un tasso di disoccupazione totale al 12 per cento (+ 5,2 per cento rispetto ai livelli di dicembre 2008), mentre la disoccupazione giovanile (dai 15 ai 24 anni) è passata dal 22,6 per cento al 40,1 per cento tra il dicembre 2008 ed il dicembre 2016 (Fonte: “Occupati e Disoccupati”. ISTAT. Dicembre 2016);
- il tasso di disoccupazione in Toscana, per il terzo trimestre 2016, viene stimato in leggero aumento rispetto allo stesso periodo del 2015, passando dall'8,53 per cento all'8,83 per cento, mentre la disoccupazione giovanile, dai 15 ai 24 anni, è passata dal 35,7 per cento al 32,7 per cento tra il 2014 e il 2015 (Fonte: “Serie storiche di indicatori economici congiunturali”. Ufficio Regionale di Statistica. Dicembre 2016); secondo quanto diffuso dall'ISTAT, lo scorso dicembre il 28,7 per cento delle persone residenti in Italia, nel 2015, sarebbe a rischio di povertà od esclusione sociale e che tale quota, afferma l'Istituto, risulterebbe “sostanzialmente stabile rispetto al 2014, in cui era al 28,3 per cento” (Report “Condizioni di vita e reddito”, Istat, 6 dicembre 2016);

- per quanto riguarda la Toscana, la soglia di povertà relativa nel 2015 si attesta al 5 per cento, mentre le famiglie toscane in condizione di povertà assoluta, pur con un'incidenza più bassa rispetto alla media italiana, risultano aumentate rispetto al 2008 (pre-crisi) dall'1,6 al 3,3 per cento: un universo di circa 54.000 nuclei familiari e 139.000 persone che non riescono ad acquistare beni e servizi essenziali per uno standard di vita minimo (dati Istat 2014);
- tra il 2010 ed il 2014 gli sfratti eseguiti in Toscana sono aumentati di circa il 25 per cento, mentre quelli per morosità del 35 per cento, con punte anche del 100 per cento in talune realtà territoriali;
- il quinto rapporto sulla condizione abitativa (Abitare in Toscana - anno 2016) evidenzia alcuni segnali positivi: i tre indicatori relativi agli sfratti mostrano polarità negativa nel saldo annuale, in particolare sul fronte delle richieste (-4,5 per cento) e dei provvedimenti (-12,1 per cento), mentre restano sostanzialmente stabili le esecuzioni (-0,5 per cento);
- il patrimonio regionale di edilizia residenziale pubblica è composto da 5.926 fabbricati, ed in Toscana le famiglie che risiedono in alloggi di edilizia residenziale pubblica (ERP) sono 47.613, per un totale di 115.578 individui, pari al 3,1 per cento della popolazione residente sul territorio regionale (Fonte: Rapporto Abitare in Toscana, anno 2016).

Preso atto che:

- l'articolo 1 del decreto legislativo 4 marzo 2015, n. 22 (Disposizioni per il riordino della normativa in materia di ammortizzatori sociali in caso di disoccupazione involontaria e di ricollocazione dei lavoratori disoccupati, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183), ha istituito, presso la Gestione prestazioni temporanee ai lavoratori dipendenti e nell'ambito dell'Assicurazione sociale per l'impiego (ASpI), a decorrere dal 1° maggio 2015, un'indennità mensile di disoccupazione, denominata: "Nuova prestazione di Assicurazione sociale per l'impiego (NASpI)";
- l'articolo 16 del citato d.lgs 22/2015, ha istituito, a decorrere dal 1° maggio 2015, l'Assegno di disoccupazione (ASDI), "avente la funzione di fornire una tutela di sostegno al reddito dei lavoratori beneficiari della Nuova prestazione di assicurazione sociale per l'impiego (NASpI)"; con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 10 gennaio 2013 si è data attuazione alla sperimentazione della nuova carta acquisti, rivolta ai cittadini italiani o comunitari, ai cittadini stranieri in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo, nonché i familiari di cittadini italiani o comunitari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro purché titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- la legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "Legge di stabilità 2016"), all'articolo 1, comma 386, prevede l'istituzione di un "Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale" che finanzia un "Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale", finalizzato a raggiungere, con progressione graduale, livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire per il contrasto alla povertà ed, al successivo comma 387, stabilisce che, per il 2016, tali risorse siano destinate all'avvio su tutto il territorio nazionale di una misura di contrasto della povertà definita "Sostegno per l'Inclusione Attiva "(SIA);
- con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 maggio 2016 si è dato avvio al Sostegno per l'inclusione attiva (SIA), stabilendo che, dal 2 settembre 2016, i cittadini in possesso dei requisiti possano presentare domanda di accesso alla misura che prevede l'erogazione di un beneficio economico alle famiglie in condizioni economiche disagiate, nelle quali almeno un componente sia minorenne, oppure nelle quali sia presente un figlio disabile o una donna in stato di gravidanza accertata;
- le "Linee guida per la predisposizione ed attuazione dei progetti di presa in carico del SIA", approvate in Conferenza unificata l'11 febbraio 2016, definiscono il modello da adottare per predisporre ed attuare i progetti di presa in carico delle famiglie beneficiarie del SIA, ponendo in capo agli ambiti territoriali la predisposizione, per ciascun nucleo beneficiario della misura, del

progetto personalizzato per il superamento della condizione di povertà, il reinserimento lavorativo e l'inclusione sociale;

- il Programma operativo nazionale (PON) "Inclusione" del Fondo sociale europeo (FSE), a titolarità del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, ha come obiettivo principale quello di supportare l'implementazione del SIA. In particolare, tramite detto programma, s'intendono rafforzare i servizi di accompagnamento e le misure di attivazione rivolte ai beneficiari della misura, senza intervenire sul beneficio passivo a carico del bilancio nazionale. Detto programma stabilisce che gli interventi siano attuati dai territori sulla base di linee di intervento comuni. A tale fine, prevede l'assegnazione delle risorse tramite "Bandi non competitivi", definiti dall'Autorità di gestione (AdG) in collaborazione con le amministrazioni regionali, rivolti alle amministrazioni territoriali di ambito per la presentazione di proposte progettuali di interventi destinati ai beneficiari del SIA ed al rafforzamento dei servizi loro dedicati, coerenti con gli indirizzi nazionali;

- il "Piano Casa" messo a punto dal Governo nazionale ha stanziato, per il decennio 2014 - 2024, oltre 400 milioni da ripartire tra le regioni per il recupero e la razionalizzazione degli alloggi sociali, ed, in particolare, per interventi di ripristino degli alloggi sfitti e di manutenzione straordinaria.

Rilevato che:

- con deliberazione 27 settembre 2016, n. 940, la Giunta regionale della Toscana ha approvato l'accordo di collaborazione per l'attività di sostegno all'inclusione attiva da stipularsi tra le Direzioni Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Lavoro, Istruzione e formazione della Regione Toscana (anche in rappresentanza dei soggetti del Servizio sanitario regionale) ed ANCI regionale in rappresentanza dei comuni della Toscana;

- la legge regionale 2 agosto 2013, n. 45 (Interventi di sostegno finanziario in favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione e per il contrasto al disagio sociale), ha previsto, per il triennio 2013-2015, una serie di misure di sostegno finanziario in favore delle famiglie e dei lavoratori che vivono particolari situazioni personali di disagio, suscettibili di aggravarne le difficoltà finanziarie. In particolare, è stato previsto un contributo economico annuale dell'importo di euro 700,00 cumulabile con altri benefici economici, quali:

a) bonus famiglie numerose (in presenza di almeno quattro figli);

b) bonus disabilità (presenza in famiglia di un soggetto a carico Irpef con disabilità certificata in condizione di gravità ex articolo 3, comma 3, legge 140/92);

c) bonus bebé (nascita cumulabile con assegno di maternità nazionale).

- la legge regionale 28 dicembre 2015, n. 82 (Disposizioni di carattere finanziario. Collegato alla legge di stabilità per l'anno 2016), ha previsto il bonus disabilità applicabile ai soli figli minorenni riconosciuti disabili in condizione di gravità (articolo 3, comma 3, l. 140/92);

- inoltre, tra gli interventi messi in atto negli ultimi anni in merito alle politiche sociali, assumono rilievo quelli attuativi dell'articolo 60 della legge regionale 27 dicembre 2012, n. 77 (Legge finanziaria per l'anno 2013), con particolare riferimento al progetto del prestito sociale, che appare opportuno attivare nuovamente, nonché gli interventi sul Fondo regionale assistenza sociale (FRAS) su cui occorre effettuare ogni sforzo al fine di arrestare la sua contrazione, mirando ad una sua progressiva ricostituzione nelle dimensioni originarie;

- la Regione Toscana è intervenuta in quest'ultimi anni promuovendo interventi legislativi significativi volti a rafforzare le politiche della casa, quali la legge regionale 31 marzo 2015, n. 41 (Modifiche alla legge regionale 20 dicembre 1996, n. 96 "Disciplina per l'assegnazione, gestione e determinazione del canone di locazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica"), che introduce una serie di novità, in particolare, in materia di requisiti di accesso, sulla determinazione del canone di locazione e sulle modalità di assegnazione degli alloggi e la legge regionale 22 gennaio 2014, n. 5 (Alienazione degli immobili di edilizia residenziale pubblica "ERP" finalizzata alla razionalizzazione e valorizzazione del patrimonio di ERP), che interviene in merito all'alienazione degli immobili di edilizia residenziale pubblica finalizzata alla razionalizzazione e valorizzazione del patrimonio ERP;

- sebbene in questi anni la Regione Toscana abbia mostrato maggiore dinamismo rispetto al resto del paese, si è prodotto, anche nel contesto regionale un ridimensionamento della base produttiva e dei dati occupazionali, la contrazione dei bilanci familiari, nonché un aumento del fenomeno della povertà, rispetto al quale è necessario mettere in atto politiche adeguate.

Considerato che:

- il nuovo Piano regionale di sviluppo (PRS), in quanto strumento orientativo delle politiche regionali per l'intera legislatura, prevede importanti interventi strutturali sul lavoro e sulle politiche sociali di contrasto alla povertà ed all'esclusione sociale, come definiti dal progetto regionale specifico;
- nonostante le misure messe in atto dalla Regione,, di fronte al perdurare dei fenomeni di povertà ed esclusione sociale anche in Toscana, nonché di un possibile scivolamento verso la condizione di povertà di quei segmenti sociali ritenuti a basso rischio fino a poco tempo fa, si pone l'esigenza di approntare politiche regionali adeguate e mettere in atto azioni concrete per fronteggiare tali criticità;
- in particolare, devono essere definiti, attuati e finanziati i seguenti interventi:
 - introduzione del "Reddito di solidarietà attiva", finalizzato a sostenere le famiglie (compresi i nuclei familiari unipersonali) con determinati requisiti comprovanti una reale difficoltà socio-economica ed a favorire l'inserimento lavorativo degli stessi soggetti beneficiari;
 - rafforzamento del contrasto alla povertà ed al disagio sociale attraverso adeguati investimenti sulle politiche per la casa. Pertanto, è necessario attivare tutte quelle misure utili affinché in Toscana possa crescere la percentuale di incidenza dell'ERP sul totale delle abitazioni, in modo da dare risposte adeguate alla domanda di alloggi, accompagnando tali azioni ad opportuni interventi nel campo dell'"housing sociale", anche dando compiuta attuazione alle previsioni della legge regionale 3 febbraio 2015, n. 13 (Disposizioni per il sostegno delle attività della agenzie sociali per la casa);
 - riattivazione della Commissione regionale per le politiche sociali di cui alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), quale strumento teso a promuovere un "Patto di comunità" che coinvolgerà i rappresentanti delle organizzazioni sindacali, delle categorie economiche, delle associazioni di rappresentanza e tutela degli utenti, delle organizzazioni del terzo settore, degli iscritti agli ordini e alle associazioni professionali;
 - rafforzamento, in coerenza con le azioni previste dal PRS, delle misure finalizzate all'inserimento nel mondo del lavoro delle giovani generazioni, anche implementando il progetto Giovanisì.
- al fine di finanziare il sopracitati interventi, a partire dal "Reddito di Solidarietà Attiva", da intendersi quale provvedimento straordinario che, data l'attuale situazione di criticità, si identifica come complementare ai provvedimenti nazionali precedentemente citati (tra tutti il SIA) e limitato nel tempo fin no all'adozione definitiva del "Reddito di inclusione", appare opportuno prevedere una congrua dotazione finanziaria stimabile in almeno 35 milioni di euro;
- al fine di rendere disponibili tali risorse, date le attuali ristrettezze di bilancio, sia anzitutto necessario rafforzare i meccanismi di revisione del bilancio regionale introducendo ulteriori strumenti redistributivi e procedendo ad una drastica riduzione di tutte le misure non essenziali per l'azione di governo;
- tra queste, ritenendo imprescindibile ogni sforzo anche nella direzione di garantire massima sobrietà all'attività istituzionale, risulta opportuno procedere mediante un'attenta valutazione su quelle spese, seppur limitate, inerenti all'informazione, comunicazione, eventi, attività di rappresentanza, consulenze e supporto alla Giunta ed al Consiglio regionale, nonché sulla possibilità di ridurre ulteriormente le risorse in disponibilità dei gruppi consiliari;
- parimenti, dette coperture debbono essere individuate effettuando un'attenta valutazione, ai fini di un loro utilizzo, sull'attuale destinazione delle risorse provenienti dalla programmazione 2014-2020 del Fondo sociale europeo (FSE), in coerenza con quanto stabilito dall'Accordo di partenariato sull'utilizzo delle stesse per le politiche attive e passive del lavoro.

ASSUME L'IMPEGNO

di dare seguito, per quanto di propria competenza, agli impegni individuati in narrativa e finalizzati a rafforzare i meccanismi di revisione della spesa del bilancio regionale;

di presentare in tempi rapidi, mediante il coinvolgimento delle commissioni consiliari competenti e previa individuazione di concerto con la Giunta regionale di congrua copertura finanziaria, una specifica proposta di legge inerente l'istituzione del "Reddito di Solidarietà Attiva" a livello regionale.

IMPEGNA**LA GIUNTA REGIONALE**

- ad attivarsi affinché possa essere definito un " Cantiere sociale per la Toscana " che contenga una serie di misure di contrasto al fenomeno della povertà e del disagio sociale, tra le quali vi sia, oltre all'introduzione del "Reddito di Solidarietà Attiva " di cui sopra:

1) il rafforzamento delle politiche sulla casa in Toscana come strumento centrale nella lotta alla povertà ed al disagio sociale, assegnando, pertanto, le necessarie risorse all'edilizia residenziale pubblica;

2) la costituzione di un "Patto di comunità", da costruirsi mediante la riattivazione della Commissione

regionale per le politiche sociali di cui alla l.r. 41/2015, finalizzato a coinvolgere i rappresentanti delle organizzazioni sindacali, le categorie economiche, le associazioni di rappresentanza e tutela degli utenti, le organizzazioni del terzo settore, gli iscritti agli ordini e alle associazioni professionali;

3) il rafforzamento, in coerenza con le azioni previste dal PRS, delle misure finalizzate all'inserimento nel mondo del lavoro delle giovani generazioni, anche implementando il progetto Giovanisì.

- ad attivarsi per consentire un'adeguata copertura degli interventi sopracitati, a partire dal "Reddito di Solidarietà Attiva", stimata in almeno 35 milioni di euro, attraverso un'attenta valutazione sull'attuale destinazione delle risorse provenienti dalla programmazione 2014- 2020 del Fondo sociale europeo (FSE), nonché attraverso un'attenta revisione della spesa del bilancio regionale che preveda il superamento di quelle misure non essenziali per l'azione di governo per come individuate in narrativa.

PRIVATO SOCIALE**LAZIO**

Determinazione 22 febbraio 2017, n. G02110 - L.R. n. 13/2001, art. 3, comma 1 - Approvazione dello schema-tipo per la predisposizione delle domande finalizzate alla richiesta di contributo per la realizzazione di progetti concernenti l'attività di oratorio o attività' similari. (BUR n. 19 del 7.3.17)

Note

Viene approvato lo schema-tipo per la predisposizione delle domande da presentare per la richiesta di contributo per la realizzazione di progetti concernenti l'attività di oratorio o attività similari ai sensi dell'art. 3, comma 1, della L.R. n. 13/2001, che è allegato alla presente determinazione ed è parte integrante della stessa (Allegato A) (a cui si fa rinvio).

Determinazione 2 marzo 2017, n. G02484 - Istituzione, costituzione e nomina della commissione per la valutazione dei progetti di Servizio Civile Nazionale di competenza regionale per l'anno 2017

Note

Viene istituita la Commissione per la valutazione dei 366 progetti di Servizio Civile, composta dal Direttore, o suo delegato, e due dipendenti della Direzione regionale Salute e Politiche sociali dell'Amministrazione regionale, con funzioni rispettivamente il primo di presidente e coordinatore

della commissione, il secondo di componente ed il terzo di segretario, nonché da nove esperti esterni, di cui sei effettivi e tre supplenti;

Dr. Vincenzo Panella, direttore della Direzione Salute e Politiche Sociali con funzioni di presidente e coordinatore della commissione, o suo delegato;

Gloria Pacchioni, funzionario della Direzione regionale Salute e Politiche Sociali con funzione di componente;

Maria Teresa Sorbara assistente amministrativo della Direzione regionale Salute e Politiche Sociali della direzione con funzioni di segretario;

Gaia Terzani, componente esperto esterno;

Anna Paola Pati, componente esperto esterno;

Francesco Spagnolo, componente esperto esterno;

Rotondi Simona, componente esperto esterno;

Sebastiano Scire' Ingastone, componente esperto esterno;

Claudia Pennacchiotti, componente esperto esterno;

Maurizio Esposito, componente esperto esterno (supplente);

Raffaella Marchi, componente esperto esterno (supplente);

Patrizia Giganti, componente esperto esterno (supplente);

Ai componenti dipendenti dall'amministrazione regionale non spetta alcun compenso né indennità o rimborso.

PIEMONTE

D.D. 7 dicembre 2016, n. 898 - Attività di controllo e verifica sull'attuazione dei progetti di servizio civile nazionale - Progetto PROMUOVERE DIRITTI, cod.helios R01NZ0151214103005NR01 presentato dal Comune di Torino, accreditato alla prima classe dell'albo regionale degli enti di servizio civile, cod. helios NZ01512 - Applicazione di sanzione amministrativa ai sensi del D.M. 6 maggio 2015.

Note

PREMESSA

In data 29 agosto 2016 è stata effettuata l'attività di verifica sul progetto PROMUOVERE DIRITTI cod. helios R01NZ0151214103005NR01, presentato dal COMUNE DI TORINO, ente accreditato alla prima classe dell'albo regionale del servizio civile nazionale, codice helios NZ01512 per conto dell'ASSOCIAZIONE CCM – COMITATO COLLABORAZIONE MEDICA, accreditato all'albo anzidetto quale ente partner del Comune stesso in virtù di specifico accordo ed avente sede in Torino, via Ciriè 32/E, cod. helios 8558.

Nel corso della verifica sono emerse numerose criticità rispetto alla corretta ed efficiente gestione complessiva del progetto.

Sono altresì emerse alcune irregolarità connesse sia al corretto impiego dei volontari nelle attività indicate nella scheda progettuale e nel Patto di Servizio sottoscritto con l'ente, sia al non corretto svolgimento del proprio ruolo da parte dell'Operatore Locale di Progetto (OLP), avendo quest'ultimo delegato ai responsabili dei servizi presso i quali i volontari erano inseriti alcuni dei compiti propri di detta figura.

Risultando assenti sia l'OLP due volontari, è stato concordato un nuovo incontro che ha avuto luogo il successivo 8 settembre 2016;

Nel corso dell'ulteriore verifica sono state nuovamente riscontrate delle irregolarità rispetto al corretto utilizzo di altro volontario nelle attività previste nella scheda progetto e nel Patto di Servizio

Il non corretto utilizzo dei volontari nelle attività progettuali configura una violazione alle disposizioni di cui al par. 3, lettere b) e o) del prontuario 6 maggio 2015 per la quale lo stesso prontuario prevede, rispettivamente, al par. 4.2, lettera a), l'applicazione della sanzione della diffida per iscritto ed al par. 4.3 lett. c) l'applicazione della sanzione della revoca del progetto.

Per quanto riguarda le problematiche connesse all'OLP non sussistono elementi documentali per formulare ulteriori rilievi, atteso che dal registro agli atti risulta in servizio per il numero di ore previste nel progetto.

Dalla documentazione agli atti relativa alla gestione burocratico-amministrativa del progetto non è emersa alcuna condotta illecita.

Rispetto al dovere di garantire un'efficiente e corretta gestione del progetto, di cui al par. 3, lett. c) del più volte citato Prontuario 6 maggio 2016, pur in presenza di numerose criticità, in mancanza di idonea documentazione probatoria non possono trovare applicazione le sanzioni di cui al par. 4.4 lett. m) del Prontuario in argomento;

LA DISPOSIZIONE

Viene comminata all'ente Comune di Torino, accreditato alla prima classe dell'albo regionale del servizio civile nazionale, codice helios NZ01512, la sanzione della diffida per iscritto, ai sensi del par. 4.2, lettera a) del Prontuario approvato con D.M. 6 maggio 2015 per la violazione dei doveri previsti al par. 3, lettera b) del medesimo Prontuario.

;

D.D. 15 Dicembre 2016, n. 920 - D.G.R. n. 46-2190 del 13 febbraio 2006 "Istituzione dell'albo regionale degli enti di servizio civile nazionale" - Adeguamento dell'Ente Comune di Asti con sede in Asti, Piazza Catena 2, accreditato alla 2^a classe, sez. A) dell'albo anzidetto, codice helios NZ02190

SANITA'

ABRUZZO

DGR 26.1.17,n. 19 Realizzazione dell'Intervento 3.1.1. dell'obiettivo 3 del Piano di Riqualficazione del Sistema Sanitario Regionale 2016-2018.

Note

L' "Obiettivo 3 "Investire in selezione, formazione e valutazione delle risorse umane" del Piano di Riqualficazione del Servizio Sanitario Regionale 2016-2018 (approvato dalla D.G.R. n. 505/2016, così come modificato dalla D.G.R. n. 576/2016) si occupa della tematica delle risorse umane, prevedendo:

- la riqualficazione dell'investimento in personale formato ed in formazione delle risorse umane, mediante l'assunzione del personale necessario per rispondere al fabbisogno di assistenza, con particolare riferimento a quello previsto nei capitoli "Gestire i pazienti cronici il più possibile a domicilio" e "Riqualficare la rete ospedaliera puntando su sicurezza ed efficienza" del Piano di Riqualficazione del Servizio Sanitario Regionale 2016-2018;
- il collegamento all'unità operativa di competenza della quantità/qualità (esiti) di prestazioni erogate e adottare meccanismi di valutazione delle performance che tengano conto della produttività dei singoli professionisti e delle stesse unità operative.

Tale investimento sullo sviluppo delle competenze delle risorse prevede di:

- favorire il processo di riqualficazione del Servizio Sanitario Regionale facilitando i meccanismi di comunicazione interna, ristrutturando le modalità di monitoraggio e pianificazione della formazione e rinforzando la collaborazione con Università ed Istituzioni nazionali e internazionali;
- collegare alla singola unità operativa la quantità/qualità (esiti) di prestazioni erogate, al fine di determinare il fabbisogno di personale sulla base delle reali necessità così da garantire i servizi di assistenza ai pazienti in coerenza con la nuova programmazione. Si specifica che

per alcune tipologie di servizio (ad esempio, guardia medica, turno di reperibilità etc.) per numero di prestazioni eseguite si potrà riferire, ad esempio, alle ore lavorate;

- adottare meccanismi di valutazione delle performance del personale dipendente basati su indicatori ad hoc relativi alla quantità di prestazioni erogate, agli esiti delle cure ed, anche, al livello di soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie.

Viene istituita, per dare attuazione al predetto Intervento 3.1.1. – “Valutare la fattibilità ai sensi della normativa vigente di identificare presso gli uffici di formazione un mentor aziendale” del Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2016-2018, una rete composta da un mentor regionale e dai rispettivi mentor aziendali, così come di seguito precisato:

- il mentor regionale: la figura del mentor in Regione Abruzzo è individuata nel Dirigente del Servizio Risorse Umane e Assetti Istituzionali del Dipartimento per la Salute e il Welfare e, in caso di suo impedimento o assenza, nel Responsabile dell’Ufficio Stato Giuridico e Formazione del predetto Servizio. Per lo svolgimento di tale compito, vige il principio dell’omnicomprensività del trattamento economico ex art. 24, comma 3, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- i senior mentor delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo: sono individuati nei Responsabili dei singoli Uffici formazione di ogni Azienda U.S.L. d’Abruzzo. Per lo svolgimento di tale compito, vige il principio dell’omnicomprensività del trattamento economico ex art. 24, comma 3, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- i mentor aziendali delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo: in fase di prima attuazione del presente provvedimento giuntale, essi sono individuati nei singoli componenti del Comitato Scientifico Aziendale E.C.M. ex D.C.A. n. 71/2013. In seguito, in attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento giuntale, saranno approvati specifici meccanismi per l’individuazione dei mentor aziendali delle Aziende UU.SS.LL. Per lo svolgimento di tale compito, vige il principio dell’omnicomprensività del trattamento economico ex art. 24, comma 3, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

Viene costituita, altresì, una specifica Cabina di Regia per le Esigenze Formative ECM composta da:

- il mentor della Regione Abruzzo, o suo delegato;
- il Direttore dell’Agenzia Sanitaria Regionale, o suo delegato;
- i senior mentor delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo;
- i mentor aziendali delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo;

Vengono approvati i seguenti allegati:

- Allegato 1: “Linee guida per l’identificazione dei bisogni formativi specifici per il Servizio Sanitario Regionale e per l’istituzione del mentor regionale e dei mentor aziendali”;
 - Allegato n. 2: “Modulo rilevazione esigenze formative di ogni singolo dipendente per l’anno _____”;
 - Allegato 3: “Scheda proposta progetto/evento formativo anno _____”;
 - Allegato 4: “Richiesta fabbisogno di formazione aggiornamento e addestramento anno _____”;
- di precisare che, per quanto non espressamente previsto dalla presente deliberazione di Giunta Regionale e nelle more dell’approvazione di ulteriori provvedimenti giuntali in materia previsti nell’Allegato 1, si rinvia a quanto più ampiamente disciplinato dal D.C.A 16 aprile 2012, n. 15.

NB

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

CAMPANIA

DGR 28.2.17, n. . 98 - Interventi per la malattia diabetica. (BUR n. 9 del 9.3.17)

Note

Viene autorizzata la prescrizione del sistema di monitoraggio flash del glucosio - FGM - ai pazienti affetti da Diabete Tipo I e ai pazienti diabetici che eseguono almeno quattro controlli glicemici al giorno, da parte delle strutture di cui Decreti dell'Assessore alla Sanità nn. 832, del 27/11/2002, 68 del 07/02/2003, e specificamente:

- Centri di diabetologia di struttura pubblica territoriale aziendale;
- U.O. di diabetologia ubicata presso presidi ospedalieri di A.S.L.; A.O.S e A.U.P.;
- Centri di riferimento di diabetologia pediatrica ubicati presso le A.U.P. Federico II e Vanvitelli di Napoli;
- Centri di diabetologia temporaneamente accreditati (Decreto Assessorile n. 68 del 7 febbraio 2003 di integrazione al Decreto n. 832/2002);

EMILIA ROMAGNA

DGR 21.12.16, n.. 2327 - Riordino dei Comitati etici della Regione Emilia-Romagna , (BUR n. 54 dell' 8.3.17)

Viene avviato il processo di riordino dei Comitati Etici di questa Regione, secondo le indicazioni operative contenute nel documento tecnico allegato alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale.

Allegato

Riorganizzazione dei Comitati etici della Regione Emilia-Romagna

1. Premessa

A distanza di tre anni dalla riorganizzazione dei Comitati etici, si rende necessario procedere ad una ulteriore ridefinizione dell'organizzazione dei CE alla luce delle motivazioni riportate di seguito:

- nel 2014 è entrato in vigore (seppur non ancora operativo) il nuovo Regolamento Europeo n. 536/2014 che ha introdotto sostanziali modifiche alle procedure di autorizzazione della sperimentazione clinica di medicinali per uso umano. Di conseguenza nei paesi europei è in corso una riorganizzazione delle modalità di autorizzazione alla ricerca clinica, con l'obiettivo di garantire standard comuni, assicurando qualità nella valutazione che sia proporzionata al rischio associato alle diverse tipologie di ricerca;
- le Autorità regolatorie nazionali, AIFA e Ministero della Salute, intendono istituire una procedura veloce per le valutazioni delle sperimentazioni dei farmaci e dei dispositivi medici che possa assicurare tempi certi e misurabili;
- a livello regionale si è evidenziata la necessità di interventi atti a promuovere una maggiore armonizzazione delle attività dei CE e delle loro Segreterie, in quanto da una indagine condotta nel 2016 riferita alle attività svolte nel 2015, e dal confronto con le Segreterie è emerso quanto segue:
 - a) nei 9 Comitati Etici attualmente esiste una significativa variabilità nei volumi di attività;
 - b) vi sono significative differenze nelle modalità operative dei CE e delle rispettive Segreterie;
 - c) sono state rilevate differenze nei tempi di approvazione da parte dei diversi CE e difformità di pareri.

2. Obiettivi della riorganizzazione

- Promuovere, a livello regionale, un maggiore coordinamento delle attività dei CE e l'armonizzazione delle pratiche;
- assicurare standard di valutazione dei protocolli di studio comuni e proporzionali al rischio per i soggetti che vi partecipano;
- garantire la pubblicità e la trasparenza delle modalità di nomina dei singoli componenti dei Comitati etici;
- favorire il progressivo miglioramento della qualità e dell'efficienza delle attività svolte, anche attraverso il monitoraggio e feed-back dei dati;

- ridurre i costi non necessari (costi fissi legati all'esistenza di CE anche con volumi ridotti di attività e costi legati a pareri duplicati nel caso di studi multicentrici).

Tali obiettivi verranno realizzati attraverso:

- l'istituzione di un CE regionale (CER) con compiti di:

a) indirizzo ed armonizzazione dei CE locali (Sezione A);

b) valutazione degli studi che interessano più di un CE locale (Sezione B);

- l'accorpamento nell'ambito delle tre Aree Vaste dei CE locali attualmente esistenti;

- la definizione di procedure standard condivise e l'utilizzo di modelli documentali comuni;

- l'attivazione di un avviso pubblico di manifestazione di disponibilità alla nomina di componente dei Comitati Etici;

- l'acquisizione di una piattaforma informatica comune;

- la definizione di indicatori e strumenti di monitoraggio, l'analisi e restituzione dei dati; l'armonizzazione delle attività delle Segreterie.

Al fine di garantire la sostenibilità, evitando interruzioni nell'attività dei Comitati Etici si prevede che il processo di riorganizzazione avvenga attraverso le seguenti fasi:

Fase 1. Attivazione immediata della sezione A del CER con la composizione prevista in fase transitoria, come indicato di seguito.

Fase 2. Accorpamento nell'ambito delle tre Aree Vaste dei CE locali attualmente esistenti, da concludere entro il 31/12/2017.

Nel corso del 2017 a supporto del processo di accorpamento e tenendo conto degli indirizzi forniti dalla sezione A del CER vi sarà:

- la definizione di procedure standard condivise;

- l'adozione di modelli documentali comuni;

- l'armonizzazione delle attività delle Segreterie;

- l'acquisizione di una piattaforma informatica comune;

- l'attivazione di un avviso pubblico di manifestazione di disponibilità alla nomina di componente dei Comitati Etici.

Nella fase transitoria, nelle more dell'accorpamento per Aree Vaste, i Comitati Etici attuali, rinnovati secondo le disposizioni del D.M. 8/2/2013, garantiranno le attività senza soluzione di continuità e comunque fino al 31 dicembre 2017.

Qualora vi siano le condizioni, si possono prevedere organizzazioni intermedie di accorpamento tra CE, previo accordo e condivisione tra le parti interessate, fermo restando che tali aggregazioni devono avvenire all'interno dell'Area Vasta di pertinenza.

Tali comitati etici che opereranno nella fase transitoria, concluderanno comunque la loro attività entro il 31 dicembre 2017.

Fase 3. Attivazione della sezione B del CER.

3. Comitato etico regionale (CER)

Allo scopo di promuovere il coordinamento e l'armonizzazione delle attività dei CE si istituisce il Comitato etico regionale (CER), di seguito più precisamente definito.

Il CER sarà costituito da 2 sezioni.

Sezione A

Svolge le funzioni di indirizzo e armonizzazione con il compito di uniformare la valutazione degli aspetti regolatori, normativi, giuridici, metodologici, statistici, farmacologici ed etici, superando in tal modo la possibile difformità valutativa da parte dei diversi organismi locali.

In particolare il Comitato Etico Regionale, Sezione A, dovrà:

a) Elaborare linee di indirizzo su problematiche di carattere strategico per lo sviluppo dell'attività di Ricerca e Innovazione nel SSR con particolare riferimento ai temi dell'integrità ed indipendenza della ricerca, della tutela dei soggetti coinvolti e delle necessarie misure di controllo e monitoraggio finalizzate alla gestione delle condizioni di potenziale conflitto di interesse.

b) Rappresentare l'ambito di ascolto, riflessione e indirizzo sulle problematiche eticoscientifiche che nascono all'interno dell'attività quotidiana dei Comitati Etici locali.

- c) Avviare una riflessione su come promuovere modalità di valutazione da parte dei CE locali, che siano commisurate al rischio atteso in ragione della tipologia di studio.
- d) Declinare e fornire ai CE locali indicazioni e criteri chiari e precisi utili nella valutazione degli studi e sugli aspetti organizzativi e procedurali che hanno un impatto sulla valutazione stessa. A titolo esemplificativo tra le tematiche che possono essere affrontate vi sono quelle relative alla valutazione degli studi no profit, alla valutazione degli studi con disegno particolarmente complesso o problematico, al monitoraggio, all'utilizzo degli introiti delle sperimentazioni, ai criteri di valutazione della fattibilità locale.
- e) Garantire un'attività di analisi e riflessione sulle implicazioni dell'utilizzo di tecnologie ed interventi sanitari.
- f) Promuovere il confronto e favorire l'armonizzazione degli aspetti organizzativi relativi ai rapporti tra Comitati Etici ed Enti di riferimento.
- g) Intraprendere azioni orientate a promuovere l'efficienza dei Comitati Etici locali nel rispetto della loro indipendenza.
- h) Verificare il rispetto da parte dei CE locali della normativa e degli indirizzi/criteri forniti.
- i) Promuovere procedure standard condivise e modelli documentali comuni quali:
- Contratto per studio farmacologico;
 - Contratto per indagine clinica con dispositivo;
 - Contratto per studio no profit;
 - Contratto per studio osservazionale; -
- Agreement con eventuale terzo erogatore che intenda finanziare uno studio indipendente delle aziende sanitarie;
- Modulo di rilevazione delle informazioni scientifiche ed economiche da compilarci da parte dello sperimentatore. L'obiettivo generale della costituzione del CE regionale è quello di favorire univoche opportunità terapeutiche per i pazienti sotto l'egida rigorosa di criteri chiari, trasparenti ed etico-scientifici incontrovertibili. Così, a livello regionale, si verrebbe a presidiare la partecipazione/non partecipazione di tutti i pazienti in egual modo, in quanto, nel rispetto del principio di equità di accesso, la sicurezza, il benessere e le opportunità di cura devono essere garantite in egual misura a tutti i soggetti.

La sezione A del CER è così costituita:

- Direttore dell'ASSR, coordinatore.
- Presidenti dei 3 CE locali, Presidente della sezione B del CER, membri ex officio.
- un gruppo multi-disciplinare di esperti e da un rappresentante dei pazienti, nominati dal Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, individuati sulla base dell'elenco regionale costituito a seguito dell'avviso pubblico di cui al successivo punto 5.

La presenza dei presidenti dei CE di Area Vasta e del presidente della sezione B del CER garantisce la condivisione e il raccordo tra le funzioni di indirizzo e le funzioni di valutazione.

Nelle more dell'accorpamento per Aree Vaste, faranno parte della sezione A, tre presidenti, uno in rappresentanza di ciascuna Area Vasta, individuati di concerto dai presidenti dei Comitati etici presenti nella fase di transizione. In questa fase gli esperti verranno individuati dal Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare sulla base delle specifiche competenze.

A conclusione del processo di riorganizzazione del CE locali, faranno parte della Sezione A i 4 membri ex-officio e gli esperti selezionati a partire dall'elenco regionale costituito a seguito dell'avviso pubblico di cui al successivo punto 5.

In relazione a tematiche specifiche la sezione A può avvalersi di esperti invitati di volta in volta a partecipare alle singole sedute.

La sezione A del CER si avvale di una Segreteria Tecnico-scientifica costituita presso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

Per il suo funzionamento, la sezione A dovrà dotarsi di apposito regolamento.

Sezione B

Esprime parere per l'autorizzazione degli studi multicentrici che coinvolgono almeno due Comitati etici locali di area vasta, allo scopo di evitare pareri multipli.

La sezione B del CER è costituita dai componenti previsti dal citato D.M. 8 Febbraio 2013, la cui nomina avviene da parte della Giunta Regionale su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute, sulla base di apposito elenco di disponibilità, che viene stilato a seguito di un avviso pubblico. La sezione B si avvale della segreteria del CE locale di Area Vasta Centro, opportunamente potenziata e con un proprio Referente dell'Osservatorio sulla Sperimentazione Clinica (OsSC) presso l'AIFA. Al fine di mantenere separate le funzioni di indirizzo e di valutazione ed evitare quindi possibili conflitti di interesse, i componenti della sezione B non possono essere anche membri della sezione A, ad eccezione del Presidente per il quale è prevista la partecipazione al pari dei Presidenti dei CE locali.

Per il suo funzionamento e per procedurarne le attività il CER, Sezione B, dovrà dotarsi di un apposito regolamento.

4. Comitati etici locali di Area Vasta

Sulla base delle informazioni raccolte nell'indagine regionale effettuata e relativa all'anno 2015, si ritiene sostenibile l'accorpamento dei CE per Area Vasta, a condizione che i tre CE vengano supportati da Segreterie tecnico-scientifiche adeguatamente dimensionate e che vengano mantenute, a livello di Azienda Sanitaria, presidi locali delle Segreterie stesse. Inoltre, come già riferito, la segreteria del Comitato etico di Area Vasta Centro dovrà prevedere una sezione dedicata e opportunamente dimensionata per svolgere i compiti della segreteria del CE regionale nella sua funzione di cui alla Sezione B.

Pertanto, i CE di Area Vasta saranno i seguenti:

1) CE Area Vasta Nord (CE-AVEN), di riferimento per le aziende sanitarie di seguito indicate: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova/IRCCS di Reggio Emilia Azienda USL di Reggio Emilia Azienda USL di Modena Azienda USL di Parma Azienda USL di Piacenza

2) CE Area Vasta Centro (CE-AVEC) di riferimento per le aziende sanitarie di seguito indicate: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara Azienda USL di Ferrara Azienda USL di Bologna e IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna Azienda USL di Imola IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

3) CE Area Vasta Romagna (CE-AVR) , di riferimento per le aziende sanitarie di seguito indicate: IRCCS IRST di Meldola Azienda USL della Romagna Si demanda ai Direttori Generali delle Aziende di riferimento l'individuazione di concerto della sede legale degli organismi in questione e della sede delle rispettive Segreterie Tecnico-Scientifiche.

I Comitati etici locali di Area Vasta adotteranno un proprio Regolamento.

Qualora a seguito della applicazione del Regolamento europeo 536/2014 gli introiti derivanti dalle tariffe per la valutazione degli studi/emendamenti, non risultassero sufficienti per l'adeguato funzionamento dei Comitati Etici e rispettive Segreterie (compresi i presidi locali), si demanda ai Direttori Generali delle Aziende di riferimento la previsione di destinare quota parte degli introiti derivanti dagli studi profit al funzionamento dei Comitati Etici e loro Segreterie e rispettivi presidi locali.

5. Avviso pubblico per l'individuazione di disponibilità alla nomina di componente di Comitato etico regionale e dei CE locali

Viene prevista la pubblicazione di un avviso pubblico per l'acquisizione della disponibilità alla nomina a componente di Comitato etico, secondo le disposizioni del citato D.M. della Salute 8 febbraio 2013.

Tutte le domande ammesse contribuiranno alla formazione di un elenco di disponibilità. I criteri di scelta dei soggetti cui conferire le nomine saranno fondati sulla valutazione approfondita e comparativa dei curricula acquisiti dai singoli candidati da porre in relazione alla tipologia prestazionale richiesta e per verificare la presenza dei requisiti di competenza ed esperienza richiesti

dal D.M. 8 Febbraio 2013 per ciascuna disciplina ed area indicate nel citato Decreto all'art. 2, comma 5.

Tale previsione è in linea con le raccomandazioni del Piano nazionale Anticorruzione vigente.

Per i termini ed i dettagli dell'avviso si rimanda ad apposito atto che sarà adottato dal Direttore generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

6. Competenze dei Comitati Etici

La sezione B del CER e i CE locali di Area Vasta hanno i compiti definiti dalla normativa vigente.

I Comitati Etici hanno competenza non solo sulle sperimentazioni cliniche con farmaci, oggetto del nuovo Regolamento Europeo, ma su tutti gli ambiti della ricerca come indicato dalla L. 189/2012 di conversione del D.L. 158/2012 (c.d. "Decreto Balduzzi), che all'art. 12, comma 10, lett. c) recita quanto segue: "c) la competenza di ciascun comitato può riguardare, oltre alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull'uomo generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei comitati". Quanto sopra viene anche espressamente ribadito dal D.M. 8 Febbraio 2013 (Criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati etici), che trova la sua base legale nel su citato "Decreto Balduzzi". Ritenendosi l'elencazione di cui alla citata normativa esemplificativa e non esaustiva, qualsiasi ricerca che coinvolge pazienti o dati e/o campioni di pazienti, deve essere sottoposta alla valutazione dei Comitati etici, anche in osservanza alla normativa del Garante Privacy. Le strutture pubbliche e le strutture private si avvarranno in via obbligatoria dei Comitati di riferimento per competenza territoriale.

7. Supporto alla sperimentazione

Per assicurare la piena operatività dei CE così costituiti (CER sezione A e B e CE di Area Vasta), è necessario garantire, da una parte la disponibilità di una piattaforma informatica unica regionale che consenta il lavoro in rete dei CE e dall'altra la piena integrazione tra servizi aziendali dedicati alla ricerca e i CE.

La Piattaforma informatica unica garantirà l'operatività dei Comitati etici, consentendo lo scambio di documenti e informazioni, per rispettiva competenza, tra Comitati etici e rispettive Segreterie, Infrastrutture aziendali per la Ricerca e Innovazione, Direzioni aziendali e scientifiche (nel caso di IRCCS) e Regione.

La piattaforma consentirà inoltre il monitoraggio degli studi e delle attività dei Comitati etici. Tale piattaforma sarà integrata con le alte piattaforme informatiche già esistenti nelle Aziende di riferimento (software di gestione della protocollazione, del bilancio, della farmacia, del personale ed eventuali altre piattaforme informatiche).

L'esatta definizione delle caratteristiche tecniche e di funzionamento della piattaforma, saranno individuate da un apposito gruppo di lavoro coordinato dall'ASSR, le cui risultanze saranno condivise tra le parti interessate.

I Comitati etici e le rispettive Segreterie, tramite i presidi locali, manterranno le dovute interazioni con le Infrastrutture aziendali per Ricerca e l'Innovazione per le necessarie interconnessioni per le attività di rispettiva competenza.

8. Assetto organizzativo del CE regionale – Sezione B e dei CE di Area vasta e delle rispettive segreterie.

1. Per quanto attiene l'approvazione o il rigetto dei protocolli di sperimentazione proposti alle strutture di competenza, nonché il funzionamento degli organismi stessi, i Comitati godono di autonomia e indipendenza ed è assicurata l'assenza di rapporti gerarchici tra gli organismi stessi, ma sempre con l'obbligo dell'osservanza della normativa in materia.

2. La composizione di ciascun Comitato è conforme ai requisiti minimi definiti dal Decreto del Ministro della salute 12 maggio 2006 e dal Decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013 (art. 2, comma 5).

3. I componenti della sezione B del CER sono designati come descritto sopra.

4. I componenti dei Comitati etici di Area Vasta sono designati di concerto tra i Direttori Generali delle aziende sanitarie di riferimento e Rettori degli Atenei di riferimento, attingendo all'elenco di cui sopra (paragrafo 5). Nella selezione dei componenti bisognerà garantire, in accordo con il Regolamento europeo, che i componenti dei CE siano indipendenti dal promotore dello studio, dal sito di sperimentazione e dagli sperimentatori coinvolti.

5. I Comitati saranno dotati di segreterie debitamente potenziate in relazione ai volumi di attività. La Segreteria dell'Area Vasta Centro dovrà essere dotata di un congruo numero figure professionali specificamente dedicate alle attività della sezione B del CER.

6. Le Segreterie dei CE di Area Vasta si articolano in presidi locali di riferimento alle singole Aziende per un migliore raccordo locale con gli sperimentatori, le Infrastrutture Ricerca e gli eventuali Board/Comitato Tecnico Scientifico.

7. Il Fondo dei Comitati Etici di Area Vasta sarà gestito dal Servizio Bilancio e Finanza dell'Azienda ove ha sede l'organismo.

8. Il fondo della sezione B del CER sarà gestito, in contabilità separata, dal Servizio Bilancio e Finanza della Azienda sede della Segreteria.

9. Le attività e i compiti delle segreterie e dei presidi locali saranno declinati nei rispettivi regolamenti di funzionamento.

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 21 febbraio 2017, n. U00051 - Definizione livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 delle funzioni assistenziali, ai sensi dell'art. 8, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.- Rettifica finanziamento Ospedale George Eastman e Centro Regionale Sangue. (BUR n.18 del 2.3.17)

Note

Viene rimodulato per l'anno 2016 il finanziamento assegnato all'Azienda Universitaria Ospedaliera Sant'Andrea con DCA 391/2016, tab. 5 "*Quota finalizzata al Finanziamento dei maggiori costi connessi alle attività legate ai programmi a forte integrazione*", in ragione di 11/12esimi a favore dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (per euro 930.642) e di 1/12esimo a favore dell'Azienda Universitaria Ospedaliera Sant'Andrea (per euro 84.604),

Viene assegnato il finanziamento delle Funzioni assistenziali-ospedaliere previsto dal DCA 391/2016 per le attività erogate presso il Pronto Soccorso Specialistico ("*Finanziamento dei maggiori costi per attività con rilevanti costi d'attesa relativi alle reti di emergenza ed urgenza*" - tab. 1) dell'Ospedale George Eastman per euro 3.352.583 per l'intera annualità 2016 all'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I;

Viene rendicontata la tabella 5

Decreto del Commissario ad Acta 22 febbraio 2017, n. U00052 - Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale". (BUR n.18 del 2.3.17)

PRESENTAZIONE

In relazione al perdurare del regime di commissariamento della sanità laziale, il presente provvedimento costituisce in effetti un atto di programmazione sanitaria che delinea, in forza di un cronoprogramma rigidamente individuato, specifiche azioni con il duplice scopo di una politica di rientro del debito da una parte, e dall'altra di qualificare e sviluppare il complesso dell'offerta socio-sanitaria, con l'individuazione di specifici obiettivi che affrontano le aree più strategiche dell'intervento.

Si riportano di seguito le parti ritenute più attinenti alle politiche sanitarie, sottolineando che il documento è stato reimpaginato per rendere più agevole la lettura.

Le tabelle statistiche e i dati finanziari.

Note

Viene adottato il Programma Operativo per gli anni 2016 – 2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato “*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale*”, di cui al documento allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto (a cui si fa rinvio).

Il paragrafo 3 del Programma Operativo denominato “Politiche del Personale” potrà essere aggiornato alla luce delle ulteriori valutazioni in corso presso i Ministeri affiancanti relativamente alle proposte contenute nel DCA n. U00403/2016.

Programma Operativo 2016-2018**Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale**

Sommaro

PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018 - PIANO DI RIORGANIZZAZIONE,
RIQUALIFICAZIONE E SVILUPPO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018
PROGRAMMA STRAORDINARIO

1 Assetto Istituzionale del SSR 1.1 Riorganizzazione e accorpamento delle AA.SS.LL., ai sensi dell’art. 6 della Legge Regionale n.17 del 31/12/2015

1.2 Accentramento funzioni amministrative di supporto

1.3 Approvazione del Protocollo di Intesa con l’Università di Roma Tor Vergata

1.4 Completamento del percorso di riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate nell’alveo della gestione tipizzata di cui all’art. 8 bis del D. Lgs. n. 502/1992 e superamento della gestione extra ordinem

1.5 Piani di Efficientamento aziendali

1.6 Sviluppo di una nuova metodologia per il finanziamento delle Aziende del SSR

1.7 Revisione della normativa regionale in tema di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

1.8 Approvazione nuovo modello per la valutazione dei Direttori Generali delle Aziende del SSR .

1.9 Gestione del Contenzioso pregresso con gli erogatori dei servizi assistenziali

2 Miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni

2.1 Sistema informativo amministrativo-contabile unico per tutte le Aziende del SSR

2.2 Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci delle Aziende del SSR

2.3 Sistema regionale di contabilità analitica

2.4 Analisi dei costi attraverso strumenti di benchmarking per ambiti assistenziali omogenei

2.5 Riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori

2.6 Riduzione dei crediti verso Regione

2.7 Sistemazione contabile del Fondo di dotazione

2.8 Ricognizione dei crediti e dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende

3 Politiche del personale

3.1 Programmazione triennale del fabbisogno di personale del SSR

3.2 Prosecuzione del monitoraggio della gestione dei fondi contrattuali

3.3 Riduzione del ricorso alle esternalizzazioni delle prestazioni aggiuntive e alle consulenze

4 Approvvigionamento Beni & Servizi

4.1 Estensione della copertura degli acquisti centralizzati

4.2 Pianificazione degli acquisti e analisi e quantificazione degli effettivi fabbisogni

4.3 Verifica del modello organizzativo introdotto con DCA 369/2015

4.4 Rinegoziazione dei contratti in essere ai sensi dell’art. 9 ter del DL 78/2015, convertito con Legge 125/2015

4.5 Monitoraggio della spesa e valutazione dei contratti in corso

5 Iniziative per la promozione dell’appropriatezza dell’uso del farmaco e dei dispositivi medici

5.1 Razionalizzazione della spesa farmaceutica

- 5.2 Monitoraggio dell'uso di farmaci innovativi territoriali
- 5.3 Appropriatelyzza e razionalizzazione dell'uso di farmaci per HIV
- 5.4 Razionalizzazione e monitoraggio della spesa per i dispositivi medici
- 6 Patrimonio immobiliare e tecnologico
- 6.1 Ricognizione degli investimenti in conto capitale assegnati
- 6.2 Avvio della terza fase dell'art. 20 della L.67/88
- 6.3 Manutenzione straordinaria
- 6.4 Stima dei fabbisogni relativi alle grandi apparecchiature
- 7 Sistemi Informativi
- 7.1 Completamento dell'integrazione dei Sistemi Informativi Sanitari
- 7.2 Sviluppo di meccanismi di controllo periodico delle attività dei singoli soggetti erogatori
- 8 Prevenzione
- 8.1 Realizzazione degli obiettivi contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione e nel Piano Regionale integrato dei controlli in Sicurezza alimentare, Sanità e benessere animale
- 8.2 Riorganizzazione dei programmi di screening oncologici delle ASL
- 8.3 Qualificazione delle attività di prevenzione e controllo
- 9 Cure Primarie, servizi territoriali ed Integrazione Socio -Sanitaria
- 9.1 Governo del rapporto con i MMG/PLS
- 9.2 Riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale
- 9.3 Case della Salute
- 9.4 Progetto regionale per il potenziamento della rete e delle attività dei Consulenti Familiari
- 9.5 Salute Mentale
- 9.6 Dipendenze
- 9.7 Sanità Penitenziaria
- 10 Governo delle liste di attesa
- 10.1 Qualificazione dei PDTA a livello territoriale
- 11 Riorganizzazione e potenziamento delle reti assistenziali
- 11.1 Rete emergenza
- 11.2 Rete ospedaliera
- 11.3 Medicina di laboratorio di base e reti specialistiche
- 11.4 Rete Terapia del Dolore
- 11.5 Servizi Trasfusionali
- 11.6 Rete Malattie Rare
- 11.7 Gestione del Rischio Clinico
- 12 Rapporti con gli erogatori pubblici e privati
- 12.1 Sicurezza delle cure, appropriatezza delle prestazioni ed efficienza gestionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera
- 12.2 Implementazione della funzione di committenza in capo alle ASL per l'acquisto di prestazioni territoriali
- 12.3 Revisione del DCA n. 40/2012 in materia di controlli esterni
- 13 Autorizzazione e Accreditamento
- 13.1 Semplificazione della filiera del sistema di autorizzazione, accreditamento e controllo
- 13.2 Accreditamento delle strutture private
- 13.3 Percorso di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche
- 13.4 Sistemi di accreditamento di percorsi assistenziali
- 14 Risultati finanziari del triennio 2016-2018
- 14.1 Tendenziali 2016-2018
- 14.2 Programmatici 2016-2018
- 14.3 Manovre

PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018 - PIANO DI RIORGANIZZAZIONE, RIQUALIFICAZIONE E SVILUPPO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE:

Il percorso di risanamento della sanità ha avuto inizio con la Legge Finanziaria 2005 (Legge n. 311/2004), la Legge Finanziaria 2006 (Legge n. 266/2005) e la Legge finanziaria 2007 (L. 296/2006), che recepisce l'intesa Stato-Regioni del 23/03/2005, con le quali sono stati individuati, in capo alle Regioni, numerosi obblighi finalizzati alla progressiva riduzione del disavanzo di gestione del SSR e alla riorganizzazione sostenibile del sistema stesso, nel rispetto dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Nell'ambito del suddetto quadro normativo, il 28 febbraio 2007 la Regione Lazio ha sottoscritto con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'economia e Finanze l'Accordo per l'approvazione del Piano di Rientro dal debito sanitario, con individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 311 del 30/12/2004. Tale accordo è stato approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente appunto "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004"

Successivamente, non essendo stati raggiunti tutti gli obiettivi prefissati dal Piano di Rientro dal disavanzo, è stata avviata la procedura di diffida di cui all'art. 4 del Decreto Legge del 1 ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazione dalla Legge 222/2007, ed il Consiglio dei Ministri, con delibera dell'11 luglio 2008, ha nominato il Presidente della Regione pro-tempore quale Commissario ad acta per l'intero periodo di vigenza e realizzazione del Piano di Rientro.

Al fine di proseguire, ai sensi dell'art. 17, comma 4, del D.L 98/2011, il Piano di Rientro 2007/2009, la Regione Lazio, in conformità con quanto disposto dal Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art. 13 comma 14, e art. 2 comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n° 191, ha adottato:

- □ il Programma Operativo 2010, con DCA n. 33 del 8 aprile 2010, successivamente modificato ed integrato con i Decreti commissariali n. 37 del 21 aprile 2010 e 49 del 31 maggio 2010;
- □ il Programma Operativo 2011-2012 con Decreto Commissariale n° 113 del 31 dicembre 2010;
- □ il Programma Operativo 2013-2015 con decreto commissariale n° 314 del 5 luglio 2013, modificato successivamente con Decreto Commissariale n° 480 del 6 dicembre 2013 e con il Decreto Commissariale n° 247 del 25/07/2014.

Se in una prima fase il Piano di rientro (P.d.R.), enfatizzava gli aspetti economico-finanziari, l'ultimo triennio ha registrato un significativo cambiamento, che, in analogia con quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, consente di meglio ridefinire il Piano di Rientro in Piano di **riorganizzazione, qualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale**.

Infatti la definizione del Programma Operativo 2013-2015 e la sua attuazione ha determinato importanti risultati nel percorso di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del SSR, che hanno consentito, da un lato, un miglior andamento delle variabili economico-finanziarie e la riduzione del disavanzo, dall'altro un miglioramento del livello qualitativo dell'assistenza in termini di erogazione dei LEA. **Nello specifico, il disavanzo del SSR passa da -1.696 €/mln del 2007 a -332 €/mln nel 2015 e mostra un miglioramento del margine operativo che passa da oltre -1.100 €/mln del 2007 a -43 €/mln del 2015, mentre il punteggio complessivo della valutazione griglia LEA, evidenzia un miglioramento tra il 2009 e il 2014 (ultimo anno disponibile), passando da un punteggio di 114 a 168, (valore soglia di adempienza pari a 160).**

Oltre alle grandi difficoltà economico-finanziarie e ad una carenza dei servizi, tale da mettere in discussione per i cittadini un adeguato accesso alle cure, il SSR del Lazio registrava inoltre una debole e non chiara definizione del sistema di governance regionale e aziendale, nonché una scarsa funzione programmatoria.

In tale quadro, la mancanza di regole chiare e rispettose delle norme nazionali e regionali in materia di rapporti con gli erogatori ha determinato un contenzioso, in particolare con gli erogatori classificati e privati, che non ha riscontro in altre realtà del Paese, creando difficoltà nel

funzionamento dell'intero sistema e incidendo pesantemente sui risultati finanziari quanto sull'organizzazione ed erogazione dei servizi.

È solo oggi, a seguito dell'accelerazione degli ultimi anni, che si sono realizzate o sono in fase conclusiva:

- la riscrittura delle regole fondamentali alla base dei rapporti contrattuali per la fornitura dei servizi assistenziali;
- il processo di conferma delle autorizzazioni e accreditamenti definitivi dei soggetti privati;
- la definizione dei percorsi di superamento delle numerose "anomalie gestionali" estranee al quadro normativo generale di riferimento.

I processi avviati ed i risultati raggiunti, consegnano alla nuova stagione dei PP.OO. 2016-2018 l'obiettivo di consolidare il percorso di innovazione e di miglioramento dei servizi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, al fine di consentire il pieno superamento di quelle condizioni economico-finanziarie e di

1) dato da verbale della riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 26 novembre 2008 criticità nell'erogazione dei LEA che hanno portato la Regione Lazio in Piano dirietro prima e al commissariamento poi. Creare le condizioni per ricondurre al normale esercizio delle responsabilità regionali il governo della sanità e garantire l'accesso a servizi sanitari di qualità a fronte di un equilibrato livello di prelievo fiscale, è perciò l'obiettivo della terza fase del Programma Operativo 2016-2018.

L'obiettivo di riconsegnare il SSR al normale esercizio delle responsabilità istituzionali significa anche completare lo sviluppo del sistema di governance, consolidando il ruolo regionale in termini di definizione delle regole, indirizzo, monitoraggio, valutazione, sostegno all'innovazione; sviluppando un parallelo rafforzamento dell'organizzazione aziendale nel rispetto dei principi di autonomia e responsabilità verso gli obiettivi di miglioramento dei servizi e indiscussa salvaguardia dei vincoli economico-finanziari; realizzando organizzazioni capaci di valorizzare l'esercizio delle responsabilità e delle competenze professionali.

Si sottolinea che i risultati oggi conseguiti in ambito finanziario, registrano un disavanzo decrescente ed al di sotto del valore soglia, che ha comportato l'ingresso in Piano di rientro, già a partire dal consuntivo 2014 e un previsionale 2016 che dimezza il disavanzo 2015.

Questi risultati, unitamente alla valutazione della griglia LEA, oltre la soglia critica, consentono una valutazione nuova della Regione Lazio nel percorso del Piano di Rientro.

Al fine di concretizzare tale nuova valutazione, nell'ambito del Programma Operativo, sono state individuate alcune priorità che costituiscono un "Programma Straordinario" da sviluppare nel primo semestre e da sottoporre a verifica entro l'estate 2017.

PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018

Il Programma Operativo del triennio 2016-2018 individua le priorità di intervento, gli obiettivi e le azioni del Servizio Sanitario Regionale (SSR) in recepimento dei principi, delle raccomandazioni, degli standard e delle indicazioni contenuti nella normativa nazionale e regionale. Il documento si configura come logico completamento o consolidamento di interventi già previsti dal precedente Programma Operativo 2013-2015 (DCA n. 247 del 25 luglio 2014) ovvero come sviluppo di nuove azioni non precedentemente previste. Il documento è coerente con quanto previsto dal patto della Salute 2014-2016 laddove, nello specifico, all'art. 12, si richiama la necessità che il Programma Operativo preveda:

- obiettivi e azioni finalizzate alla chiara definizione dei processi di governance regionale nel rispetto dei principi generali del D.lgs n.502/1992 e s.m.i, del D.lgs n.517/1999 e delle altre norme vigenti in materia di garanzia dei LEA, aziendalizzazione, verifica e controllo;
- interventi di riorganizzazione e riqualificazione del SSR idonei a garantire congiuntamente il perseguimento dei LEA e dell'equilibrio economicofinanziario, assicurandone la coerenza nelle articolazioni aziendali.

Se il precedente Programma Operativo ha enfatizzato, in una prima fase, l'obiettivo prioritario di ridurre la spesa sanitaria, e in una seconda fase, l'obiettivo di affiancare al controllo della spesa azioni di ridefinizione delle regole di funzionamento del sistema e riorganizzazione dei servizi, la nuova stagione 2016- 2018 ha l'obiettivo di raggiungere l'equilibrio economico-finanziario e sviluppare una organizzazione dei servizi rispondente ai fabbisogni di assistenza, in un contesto caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione e dal maggior impatto della domanda per patologie croniche ed a rischio di disabilità. Tale finalità si coniuga con l'esigenza di impiegare al meglio le risorse disponibili, individuando manovre di contenimento dei costi nelle "aree di inefficienza" e di sviluppo per interventi di ammodernamento e potenziamento delle infrastrutture e valorizzazione delle *best practice*.

I principi a cui il Programma Operativo 2016-2018 fa riferimento sono i seguenti:

- perseguire l'equità nella tutela della salute e nell'accesso alle cure attraverso una allocazione delle risorse basata su stime più puntuali del fabbisogno;
- promuovere unitarietà e coesione del SSR in una logica di integrazione di servizi sanitari e sociali e di continuità delle prestazioni erogate in setting assistenziali differenti;
- garantire reali recuperi di efficienza come principi dell'organizzazione del SSR;
- rafforzare le attività di controllo delle prestazioni in una logica di miglioramento degli esiti di salute della popolazione trattata;
- conferire alle Aziende Sanitarie Locali ulteriori strumenti per rinforzare la loro funzione di programmazione locale e di committenza;
- qualificare ed arricchire le competenze dei professionisti del SSR anche attraverso una loro maggiore responsabilizzazione, come garanzia per la qualità delle prestazioni;
- promuovere la multidisciplinarietà nell'organizzazione dei servizi assistenziali, privilegiando "modelli di rete" in grado di assicurare la presa in carico;
- valorizzare gli aspetti di umanizzazione dell'assistenza, sottolineando l'importanza del rapporto relazionale in ogni contatto tra l'assistito e il sistema sanitario, e promuovendo le competenze dei cittadini nei riguardi delle scelte per la tutela della propria salute;
- valorizzazione ed efficientamento nella gestione delle risorse umane anche in considerazione dell'unificazione della gestione del trattamento dei dati del personale centrale e periferico, tramite il Sistema informativo realizzato dal Dipartimento dell'amministrazione generale (DAG) del Ministero dell'economia e delle finanze, denominato NoiPA;
- sviluppare le attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie, con il presupposto che le condizioni di salute della popolazione sono determinate sia da fattori sanitari che non sanitari;
- riequilibrare i livelli assistenziali a favore di interventi indirizzati alla prevenzione e alla sanità di iniziativa per la presa in carico di gruppi particolarmente fragili, anche attraverso la realizzazione di setting erogativi a elevato contenuto di appropriatezza organizzativa;
- ricondurre l'ospedale per acuti al suo naturale ambito di risposta assistenziale prevalentemente indirizzata all'emergenza ed a quelle condizioni cliniche di elevata complessità, assicurando la separazione fra percorso dell'emergenze e quello dell'elezione;
- individuare gli interventi per il contenimento delle liste d'attesa, con particolare riferimento al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere e alla visibilità e prenotabilità delle agende di tutti i soggetti erogatori;
- migliorare i meccanismi di controllo della spesa farmaceutica sia ospedaliera che territoriale al fine di conseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva.
- utilizzare gli accordi contrattuali ed i protocolli di intesa con i soggetti erogatori come strumenti per determinare tipologie e volumi delle prestazioni e delle funzioni rispetto ad un budget definito;
- impostare una politica per i sistemi di remunerazione idonea a raggiungere gli obiettivi della programmazione dell'offerta, promuovendo l'appropriatezza delle prestazioni;
- rafforzare il governo regionale dell'acquisizione di beni e servizi rispondente ad esigenze di controllo della spesa e salvaguardia della qualità con economie di scala ottenibili tramite l'ulteriore

centralizzazione degli acquisti e l'utilizzo di metodologie di tecnologie di Technology Assessment a supporto delle decisioni allocative e la centralizzazione degli acquisti;

–□configurare il percorso dell'accreditamento, anche nelle strutture pubbliche, come strumento per il raggiungimento di una qualità garantita delle prestazioni sanitarie per tutta la popolazione; identificando come elementi di innovazione la valutazione dei processi di accreditamento di funzioni specifiche e/o di percorsi di assistenziali;

–□rafforzare i sistemi informativi come strumenti per la programmazione sanitaria ed il monitoraggio dello stesso Programma Operativo.

Il Programma Operativo è organizzato in 13 capitoli a cui corrispondono macroambiti di intervento. Per ciascuno di essi sono elencate le "attività", ossia le azioni principali, con la relativa tempistica, che la Regione intende porre in essere nel triennio 2016-2018.

Nel capitolo 14 sono riportati il CE tendenziale e il programmatico per gli anni 2016-2018.

Le direttrici principali sono tese a completare il sistema di *governance*, valorizzando il ruolo regionale in termini di: definizione delle regole, indirizzo, monitoraggio, valutazione, sostegno all'innovazione e consolidamento dell'organizzazione aziendale. Tutto ciò nel rafforzamento dei principi di autonomia e responsabilità rispetto agli obiettivi di miglioramento dei servizi e salvaguardia dei vincoli economico-finanziari, e per la realizzazione di organizzazioni capaci di valorizzare l'esercizio delle responsabilità e delle competenze professionali delle Direzioni aziendali.

PROGRAMMA STRAORDINARIO

Al fine di concretizzare il Programma straordinario per la verifica finalizzata all'apertura del confronto atto a valutare la presenza delle condizioni per l'uscita dal commissariamento, si individuano alcune priorità nei tempi di attuazione:

1. Superamento delle criticità ancora esistenti e segnalate dai Tavoli di verifica in ambito economico-finanziario.

Il percorso di attuazione del Piano di Rientro, a partire dall'esercizio 2007 ha consentito un progressivo miglioramento degli equilibri economico finanziari, innescando una dinamica virtuosa prossima al perseguimento del pieno equilibrio economico nell'esercizio 2017. Al fine di assicurare al sistema sanitario regionale la capacità di garantire stabilmente il mantenimento dei risultati economici conseguiti, il presente Programma Straordinario intende inoltre perseguire le seguenti attività di consolidamento dell'assetto della gestione economico finanziaria del SSR:

□□Ricognizione e consolidamento dei crediti e dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende, anche al fine di operare una definitiva regolarizzazione contabile del Fondo di Dotazione sia nei Bilanci delle singole Aziende Sanitarie, che nel bilancio consolidato del SSR;

□□Miglioramento della posizione contabile netta del Bilancio regionale verso il Bilancio Consolidato del SSR, attraverso la riduzione dei crediti esposti verso il Bilancio della Regione, conseguito tramite l'efficientamento delle attività di liquidazione delle fatture passive da parte delle stesse aziende sanitarie, e la progressiva restituzione della funzione di pagamento dal Sistema accentrato presso la Regione alla piena competenza della singola azienda sanitaria, mantenendo in capo alla Regione una stringente attività di verifica e controllo.

□□Ulteriore riduzione dello stock di debito verso fornitori, anche in conseguenza dell'efficientamento delle procedure connesse alla liquidazione delle fatture passive, ed alla riduzione al ricorso all'anticipazione di liquidità consentita presso le singole tesorerie aziendali.

□□Progressivo allineamento dell'indicatore di tempestività dei pagamenti dei fornitori del SSR alle prescrizioni di legge.

2. stabilizzazione del sistema di governance regionale e aziendale in una chiara definizione di funzioni, competenze, responsabilità.

Completamento della definizione delle regole generali e specifiche di funzionamento dell'intero sistema di relazione con i produttori privati;

3. sviluppo dei servizi assistenziali attraverso il completamento del riordino ospedaliero secondo quanto previsto dal DM 70/2015, piani di efficientamento delle Aziende Ospedaliere secondo

quanto previsto dalla L. 208/2015 al fine di migliorare l'andamento economico-finanziario complessivo e recuperare le risorse per accelerare lo sviluppo dei servizi territoriali.

A tal fine si richiamano le azioni sotto riportate.

1) Processi economico-finanziari

- progressiva riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori nel rispetto della normativa di riferimento (azione 2.5)
- riduzione dei crediti verso Regione (azione 2.6)
- sistemazione contabile del Fondo di dotazione (azione 2.7)
- ricognizione dei crediti e dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende (azione 2.8)
- gestione del contenzioso pregresso con gli erogatori dei servizi assistenziali (azione 1.9)
- estensione della copertura degli acquisti centralizzati (azione 4.1).

2) Consolidamento progetto governance

- sviluppo di una nuova metodologia per il finanziamento delle Aziende del SSR (azione 1.6)
- semplificazione della filiera del sistema di autorizzazione, accreditamento e controllo (azione 13.1)
- revisione del DCA n. 40/2012 in materia di controlli esterni (azione 12.3)
- approvazione del Protocollo di Intesa con l'Università di Roma Tor Vergata (azione 1.3).

In questo ambito l'Ufficio commissariale assume altresì l'impegno ad accelerare già con il 2017, il finanziamento alle Aziende Sanitarie, la definizione dei budget con gli erogatori privati e la firma dei contratti, completare i controlli esterni per l'anno 2014 e per il I° semestre 2015, concludere la conferma delle autorizzazioni e accreditamento delle strutture private, l'approvazione degli Atti aziendali delle Aziende Ospedaliere Universitarie Umberto I e Sant'Andrea, attività da concludere, in ogni caso, entro il 30 giugno 2017.

3) Riorganizzazione e sviluppo dei servizi assistenziali

- adeguamento al DM 70/2015 (azioni 11.1 e 11.2 1).

Adozione di un atto programmatico di recepimento delle indicazioni del tavolo congiunto con cronoprogramma complessivo al 31 dicembre 2017.

Saranno conseguentemente adeguate le azioni e gli atti aziendali coinvolti.

- piani di efficientamento delle Aziende Ospedaliere L. 208/15 (azione 1.5)
- Medicina di laboratorio di base e reti specialistiche (azione 11.3)
- . Adozione del nuovo Decreto del Commissario per la riorganizzazione della rete laboratoristica privata
- Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta: Nuovo accordo integrativo regionale (azione 9.1)
- riorganizzazione dei programmi di screening oncologici delle ASL (azione 8.2)
- governo delle liste di attesa (azione 10 e 10.1) completando gli adempimenti regionali ed avviando la revisione e adeguamento dei Piani aziendali;
- Riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale (azione 9.2)

Grafici di sintesi sull'evoluzione del Risultato Economico (2007-2015), sugli indicatori della Griglia LEA (2009-2014),

Grafico 1: FSR e Risultato di Esercizio

Grafico 2: Gestione Caratteristica (2010-2015)

La Regione Lazio, nel periodo 2007-2015, ha conseguito un miglioramento sia in termini di disavanzo economico sia nei punteggi assegnati per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), per i quali è previsto, per l'anno 2015, il raggiungimento del punteggio di adempienza piena.

* Risultato al lordo del fondo transitorio di accompagnamento

Grafico 3: Personale - Costi

Nel periodo 2010-2015, per effetto del blocco del turn-over, il costo complessivo relativo al Personale è passato da 3.134 €/mln a 2.752 €/mln, con un tasso di crescita annuale composto (CAGR) pari al - 2,56%, e una riduzione media annuale di oltre 76 €/mln

La quantità di personale è complessivamente diminuito di 8.620 unità nel periodo 2008-2015.

La riduzione è principalmente riferita al personale a tempo indeterminato (-8.720 unità rispetto al 2007)

Grafico 4: Personale - Unità

Tipo Personale Delta 2008-2015 CAGR 2008-2015

Tempo Indeterminato -8.720 -2,5%

Tempo Determinato 382 2,1%

Restante Personale -283 -3,1%

Totale -8.621 -2,3%

57.096 56.153

54.815

52.682

50.866 50.296 49.366

48.475

Grafico 5: Punteggio LEA

Grafico 6: Tasso di ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione, pari nel 2009 a 191 * 1.000 ab., mostra un decremento nel periodo 2009-2014.

Grafico 7: Posti Letto

L'offerta di Posti Letto, per l'anno 2014, è di 3 * 1.000 ab. per le acuzie e 0,63 * 1.000 ab. per le post acuzie

Grafico 8: Appropriatezza

Nel periodo 2011-2014, il rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario ha subito un incremento nel 2012, per poi diminuire nel 2013 e nel 2014.

Grafico 9: Controlli Cartelle Cliniche

Valore non disponibile

Grafico 10: Andamento indicatore LEA di copertura per i tre programmi di screening 2010-2016

Nel periodo 2010-2016 le coperture dei test di screening (mammella, cervice uterina e colon retto) mostrano un andamento positivo grazie all'aumento dell'estensione invito dei tre programmi. Si osserva per la Regione Lazio un miglioramento delle performance che ha permesso di raggiungere un punteggio con scostamento rilevante (score 5) ma in miglioramento rispetto al pieno adempimento.

*dati non stabilizzati aggiornati al 30-10-2016

Grafico 11 – Punteggio LEA screening oncologici (2010-2016*)

*stima su dati non stabilizzati aggiornati al 30-10-2016

Grafico 12: Assistenza residenziale e semiresidenziale

La Regione Lazio presenta un Numero di PP.LL equivalenti per assistenza agni anziani over 65 pari a 6,18 posti letto per 1.000 ab. nell'anno 2014

Grafici 13: Assistenza domiciliare

1 Assetto Istituzionale del SSR

Tra gli interventi riguardanti la *governance* che la Regione intende realizzare nel prossimo triennio, si evidenzia, in primo luogo, l'attuazione di quanto disposto dall'art. 6 della L.R. n.17/2015 in materia di riorganizzazione del SSR per quanto concerne il territorio della Città Metropolitana di Roma, l'accentramento delle funzioni amministrative di supporto, sulla scorta di quanto già introdotto per le procedure di acquisto con il DCA 369/15, la revisione della metodologia di finanziamento delle Aziende e del modello per la valutazione dei Direttori Generali e per la gestione del contenzioso. Inoltre, la Regione, a seguito dell'individuazione delle Aziende Ospedaliere (AO), le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e gli IRCCS del SSR da sottoporre

ai piani di rientro triennali con il DCA n. 273/2016 intende attivare un percorso di affiancamento gli Enti individuati per la predisposizione e la conseguente realizzazione dei piani di rientro. Le novità introdotte dalla normativa vigente comportano un profondo cambiamento anche nelle modalità di individuazione degli interventi da attuare nei Programmi Operativi Regionali che rappresentano di fatto l'effetto, a livello aggregato, delle azioni previste dalle singole Aziende Sanitarie.

In sintesi, gli obiettivi programmati sono:

- la riorganizzazione e l'accorpamento delle AA.SS.LL
- l'accentramento delle funzioni amministrative di supporto
- l'approvazione dei Protocolli di Intesa con l'Università di Roma Tor Vergata
- il completamento del percorso di riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'art. 8 bis del D. Lgs. n. 502/1992 e superamento della gestione extra ordinem
- piani di efficientamento aziendali
- sviluppo di una nuova metodologia per il finanziamento delle Aziende del SSR
- approvazione nuovo modello per la valutazione dei Direttori Generali delle Aziende del SSR
- gestione del Contenzioso pregresso con gli erogatori dei servizi assistenziali

1.1 Riorganizzazione e accorpamento delle AA.SS.LL., ai sensi dell'art. 6 della Legge Regionale n.17 del 31/12/2015

A seguito della riorganizzazione delle Aziende del SSR avvenuta in osservanza del Programma Operativo 2013/2015, del conseguente riassetto e dei Distretti sanitari aziendali in aderenza alle nuove municipalità di Roma Capitale, la Regione Lazio con la Legge n. 17 del 31/12/2015 all'art. 6 ha inteso disciplinare ulteriormente il processo di riorganizzazione delle aziende sanitarie prevedendo al comma 3. che: *"... omissis ... Nel rispetto della deliberazione consiliare 3 dicembre 2015, n. 15 (Documento di Economia e Finanza Regionale 2016 - Anni 2016-2018) e in coerenza con quanto previsto dal piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione, secondo il Programma Operativo di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, dal 1° luglio 2017, le ASL di cui ai commi 1 e 2 sono rideterminate come segue: ASL RM1 e ASL RM2 per il territorio di Roma Capitale e ASL RM3 e ASL RM4 per il restante territorio della Città metropolitana di Roma"*.

In particolare la Regione intende dare attuazione alla legge sopracitata approvando un nuovo riassetto con quattro ASL per l'intera area metropolitana di Roma rispetto alle sei attualmente presenti. In merito alle tempistiche indicate dalla Legge regionale, si fa presente che il 2017 rappresenta un anno di transizione su cui costruire un percorso di ulteriore accorpamento che verrà attivato nel 2018, anche in considerazione dei precedenti accorpamenti effettuati ai sensi del DCA U00606 del 30/12/2015 ed ancora in fase conclusiva in termini di integrazione dei servizi.

Azioni, indicatori e tempistica

- Predisposizione di un provvedimento regionale per l'approvazione del nuovo riassetto delle ASL dell'area metropolitana di Roma in attuazione della Legge n. 17 del 31/12/2015 (art. 6)

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale;

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2018

1.2 Accentramento funzioni amministrative di supporto

Nel 2015, la Regione, con il DCA 369/2015, ha avviato un percorso di accentramento delle funzioni di acquisto attraverso la costituzione di 3 Aree di aggregazione, individuate sulla base dei criteri legati alla vicinanza geografica e alla coerenza con i documenti di programmazione regionale. Sulla scorta dell'esperienza delle Aree di aggregazione nell'ambito degli acquisti e sulla base di quanto previsto dal Patto per la Salute 2014, la Regione intende accorpate anche ulteriori funzioni di natura amministrativa e gestionale (es. gestione del personale, gestione del patrimonio, ecc.) in unità operative sovraziendali. L'intento è quello di pervenire ad un complesso coordinato di funzioni in grado di fornire, in maniera uniforme, alle Aziende sanitarie strumenti tecnici e competenze amministrative di alto livello, mediante l'implementazione di procedure armonizzate e comuni per

le diverse realtà. In tal modo, anche attraverso un continuo processo di miglioramento dell'output documentale e operativo, si potrà pervenire ad un efficientamento globale del sistema, anche tramite l'accentramento sovrazonale di funzioni amministrative e di supporto.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Adozione di un documento programmatico contenente sia le linee guida per l'individuazione e l'accorpamento delle funzioni di natura amministrativa e gestionale che possono essere riunite in unità operative sovraziendali sia le caratteristiche del modello organizzativo più appropriato per la gestione delle attività.

Indicatore: predisposizione del provvedimento di adozione del documento programmatico

Risultato atteso: adozione dell'atto amministrativo

Tempistica: aprile 2017

1.3 Approvazione del Protocollo di Intesa con l'Università di Roma Tor Vergata

L'approvazione del nuovo Protocollo d'intesa fra Regione e Università di Roma Tor Vergata, si colloca nel più ampio quadro del complessivo riassetto della *governance* del Policlinico Tor Vergata (PTV), oggetto di uno specifico Protocollo d'intenti sottoscritto in data 7 luglio 2015, tra Regione e Università in attuazione delle previsioni di cui all'art. 13, comma 2, D.lgs. n. 288/2003 e dell'art. 6 L.R. 6/2011.

Attraverso tale atto le parti hanno concordato un programma di attività che prevede, tra l'altro, la sottoscrizione di un nuovo protocollo di intesa ai sensi e per gli effetti dell'art. 1 del D.lgs. n. 21 dicembre 1997 e del D.P.C.M. 24 maggio 2001, volto a stabilire i termini strategico-operativi dell'integrazione tra ricerca, anche traslazionale, didattica ed assistenza professionalizzante, nel quadro della programmazione regionale in materia di rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed Università. All'esito dei lavori delle Commissioni appositamente istituite in data 13.07.2016 è stato sottoscritto il Protocollo d'Intesa, che diverrà operativo successivamente all'esame dei Ministeri affiancanti.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Approvazione del Protocollo d'Intesa con l'Università di Roma Tor Vergata

Indicatore: predisposizione del provvedimento regionale di approvazione;

Risultati attesi: Approvazione del Protocollo

Tempistica: Gennaio 2017 (la proposta è stata trasmessa in preventiva approvazione ai Ministeri affiancanti con il Prot. 152 del 13/07/2016)

1.4 Completamento del percorso di riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'art. 8 bis del D. Lgs. n. 502/1992 e superamento della gestione extra ordinem

Nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale (SSR) della Regione Lazio sopravvivono numerose e significative situazioni *extra ordinem* rispetto a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di autorizzazione, accreditamento, contratti e sperimentazioni gestionali dei servizi assistenziali forniti da privato.

Nell'anno 2016 è stato avviato il percorso per la riconduzione del sistema di convenzionamento tra le Aziende Sanitarie Locali e alcune strutture private non accreditate nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'art. 8 bis del D.Lgs. n. 502/1992.

a) Per Villa Betania, Salus Infirmorum, e Policlinico Casilino e Policlinico Di Liegro (ex Pii Istituti) sono stati conclusi accordi che disciplinano il percorso di autorizzazione e accreditamento, rispettivamente con decreti del commissario ad acta n. 421/2015, n. 519/2015, e n. 40/2016 e n. 361/2016. Tali accordi disciplinano la fase transitoria della gestione extra ordinem per la riconduzione al regime autorizzazione ed accreditamento disciplinati dal D. Lgs. 502/1992. Il rilascio dell'autorizzazione e dell'accredimento avverrà all'esito del completamento degli adeguamenti organizzativi e strutturali nel corso del 2017 per alcune strutture e al termine del 2017 per altre.

b) Con riferimento alle strutture ex Associazione Anni Verdi, gestite extra ordinem transitoriamente a partire da luglio 2006 dal Consorzio RiRei ed oggi dalle ex Consorziato (OSA, Nuova Sair,

Unisan) la Regione ha previsto con il DCA n. 193/2016, poi modificato dal DCA n.196/2016, l'ingresso a regolare regime delle attività precedentemente erogate dalle strutture che effettuavano trattamenti residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari per persone affette da gravi disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, oppure la dismissione e definitiva chiusura entro il termine massimo del 31 dicembre 2016.

c) Per la Fondazione Policlinico A. Gemelli, alla quale, in conformità a quanto dichiarato all'art. 12, comma 7 del Protocollo d'Intesa Regione –Università, è stata trasferita l'integrale gestione delle attività del Policlinico Universitario A. Gemelli e del Columbus (DCA 356/2015 e DCA 500/2015), rimane da completare il percorso di accreditamento. Sono in corso le verifiche a cura della ASL competente finalizzate al rilascio del provvedimento di autorizzazione e accreditamento.

d) L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, riconosciuto IRCCS con DM 13 maggio 1985, è dislocato in diverse strutture, tutte menzionate nell'accordo tra il Governo italiano e la Santa Sede del 15 febbraio 1995, ratificato dalla Legge 18 maggio 1995, n. 187, avente ad oggetto la regolazione dei rapporti tra l'ospedale pediatrico ed il Servizio sanitario nazionale. Mentre le sedi a Piazza Sant'Onofrio e a Via Baldelli godono del trattamento di zona extraterritoriale istituita e garantita dai Patti Lateranensi, quelle di Palidoro e Santa Marinella, site nel territorio italiano, sono state assoggettate alla disciplina ordinaria prevista per tutte le altre strutture sanitarie. All'esito delle domande inoltrate dall'Ospedale Bambino Gesù al Ministero prima e alla Regione poi, sono state avviate le verifiche a cura delle Aziende Sanitarie di competenza per il rilascio dei relativi provvedimenti di competenza. La ASL RM 4 deve aggiornare il parere di competenza, già positivo, mentre la ASL RM 3 dovrà provvedere a valutare il cronoprogramma previsto per i lavori di adeguamento.

e) Per quanto riguarda la Casa di cura ICOT, struttura privata e provvisoriamente accreditata, presso la quale si svolgono alcune attività a direzione universitaria sotto la gestione dell'Azienda USL di Latina per effetto del decentramento di posti letto del Policlinico Umberto I che ha avuto origine con la sottoscrizione del protocollo Regione-Università La Sapienza nel 2002. La Regione sta definendo insieme alla Asl di Latina la riconduzione della gestione extra ordinem delle UOC universitarie presso ICOT nell'ambito della disciplina del D. Lgs. 502/1992 e del D. Lgs. 517/1999. All'esito del percorso di superamento della gestione extra ordinem il personale medico pubblico verrà trasferito alla ASL di Latina; la ICOT, secondo quanto previsto dal Protocollo d'Intesa, sarà individuata quale struttura privata accreditata presso la quale si svolgerà parte dell'attività assistenziale essenziale alla didattica ex art 2, co. 5 D. Lgs. 517/1999, sulla base di apposita convenzione da stipulare con l'Università.

f) San Raffaele Rocca di Papa, Villa dei Pini e Villa delle Querce, Studio Polispecialistico Nomentano, nonché IHG presentano alcune complessità sotto il profilo dell'autorizzazione e dell'accreditamento. Per tali strutture è in corso un supplemento istruttorio. IHG è stata contemplata impropriamente tra le strutture in attesa di completamento del percorso di autorizzazione e di accreditamento. In realtà trattasi di gestione extra ordinem del centro Alzheimer contemplato nell'accordo ratificato dal DCA 36/2010.

g) Relativamente al Centro di Educazione Motoria, con il decreto del Commissario ad acta n. 105 del 6 aprile 2016 la Regione ha definito assieme ad ASL RM 3 (già RM D) e CRI un programma finalizzato al superamento dell'attuale sistema gestionale del C.E.M. mediante un percorso di riconduzione dell'attività nell'ambito della disciplina di cui all'art. 8bis del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. che si concluderà entro dicembre 2016.

h) I servizi per patologie da dipendenza sono classificabili in due macrocategorie:

- La prima di cui fanno parte circa 40 strutture (enucleate dalla D.G.R. 119/2013) per le quali è stato avviato l'iter di autorizzazione e accreditamento alla luce dei DCA 13/2015 e 79/2016. In tale categoria sono ricomprese anche le strutture AST – Assistenza per patologie e comportamenti per addicton e CMD- Servizi sul campo per persone con disturbo da uso di sostanza e/o con addiction. Per tali strutture sono in corso le verifiche richieste nel primo semestre 2016.

- La seconda categoria è relativa alle strutture per i seguenti profili assistenziali:

- Strutture Terapeutico Riabilitative Residenziali e semiresidenziali;
- Strutture Pedagogico riabilitative residenziali e semiresidenziali.

Tali strutture sono autorizzate e accreditate sulla base di requisiti previgenti rispetto a quelli editati con DCA 13/2015; sono necessari dei percorsi di adeguamento che saranno attivati nel 2017.

i) Unità di Dialisi Decentrate (UDD)

Le UDD hanno rappresentato una co-gestione pubblico-privato nella quale l'erogazione del servizio è stata svolta all'interno di locali di parte privata accreditata, con personale delle Aziende Pubbliche, con servizi aggiuntivi forniti dalla parte privata che di fatto otteneva il rimborso delle prestazioni, previa decurtazione degli oneri del personale.

Residuano n. 9 UDD co-gestite, per le quali le singole ASL dovranno, entro il termine del 31 dicembre 2016, sulla base di provvedimento regionale, dichiarare la possibilità di riorganizzare l'attività dialitica ed internalizzarla e avviare detta riorganizzazione, ovvero dichiarare la non disponibilità di risorse e strutture atte a consentire l'internalizzazione. In quest'ultimo caso si procederà al riassorbimento del personale pubblico e al rilascio di autorizzazione e accreditamento in favore della struttura privata.

Completamento del percorso di accreditamento istituzionale delle strutture private

E' in corso il completamento del percorso di accreditamento istituzionale delle strutture private provvisoriamente accreditate.

In conclusione gli obiettivi programmati sono:

- Completamento del percorso di accreditamento istituzionale degli erogatori privati ordinari;
- Superamento della gestione extra ordinem di tutte le altre strutture sanitarie da assoggettare alla disciplina di autorizzazione e accreditamento ex D. Lgs. 502/1992.

Azioni, indicatori e tempistiche

- Completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture appartenenti all'Associazione Anni Verdi (ex Consorziato del Consorzio RIREI):

Indicatore: autorizzazione e accreditamento o chiusura sedi.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: febbraio 2017

- Completamento del percorso di accreditamento della Casa Di Cura Villa Betania (struttura dotata di 124 posti letto, insistente sul territorio della Azienda Sanitaria Locale Roma E, oggi Roma 1, ed in regime di convenzione con la medesima), avviato con l'accordo tra struttura, Regione ed ASL, approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 421/2015.

Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2017

- Completamento del percorso di accreditamento della Salus Infirmorum (struttura dotata di 58 posti letto insistente sul territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Roma E, oggi Roma 1, ed in regime di convenzione con la medesima), avviato con l'accordo tra struttura, Regione ed ASL, approvato con Decreto del Commissario ad acta n. 519/2015.

Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2017

- Completamento del percorso di accreditamento del Policlinico Casilino (struttura dotata di 252 posti letto e DEA di I livello, insistente sul territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Roma B, oggi Roma 2, ed in regime di convenzione con la medesima). Accordo tra struttura, Regione ed ASL, approvato con Decreto del Commissario ad acta n.40 /2016.

Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Giugno 2017

■ Completamento del percorso di accreditamento del Policlinico Luigi Di Liegro (struttura dotata di 137 posti letto, insistente sul territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Roma D, oggi Roma 3, ed in regime di convenzione con la medesima).

Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2017

■ Completamento del percorso di accreditamento del Bambino Gesù Santa Marinella.

Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

■ Completamento del percorso di accreditamento del Bambino Gesù Palidoro

Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2017

■ Riconduzione della gestione extra ordinem delle UOC universitarie presso ICOT condotta dalla Asl di Latina nell'ambito della disciplina del D. Lgs. 502/1992 e del D. Lgs. 517/1999.

Indicatore: adozione provvedimento di regolazione del percorso.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: marzo 2017

■ Completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento del CEM.

Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2016

■ Completamento del percorso di accreditamento della Fondazione Policlinico Gemelli

Indicatore: adozione provvedimento di autorizzazione e accreditamento.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2018

■ Avvio del percorso di accreditamento delle strutture che erogano servizi per la patologia da dipendenza.

Indicatore: adozione dei primi provvedimenti di autorizzazione e accreditamento

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Giugno 2017

■ Regolamentazione del percorso di superamento della co-gestione delle UDD, per la loro internalizzazione all'interno delle aziende pubbliche, ovvero per la gestione a cura del privato nelle forme di autorizzazione e accreditamento ex D. Lgs. 502/1992.

Indicatore: adozione del provvedimento di regolazione del percorso di riconduzione della gestione ordinaria ex D. Lgs. 502/1992

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2016

■ Completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento per Fatebenefratelli Isola Tiberina, Fatebenefratelli S. Pietro, Istituto Vaccari, Casa di cura S. Feliciano, San Raffaele Rocca di Papa.

Indicatore: adozione di provvedimenti di autorizzazione e accreditamento

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: febbraio 2017

■ Riconduzione della gestione extra ordinem del Centro Alzheimer IHG via Tiburtina nel percorso di autorizzazione e accreditamento di cui al D. Lgs. 502/1992 e regolamentazione complessiva del contenzioso

Indicatore: adozione provvedimento di disciplina del percorso di riconduzione

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Giugno 2017

■ Completamento istruttoria relativa alle strutture Villa dei Pini, Villa delle Querce, Studio Polispecialistico Nomentano.

Indicatore: adozione provvedimenti di conferma o revisione dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento adottati.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

1.5 Piani di Efficientamento aziendali

La Regione Lazio, con il DCA n. 273 dell'8 settembre 2016 ha individuato, le **Aziende Ospedaliere (AO), le Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) e gli IRCCS** del SSR da sottoporre ai piani di rientro triennali in applicazione del comma 525 dell'art.1 della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015. Di seguito si riportano gli Enti individuati dal sopra citato DCA, applicando la metodologia indicata nell'allegato a) del DM 21.06.2016:

Le Aziende individuate dal DCA n. 273/2016 entro i novanta giorni successivi all'emanazione del DCA stesso, dovranno predisporre il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale. Relativamente a quanto disposto dall'art. 1, comma 524, lettera b) della Legge n. 208/2015, secondo i criteri indicati dalla medesima Legge, sulla base dei risultati PNE edizione 2015 (dati di attività 2014), nella regione Lazio sono state individuate per il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure le seguenti strutture:

- S. Giovanni Addolorata
- Policlinico Umberto I

Pertanto i piani di rientro delle sopra indicate aziende dovranno contenere misure atte al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ogni disallineamento rilevato ai sensi dell'art. 1, comma 524, lettera b) della legge n. 208/2015.

Il Programma Operativo della Regione non può che rappresentare a livello aggregato, l'effetto delle manovre di efficientamento e contenimento della spesa che saranno poste in essere a livello di singola Azienda. A conclusione del termine previsto per la predisposizione dei piani di rientro da parte delle Aziende e per la successiva approvazione degli stessi da parte della Regione, sarà predisposta un'appendice al Programma Operativo, in cui sarà evidenziato, coerentemente con quanto disposto dall'art. 1, comma 530 della L.208/2015, la sussistenza dei piani di rientro dei singoli enti e dei relativi obiettivi di riequilibrio economico-finanziario e di miglioramento dell'erogazione dei LEA.

La Regione intende svolgere un ruolo di controllo e coordinamento sia in fase di predisposizione sia in fase di attuazione dei piani di rientro aziendali:

In una fase iniziale, per garantire la predisposizione omogenea dei Piani di Rientro da parte degli Enti, propedeutica alla valutazione degli stessi da parte della Regione, saranno definite delle matrici di rilevazione dei fenomeni gestionali, propedeutici alla redazione di omogenei Piani di Rientro aziendali.

In fase di attuazione e monitoraggio dei Piani di Rientro la Regione intende sviluppare una metodologia di verifica periodica dell'avanzamento di quanto previsto nei piani di rientro aziendali, attraverso un sistema di KPI per la misurazione dell'equilibrio economico. Inoltre, come previsto dal DM 21.06.2016, in caso di verifiche trimestrali positive, la GSA potrà erogare alle Aziende, a titolo di anticipazione, una quota parte delle risorse iscritte ai sensi del comma 531 della Legge 208/2015, al fine di salvaguardare l'equilibrio finanziario degli enti interessati; in caso di verifica trimestrale negativa, la Regione adotterà le misure necessarie per la riconduzione in equilibrio della gestione nel rispetto dei livelli di assistenza, come individuati nel piano dell'ente.

Tali strumenti saranno utilizzati successivamente anche in fase di definizione dei contenuti e monitoraggio dei Piani di Rientro dei **Presidi Ospedalieri a gestione diretta delle ASL**.

Nel corso del triennio, inoltre, la Regione intende prevedere la predisposizione di **Piani di Rientro anche per le Aziende territoriali**, in modo da poterne valutare complessivamente la performance,

in termini di spesa pro-capite, qualità, efficienza, appropriatezza ed equità nel livello di erogazione dei servizi, coerentemente con quanto previsto dal Patto per la Salute 2014-2016.

A tal fine si ritiene indispensabile che le Aziende si dotino di un efficace sistema di contabilità analitica che consenta loro di monitorare in maniera separata i costi sostenuti per ciascun livello assistenziale e di correlarli alle fonti di finanziamento e alle altre entrate proprie disponibili.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Avvio del percorso di affiancamento alle Aziende individuate dal DCA n. 273/2016, con la creazione di matrici di rilevazione dei fenomeni gestionali, propedeutici alla redazione di omogenei Piani di Rientro aziendali

Indicatore: predisposizione provvedimento regionale;

Risultato atteso: adozione atto amministrativo;

Tempistica: dicembre 2016;

■ Attivazione di un sistema di monitoraggio trimestrale per la verifica dell'attuazione delle misure previste dai piani di rientro aziendali

Indicatore: KPI per la misurazione dell'equilibrio economico;

Risultato atteso: adozione atto amministrativo;

Tempistica: marzo 2017

1.6 Sviluppo di una nuova metodologia per il finanziamento delle Aziende del SSR

La Regione Lazio ha provveduto, fino all'anno 2015, alla ripartizione del FSR Indistinto applicando la seguente metodologia:

a) una quota del FSR indistinto è destinata al finanziamento delle attività del SSR svolte in gestione sanitaria accentrata e al finanziamento dell'ARES 118;

b) una quota del FSR è finalizzata al finanziamento delle funzioni assistenziali ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, del D.lgs. 502/92 e s.m.i., e ai maggiori costi indotti sull'attività assistenziali dalle funzioni di didattica e ricerca di cui all'art.7, comma 2, del D.lgs. 517/99;

c) il FSR Indistinto decurtato degli importi di cui ai punti a) e b) è ripartito tra le Aziende Sanitarie Locali:

i. per una quota secondo i livelli ed i sottolivelli essenziali di assistenza (LEA), pesati con le fasce di età della popolazione residente al fine di determinare equamente il fabbisogno sanitario espresso dalla popolazione stessa, mutuando i criteri adottati dal Ministero della Salute per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale;

ii. una quota residua viene destinata al riequilibrio economico dell'anno e assegnata alle ASL in sede di chiusura del bilancio d'esercizio dell'anno stesso.

L'assegnazione del FSR così come descritto ha comportato, per l'anno 2015, il pareggio di bilancio per le ASL e la concentrazione del disavanzo del SSR nei Bilanci delle AO, AOU, IRCSS e Policlinici.

La Regione ha pertanto ravvisato la necessità di sviluppare una **nuova metodologia** per la ripartizione del FSR indistinto tra le Aziende del SSR, anche in considerazione delle novità introdotte dal Patto per la Salute 2014-2016 in materia di Livelli Essenziali di Assistenza, che comporti un maggiore livello di autonomia nelle Aziende in termini di pianificazione dell'attività istituzionale, nonché una maggiore responsabilizzazione nel conseguimento degli obiettivi programmati.

Per il 2016 il valore del FSR destinato alle ASL è stato quantificato in misura tale da garantire l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda, sulla base della struttura dei costi concordata tra la Regione e le Asl in sede di negoziazione del budget.

Tale metodologia sarà gradualmente introdotta a partire dal 2017 e assegnerà il finanziamento sia sulla base dei livelli di assistenza e della popolazione assistita, sia tenendo conto della dinamica storica per ciascuna Azienda. Peraltro in attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 21 giugno 2016, recepito con il DCA 273/2016 di individuazione delle aziende, in sede di riparto del fondo sarà necessario prevedere un accantonamento in misura pari alla somma degli scostamenti

negativi delle aziende sottoposte ai piani di rientro e al differenziale derivante dal ricalcolo dei ricavi in applicazione al DM 21.06.2016.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Adozione del DCA di ripartizione del FSR dell'anno entro il mese di febbraio dell'anno di riferimento, fatta salva la tempistica di riparto nazionale, al fine di responsabilizzare le Aziende nel conseguimento degli obiettivi programmati.

Indicatore: predisposizione del provvedimento di ripartizione del FSR secondo la nuova metodologia

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Febbraio 2017/Febrero 2018

1.7 Revisione della normativa regionale in tema di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

Con l'art. 17, comma 6 della legge 15 luglio 2011, n. 111 (Legge di stabilità) è stato riattivato il disposto dell'art. 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 concernente l'applicazione di una quota fissa per ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, aggiuntiva rispetto a quelle eventualmente in vigore presso le singole regioni, e alla quota di ticket nazionale pari a 36,15 Euro sulle ricette aventi valore complessivo superiore a 36 Euro.

La Regione Lazio si è adeguata al disposto della normativa nazionale riattivando la suddetta compartecipazione nelle modalità previste dalla legge di stabilità.

La riattivazione del detto contributo a ricetta si è sovrapposta alla forma di compartecipazione regionale pre-esistente, di 4,00 5,00 e 15,00 Euro per ricetta, già introdotta sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale con Decreto del Commissario ad acta n. 42 del 2008.

Il vigente assetto compartecipativo della Regione, derivato dalla mera sovrapposizione della manovra nazionale del 2011 al DCA 42/2008, potrebbe essere rimodulato al fine di renderlo maggiormente equo ed efficace.

Con il presente intervento si propone pertanto una prima revisione del sistema di compartecipazione alla spesa specialistica ambulatoriale, basata sull'abrogazione del disposto del DCA 42/2008, da integrare, successivamente, con un'attività di rimodulazione della compartecipazione derivante dalla normativa nazionale, mediante l'attivazione della procedura di cui alla lettera p-bis) punti 1 e 2 dell'art. 1, comma 796, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Riduzione della compartecipazione del cittadino alla spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privato di specialistica ambulatoriale

Indicatore: predisposizione del provvedimento di abrogazione del DCA 42/2008

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Adozione del DCA di abrogazione entro il 30 ottobre 2016 – Nuovo assetto di compartecipazione in vigore dal 1 gennaio 2017

1.8 Approvazione nuovo modello per la valutazione dei Direttori Generali delle Aziende del SSR

È stato messo a punto un Sistema di valutazione della performance organizzativa delle Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie Regionali, articolato su due categorie di obiettivi:

1. "Obiettivi contrattuali generali riferiti al mandato dei Direttori Generali" che se non raggiunti alle scadenze di valutazione definite, determinano la decadenza automatica degli stessi DG;
2. "Obiettivi contrattuali di salute e funzionamento dei servizi" correlati all'attribuzione della indennità di risultato dei Direttori Generali, che verrà corrisposta in proporzione al livello di raggiungimento degli stessi, verificato su base annua.

Il Sistema di monitoraggio prevede la diretta partecipazione al processo di valutazione da parte del valutato, mediante confronti strutturati con l'Area della Direzione Regionale competente.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Provvedimento regionale per l'assegnazione annuale degli obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende, secondo il nuovo modello adottato

Indicatore: Adozione annuale del provvedimento regionale di assegnazione degli obiettivi

Risultato attesi: adozione atto amministrativo

Tempistica: marzo 2017 (obiettivi 2017); gennaio 2018 (obiettivi 2018)

1.9 Gestione del Contenzioso pregresso con gli erogatori dei servizi assistenziali

Le numerose cause che ogni anno vengono attivate nei confronti della Regione e/o delle Aziende del SSR danno luogo a notevoli difficoltà di gestione del relativo contenzioso, fortemente aggravate per le seguenti ragioni:

a) i soggetti ricorrenti attivano il medesimo contenzioso sia nei confronti della Regione che delle singole Aziende Sanitarie di pertinenza (molto spesso, peraltro, quando il contenzioso è attivato unicamente nei confronti della Azienda Sanitaria competente, è quest'ultima che provvede, mediante la chiamata in causa di un soggetto terzo, ad investire del procedimento anche la Regione);

b) i ricorsi sono presentati prevalentemente nei confronti di provvedimenti adottati in regime di Commissariamento della Sanità della Regione e, quindi, nell'azione di difesa, possono risultare al contempo coinvolti l'Avvocatura Regionale, quella Generale dello Stato per la difesa del Commissario e gli uffici Legali delle Aziende di volta in volta interessati (così come emerso nel corso delle attività svolte dalla Task Force legale, il cui lavoro ha già portato ampi e significativi risultati);

c) i soggetti ricorrenti attivano il medesimo contenzioso sia in sede amministrativa, sia nelle altre sedi giurisdizionali (civile, contabile, penale).

Ciò nonostante, la copiosità del contenzioso residuo, la complessità della materia di riferimento e l'assenza di una mappatura, anche documentale, delle cause in corso e/o definite, nonché del monitoraggio costante dello stato di attuazione di eventuali sentenze sfavorevoli, incidono sulla tempestività e sull'efficacia dell'azione amministrativa, con la conseguenza che molto spesso le procedure possono risolversi nella nomina di commissari *ad acta* individuati dal Tribunale, il cui intervento complica ulteriormente l'azione amministrativa di risanamento.

Inoltre, da un punto di vista contabile, l'attivazione del contenzioso nei confronti delle Aziende e della Regione ha comportato talvolta una duplicazione degli accantonamenti rischi effettuati dai diversi soggetti. Ed invero, dal bilancio consolidato del SSR dell'esercizio 2015, risultano iscritti fondi rischi per un valore pari a 1,4 €/mld, di cui circa il 50% relativo a contenzioso verso strutture erogatrici di prestazioni sanitarie.

Sulla base delle sopra elencate considerazioni risulta indispensabile individuare delle azioni di razionalizzazione e coordinamento della gestione del contenzioso sia a livello regionale, sia con riferimento al contenzioso attivato nei confronti delle singole Aziende sanitarie. Tanto più se si considera che l'attività svolta dalla citata Task Force legale istituita con DCA U00225/2014 ha evidenziato una serie di criticità:

- carenza di regole chiare sia nella fase di programmazione sia nelle successive fasi relative all'accreditamento, alla definizione dei budget e alla sottoscrizione degli Accordi/contratti (nell'avanzamento dei lavori della Task Force, tali fattispecie sono state analizzate e rimosse in autotutela);

- necessità di riordino del sistema dei controlli (l'esame della casistica del contenzioso ha reso, infatti, evidente come se ne renda necessaria la semplificazione, lo snellimento, le certezze dei tempi ed anche la maggiore essenzialità);

- carenza di un fascicolo unico per erogatore.

Si ritiene, anche in considerazione del termine dei lavori della Task Force legale, che solo una gestione coordinata Regione/Aziende dei contenziosi nei confronti degli erogatori di prestazioni sanitarie possa consentire di porre in essere una difesa adeguata e di governare adeguatamente il rischio di soccombenza nelle cause: peraltro, un'azione armonizzata consentirebbe anche di evitare andamenti altalenanti nella gestione economico-finanziaria, derivanti dallo svincolo delle risorse accantonate a seguito di esito favorevole e dall'esigenza di reperire ulteriori risorse nel caso di

soccombenza. A tal fine, nel corso del triennio, si procederà all'istituzione, all'interno della Regione, di una struttura *ad hoc*, il

Comitato tecnico permanente di indirizzo delle attività legali che si occuperà della gestione dei contenziosi in esame e che opererà congiuntamente con l'Avvocatura Regionale e con gli uffici legali delle Aziende, in modo che i contenziosi più rilevanti possano essere gestiti a livello regionale. Da un **punto di vista contabile** la Regione Lazio intende, a partire dall'esercizio 2017, trasferire nel bilancio della GSA i fondi rischi relativi ai contenziosi nei confronti degli erogatori dei servizi assistenziali, finora accantonati nei bilanci delle singole Aziende.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Istituzione del **Comitato tecnico permanente di indirizzo delle attività legali**, composto da dirigenti regionali e avvocati delle Avvocature delle Aziende e della Regione.

Indicatore: (1) Predisposizione del provvedimento di istituzione del Comitato tecnico (2) Valore contenziosi esaminati/Totale contenziosi

Risultato atteso: (1) adozione atto amministrativo; (2) 60%; 80%

Tempistica: (1) gennaio 2017; (2) Dicembre 2017; Dicembre 2018

■ Attivazione degli strumenti per la gestione del contenzioso a livello regionale

Indicatore: (1) Definizione delle Linee guida contabili per il trasferimento nel bilancio della GSA dei fondi rischi relativi ai contenziosi nei confronti degli erogatori dei servizi assistenziali, finora accantonati nei bilanci delle singole Aziende; (2) Predisposizione delle Linee di indirizzo per il coordinamento della gestione del contenzioso, rivolte sia alle strutture regionali, sia agli uffici legali delle Aziende Sanitarie, finalizzate a definire regole e modalità per rendere più efficace il flusso delle informazioni e dei documenti necessari alla predisposizione delle relazioni da inoltrare agli Uffici Legali delle Aziende, all'Avvocatura Regionale e all'Avvocatura Generale dello Stato per la predisposizione della migliore difesa possibile in giudizio; (3) Realizzazione del programma informatico finalizzato alla razionalizzazione e al coordinamento della gestione del contenzioso che dovrà fornire informazioni riguardo all'oggetto del contenzioso, all'attore ricorrente, e all'efficacia dei provvedimenti presentati, onde definirne l'impatto economico

Tempistica: (1) Marzo 2017; (2) Maggio 2017; (3) Dicembre 2017

Omogeneizzazione dell'attività di assistenza legale nelle Aziende Sanitarie e revisione dell'assetto organizzativo delle avvocature aziendali

Le Aziende Sanitarie della Regione Lazio devono gestire un contenzioso giudiziale in materia civile, penale e amministrativo-contabile, nonché gestire il contenzioso nella fase stragiudiziale. Ad oggi, le Aziende Sanitarie non hanno un'organizzazione omogenea per la gestione del contenzioso; in particolare, alcune Aziende hanno un ufficio legale interno, mentre altre fanno ricorso a studi legali ed avvocati del libero foro. Tuttavia, nella prassi si è potuto rilevare che anche le Aziende dotate di un'avvocatura interna fanno ricorso all'assistenza e al patrocinio di legali esterni per varie motivazioni, quali ad esempio l'eccessivo carico di contenzioso, la particolare complessità dello stesso o l'assenza di una professionalità, *ratione materiae*, adeguata per affrontare efficacemente la causa.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Mappatura dell'organizzazione aziendale in materia legale e delle relative dotazioni organiche.

Indicatore: N. Aziende mappate/ Totale Aziende

Risultato atteso: 100%

Tempistica: Dicembre 2016

■ Adozione di un provvedimento regionale di indirizzo

Indicatore: Predisposizione del provvedimento

Tempistica: Aprile 2017

Rivalutazione dei Fondi Rischi Aziendali.

La Regione nel corso degli ultimi due anni ha emanato linee guida per la gestione uniforme dei sinistri da parte delle Aziende mediante l'adozione di indirizzi comuni, l'istituzione dei Comitati Valutazione Sinistri Aziendali (CAVS) in ogni singola Azienda, come da determinazione regionale

n. G09535/2014 e di un Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS). Nel 2015, le Aziende, su richiesta regionale, hanno avviato un percorso di rivalutazione dei fondi rischi, avvalendosi dei CVS, finalizzato a favorire comportamenti omogenei nella valutazione dei contenziosi e nella relativa quantificazione dell'accantonamento nei bilanci aziendali i cui risultati in termini di uniformità dei criteri e della metodologia, non sono incoraggianti in quanto le rilevazioni contabili del IV trimestre 2015 presentano ancora vistose disomogeneità

Attività, indicatori e tempistica

■ Miglioramento e conclusione del percorso di verifica dell'adeguatezza dei fondi rischi attraverso la rivalutazione dei contenziosi da parte dei CVS aziendali, anche ai fini dell'abbattimento delle passività potenziali iscritte nei Fondo rischi dei bilanci aziendali.

Indicatore: Monitoraggio ricognizione dei CVS Aziendali

Tempistica: Giugno 2017

Adozione di un modello unico di gestione del rischio derivante da RCT/RCO

Le Aziende del SSR presentano attualmente modalità varie di gestione del rischio derivante dalla responsabilità civile terzi (RCT) e dalla responsabilità civile operatori (RCO), riassumibili in tre tipologie:

- a) un modello assicurativo con nessuna franchigia o franchigia molto esigua;
- b) un modello auto-assicurativo di gestione diretta dei sinistri; c) modelli misti, che prevedono polizze assicurative con il pagamento di una franchigia. L'esigenza di alcune Aziende di adottare il modello auto-assicurativo è stata determinata anche dalla scarsa offerta da parte delle compagnie assicurative, dalla diserzione delle stesse alle gare pubbliche, nonché dalla necessità di gestire franchigie anche molto elevate, tali comunque da far ricadere l'onere risarcitorio quasi integralmente in capo all'Azienda.

In tale contesto risulta necessaria una iniziativa regionale per individuare quale sia la migliore strategia di gestione di tale tipologia di rischi, anche in considerazione dell'evoluzione normativa nazionale in materia, applicabile a tutte le Aziende del SSR, che abbia anche l'effetto di ridurre i costi derivanti dalla RCT e RCO.

Attività, indicatori e tempistica

■ Predisposizione di un progetto relativo al modello regionale di gestione della sinistrosità derivante da responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Indicatore: predisposizione modello regionale

Risultato Atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Settembre 2017

2 Miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni

Per rendere maggiormente efficace la capacità di programmazione e controllo economico-finanziario della Regione nei confronti delle Aziende sanitarie pubbliche, è necessaria l'introduzione di un sistema informativo contabile unico regionale, che standardizzi processi, procedure e modalità operative, rendendo pienamente operativo quanto previsto dal D.lgs 118/2011, e che permetta la rapida definizione di criteri omogenei per la redazione dei documenti contabili annuali e trimestrali, l'uniforme applicazione di criteri per la tenuta della contabilità analitica e la predisposizione per ogni azienda dei regolamenti relativi sia al ciclo attivo che passivo. L'attuazione del D.lgs 118/2011, dunque, non deve essere vissuta come un mero adempimento di legge ma come l'opportunità per la Regione e per il management aziendale di portare a rapida e qualificata evoluzione i sistemi contabili aziendali. Gli interventi previsti nell'ambito del progetto "Miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni" rispondono pertanto all'esigenza della Regione di disporre di dati contabili attendibili, da realizzarsi mediante l'aggiornamento delle procedure amministrativo-contabili che prevedano una chiara identificazione di ruoli e responsabilità all'interno delle Aziende e l'implementazione di un efficace sistema dei controlli interni. Tali azioni appaiono propedeutiche al raggiungimento degli standard previsti nei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC), di cui al DM 1° marzo 2013, nonché allo sviluppo di strumenti per l'analisi e il confronto dei dati contabili, anche a livello di singolo centro di costo.

In sintesi, gli obiettivi programmati sono:

- l'attivazione di un sistema informativo amministrativo-contabile unico per tutte le Aziende del SSR
- la certificabilità dei bilanci degli Enti del SSR
- il completamento del sistema regionale di contabilità analitica
- lo sviluppo di un nuovo approccio per l'analisi dei costi delle Aziende Sanitarie regionali basato su strumenti di *benchmarking*
- la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori
- la ricognizione dei crediti e dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende
- la sistemazione contabile del fondo di dotazione negativo

2.1 Sistema informativo amministrativo-contabile unico per tutte le Aziende del SSR

Dall'analisi regionale condotta sullo stato dei sistemi informativi amministrativo-contabili delle Aziende, i sistemi informativi utilizzati dalle stesse sono caratterizzati da una forte disomogeneità, dovuta al fatto che le soluzioni adottate sono molteplici.

Sebbene infatti i processi delle Aziende Sanitarie siano simili, negli anni ciascuna azienda ha intrapreso soluzioni proprie, che hanno notevolmente differenziato le procedure contabili ed i sistemi informativi in essere. Di conseguenza, l'introduzione di ogni nuovo processo da parte della Regione implica una riorganizzazione aziendale sia a livello amministrativo sia a livello di sistema informatico, con evidenti ricadute negative sia in termini di investimento economico che di tempi di attuazione senza peraltro l'assoluta certezza di una applicazione uniforme.

L'analisi condotta impone un'approfondita revisione del modello, in modo da poter affrontare con maggiore consapevolezza i futuri progetti innovativi. Nel corso del triennio la Regione intende dare avvio alla implementazione di un sistema informativo amministrativo-contabile unico per tutte le Aziende del SSR, al fine di disporre dei dati e delle informazioni in maniera più tempestiva e conseguentemente di migliorare e rendere più efficace l'azione regionale di governo e controllo.

Azioni, indicatori e tempistica

- Aggiornamento dell'analisi dei sistemi informativi amministrativo-contabili in uso presso le Aziende Sanitarie, al fine di definire il contesto attuale valutandone oggettivamente le criticità e le reali potenzialità, unitamente alla definizione della tempistica per la realizzazione del sistema informativo contabile unico.

Indicatore: Predisposizione del report inerente l'assessment dei sistemi informativi

Risultato atteso: predisposizione report

Tempistica: febbraio 2017

2.2 Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci delle Aziende del SSR

La Regione con DCA n. U00059 del 12 febbraio 2015, ha definito il "Percorso Attuativo delle Certificabilità (PAC)" al fine garantire la certificabilità dei bilanci degli Enti del SSR programmando il compimento di tutte le azioni previste nel Decreto Ministeriale 1 marzo 2013 e stabilendo come data ultima il 15 febbraio 2018 (ovvero 36 mesi dopo l'approvazione del DCA di cui sopra n. U00059 del 12 febbraio 2015).

Il PAC, originariamente adottato dalla Regione con DCA n. U00292 del 2 luglio 2013, è stato approvato dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza nella riunione del 18 dicembre 2014 e, nella medesima seduta, Tavolo e Comitato hanno richiesto alla Regione di valutare eventuali modifiche e/o integrazioni al percorso originario. Pertanto, nella ridefinizione del programma delle attività necessarie ai fini del raggiungimento degli obiettivi specifici dei PAC aziendali, nonché della GSA e del Bilancio Consolidato Regionale, sono state accolte le indicazioni suggerite dal Tavolo e Comitato ed è stato approvato il PAC regionale con DCA n. U00059 del 12 febbraio 2015. Le aziende sanitarie procederanno ad implementare le azioni poste alla base del PAC secondo il cronoprogramma previsto e successivamente, attraverso lo specifico supporto professionale messo a disposizione delle aziende nell'ambito del progetto di assistenza contabile per l'attuazione del PAC (progetto SANPAC), a verificare la corretta implementazione delle stesse. La Regione, nell'ambito

del suo ruolo di monitoraggio, procederà ad analizzare le risultanze delle verifiche operate comunicando o meno l'adeguatezza delle attività effettuate.

Al fine di monitorare in maniera puntuale lo stato di avanzamento dell'implementazione dei PAC è stato elaborato un "*indice di completamento delle azioni PAC*" volto a valutare in termini percentuali lo stato di avanzamento del PAC.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Monitoraggio straordinario finalizzato all'aggiornamento delle scadenze delle attività previste in funzione dello stato dell'arte e delle specifiche esigenze aziendali.

Indicatore: Adozione del DCA di aggiornamento del Percorso Attuativo della Certificabilità.

Risultati attesi: Adozione del DCA

Tempistica: ottobre 2016

■ Aggiornamento delle linee guida sui controlli amministrativo-contabili propedeutici alla stesura dei manuali aziendali relativamente alle aree (1) debiti-costi, (2) crediti-ricavi e (3) immobilizzazioni.

Indicatore: adozione della Linea Guida

Risultati attesi: adozione della Linea Guida

Tempistica: dicembre 2016

■ Definizione di linee guida sui controlli amministrativo-contabili propedeutici alla stesura dei manuali aziendali relativamente alle aree (1) disponibilità liquide (2) rimanenze (3) patrimonio netto; (4) personale.

Indicatore: adozione della Linea Guida

Risultati attesi: adozione della Linea Guida

Tempistica: (1) entro dicembre 2016; (2) (3) (4) entro giugno 2017

■ Adozione di un manuale delle procedure amministrativo-contabili dedicato (1) alla GSA; (2) al Consolidato regionale.

Indicatore: adozione della Procedura amministrativo-contabile

Risultati attesi: adozione della Procedura

Tempistica: entro dicembre 2017

■ Attuazione da parte delle Aziende Sanitarie delle specifiche attività previste dal Percorso Attuativo di Certificabilità

Indicatore: Azioni PAC implementate/Totale azioni previste

Risultati attesi: 100%

Tempistica: entro febbraio 2018

■ Monitoraggio trimestrale sulla corretta implementazione delle azioni, articolato su due livelli di verifica: il primo affidato all'Azienda ed il secondo affidato alla Regione, che prevede:

– le aziende sanitarie procedono ad implementare le azioni poste alla base del PAC secondo il piano di lavoro concordato e successivamente, attraverso lo specifico supporto professionale, a verificare la corretta implementazione delle stesse;

– entro 90 giorni da tale verifica, la Regione, nell'ambito del suo ruolo di coordinamento e monitoraggio, procede ad analizzare le risultanze delle verifiche operate comunicando o meno l'adeguatezza delle attività effettuate alle aziende.

Le evidenze dell'attività di monitoraggio saranno rappresentate nella relazione trimestrale redatta ai sensi dell'Allegato B del D.I. 1 marzo 2017.

Indicatore: Relazione di monitoraggio con indicazione delle evidenze delle verifiche effettuate e del reale stato di avanzamento del percorso.

Risultati attesi: Relazione

Tempistica: 15 agosto 2016, 15 novembre 2016, 15 febbraio 2017, 15 maggio

2017, 15 agosto 2017, 15 novembre 2017 e 15 febbraio 2018.

2.3 Sistema regionale di contabilità analitica

La Regione Lazio intende portare a compimento il sistema di contabilità analitica intrapreso fin dal 2005 con la DGR 203, la quale ha adottato le linee guida per il controllo di gestione delle Aziende

Sanitarie con l'obiettivo, tra l'altro, di avviare la contabilità analitica delle Aziende, descrivendone i principi e le procedure di rilevazione.

A seguito di una mappatura sullo stato dell'arte svolta nel 2014, la quale ha evidenziato che diverse Aziende non disponevano di sistemi sufficientemente sviluppati, la Regione ha stabilito un percorso di implementazione del sistema di contabilità analitica Regione - Aziende Sanitarie attraverso:

- (i) la costituzione di un apposito gruppo di lavoro;
- (ii) l'attivazione di un forum per gli addetti ai lavori;
- (iii) la redazione di un piano dei centri di responsabilità regionale che dovrà essere coerente con i piani dei centri di responsabilità individuati dalle singole Aziende sanitarie a seguito della adozione degli Atti di Autonomia Aziendali approvati recentemente dalla Regione.

Inoltre, nel corso del 2015 è stata effettuata, con il supporto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, un'analisi dei modelli LA 2014 delle Aziende Sanitarie, per la verifica del perseguimento dei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto dei costi standard, desumibili da quelli applicati nelle regioni benchmark individuate ai sensi del D.Lgs 68/2011, al fine di definire le azioni che, nel rispetto dei processi di governance regionale, siano idonee a garantire congiuntamente l'erogazione dei LEA e l'equilibrio economico – finanziario.

La completa attuazione del sistema regionale di contabilità analitica consentirà alla Regione di conoscere tempestivamente i costi ed i ricavi generati da ciascun centro di responsabilità/costo delle singole Aziende Sanitarie e di garantire il raggiungimento di alcuni importanti obiettivi, anche fissati dai Ministeri, come il potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale.

Azioni, indicatori, tempistiche

- Individuazione per ciascuna Azienda Sanitaria di un responsabile unico per l'implementazione/manutenzione della CO.AN. (RUCA) e riferimento regionale per gli adempimenti LEA di cui al punto n) Contabilità Analitica.

Indicatore: definizione del perimetro delle competenze del RUCA (1) e nomina da parte delle Aziende Sanitarie (2)

Risultati attesi: atto di definizione del perimetro e nomina

Tempistiche: Dicembre 2016 (1) gennaio 2017 (2)

- Definizione di un piano dei centri di costo regionale standard correlato al piano dei centri di costo di ciascuna Azienda Sanitaria.

Indicatore: (1) adozione di un provvedimento di definizione del piano e divulgazione alle Aziende Sanitarie. (2) Monitoraggio costante dell'allineamento dei piani aziendali con il piano regionale

Risultati attesi: adozione di un provvedimento, relazioni su attività di monitoraggio

Tempistiche: (1) febbraio 2017 (2) Da aprile 2017

- Definizione di un format del conto economico di unità operativa/reparto, indicando dettagliatamente le voci di costo e di ricavo da utilizzare, alla luce delle differenti configurazioni organizzative delle Aziende Sanitarie, valutando i tempi di implementazione delle singole voci.

Indicatore: implementazione del format di conto economico per unità operativa presso le Aziende Sanitarie

Risultati attesi: relazione su stato implementazione del format

Tempistiche: Marzo 2017

- Definizione delle logiche di ribaltamento dei costi comuni/indiretti per attribuzione alle unità operative.

Indicatore: (1) redazione di una linea guida per il ribaltamento dei costi comuni, supportando la redazione delle procedure amministrativo-contabili previste dai PAC; (2) redazione di una linea guida per l'attribuzione dei costi indiretti, supportando la redazione delle procedure amministrativo-contabili previste dai PAC.

Risultati attesi: (1) trasmissione del documento “linea guida ribaltamento costi comuni” alle Aziende Sanitarie; (2) trasmissione del documento “linea guida attribuzione costi indiretti alle Aziende Sanitarie

Tempistiche: (1) Aprile 2017; (2) Giugno 2017

■ Armonizzazione contabile delle anagrafiche con associazione univoca ai conti di Co.Ge dei beni sanitari e non sanitari, servizi sanitari e non sanitari.

Indicatore: (1) armonizzazione delle anagrafiche dei beni sanitari; (2) armonizzazione delle anagrafiche dei servizi sanitari; (3) armonizzazione delle anagrafiche dei beni non sanitari; (4) armonizzazione delle anagrafiche dei servizi non sanitari

Risultati attesi: (1) 100% del valore dei beni sanitari; (2) 80% del valore dei servizi sanitari; (3) 50% del valore dei beni non sanitari; (3) 50% del valore dei servizi non sanitari

Tempistiche: (1) Maggio 2017; (2) Giugno 2017; (3) settembre 2017; (4) dicembre 2017

■ Alimentazione del conto economico di unità operativa da parte di ciascuna Azienda Sanitaria

Indicatore: (1) alimentazione del conto economico di unità operativa dei costi diretti; (2) alimentazione del conto economico di unità operativa dei costi indiretti/comuni

Risultati attesi: (1) 100% dei costi diretti; (2) 80% dei costi indiretti/comuni

Tempistiche: (1) Marzo 2018; (2) Giugno 2018

2.4 Analisi dei costi attraverso strumenti di benchmarking per ambiti assistenziali omogenei

A seguito del completamento del processo di implementazione dei sistemi di contabilità analitica aziendali, nonché dell’adeguamento dei sistemi informativi regionali a supporto, la Regione intende adottare un nuovo approccio per l’analisi dei costi delle Aziende Sanitarie regionali basato su strumenti di *benchmarking* per ambiti assistenziali omogenei. Tale approccio consentirebbe di superare i limiti dell’attuale metodologia utilizzata, che consiste nell’analizzare i costi delle Aziende nel loro complesso (analisi dei costi da CE, potendoli al massimo rapportare con l’andamento del valore totale della produzione) e nell’effettuare confronti temporali (verifica dell’andamento dei costi rispetto ad esercizi precedenti), difficilmente riuscendo a svolgere analisi di tipo comparativo tra Aziende a causa della non confrontabilità dei dati (differenti dimensioni, caratteristiche, mix di attività), laddove sarebbe invece più interessante ed appropriato valutare e comparare i dati in maniera più specifica, cioè con riferimento ad ambiti assistenziali omogenei.

Obiettivi dell’adozione di strumenti *benchmarking* per ambiti assistenziali nell’analisi dei costi sono:

(i) l’analisi del livello e dell’andamento dei costi di ciascuna Azienda, oltre che a livello complessivo di CE, anche con riferimento ad ambiti assistenziali specifici, in particolare a quelli con più rilevante impatto economico sia in termini di ricavi (valorizzazione delle prestazioni) sia in termini di costi (intesi come consumo di risorse);

(ii) la comparazione del livello dei costi tra Aziende regionali per ambito assistenziale;

(iii) la comparazione del livello dei costi tra Aziende regionali e Aziende nazionali di riferimento.

Attività, indicatori e tempistica

■ Analisi delle voci di costo secondo ambiti assistenziali omogenei

Indicatore: Elaborazione di report di analisi

Risultato atteso: report di analisi

Tempistica: Dicembre 2018

2.5 Riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori

Per l’anno 2015, l’indicatore medio annuo di tempestività dei pagamenti, calcolato ai sensi del DPCM 22 settembre 2014 e s.m.i., ha evidenziato un valore pari a 70,97 giorni, espresso in giorni di latenza di pagamento su base annuale, determinato come somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento, e la data di pagamento ai fornitori, moltiplicata per l’importo dovuto, rapportata alla somme degli importi pagati nel periodo di riferimento.

La Regione ha provveduto nel 2015 a ridurre i tempi di pagamento, in primo luogo attraverso l'adeguamento della normativa regionale in materia. Infatti con il DCA n. U00308/2015 ha introdotto una "*Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie*" per tutte le tipologie di fornitori (fornitori di beni e servizi e soggetti erogatori privati) al fine di uniformare, in via definitiva, le modalità di pagamento ai sensi della normativa vigente, con riferimento a tutti i negozi giuridici che insorgono successivamente alla data di pubblicazione del suddetto decreto (16.07.2015). Con il successivo DCA n.U00523/2015 è stato prorogato e rinnovato l'Accordo Pagamenti sino al 31 dicembre 2017, allineando alle tempistiche di pagamento definite dal DCA U00308/2015 anche le pattuizioni derivanti da negozi giuridici insorti antecedentemente alla data del 16.07.2015, adeguando definitivamente l'Accordo Pagamenti alla normativa vigente in materia di fatturazione elettronica e tempistiche di pagamento.

In secondo luogo, la Regione intende proseguire tale percorso di miglioramento tramite attività finalizzate all'efficientamento delle procedure di liquidazione messe in atto dalle Aziende Sanitarie e alla digitalizzazione dell'intero ciclo passivo, nonché tramite lo snellimento delle procedure amministrative di verifica/controllo della stessa Amministrazione regionale.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Messa a regime del monitoraggio per ciascuna Azienda Sanitaria, delle tempistiche di liquidazione realizzate e dei crediti aperti non certificati al fine di segnalare al Management dell'Azienda stessa, i ritardi rilevati rispetto alle tempistiche definite.

Indicatori: n. report trasmessi per azienda entro la fine del mese successivo a quello di riferimento/12

Risultati attesi: $\geq 90\%$

Tempistica: mensile a partire dal 01/01/2017

■ Implementazione di un'attività volta a segnalare alle Aziende Sanitarie l'imminenza della scadenza delle singole fatture immesse nel sistema pagamenti del SSR, affinché procedano alla lavorazione delle stesse (liquidazione o blocco fatture per motivi ostativi) nei termini previsti dalla normativa vigente

Indicatori: predisposizione monitoraggio

Risultati attesi: relazione su attività di monitoraggio

Tempistica: mensile a partire da aprile 2017

■ La Struttura Commissariale intende avvalersi delle procedure previste dall'art. 12 comma 1 punto 5 del nuovo Patto per la Salute 2014-2016 per poter attivare la procedura di risoluzione contrattuale dei direttori generali in caso di mancato conseguimento dell'allineamento dei tempi di pagamento a quelli della normativa di riferimento.

Indicatori: (1) inserimento della clausola di rispetto delle tempistiche previste dalla legge;(2) tempi di pagamento coerenti con la normativa vigente

Risultato atteso: (1) inserimento della clausola; (2) 60 gg

Tempistica: (1) data di sottoscrizione del contratto; (2) data fine mandato

■ Completamento delle nomina di un responsabile unico della liquidazione (RUL) in tutte le Aziende del SSR

Indicatori: nomine RUL

Risultati attesi: atto di nomina

Tempistica: ottobre 2016

■ Modifica alla "Disciplina uniforme delle modalità di fatturazione e di pagamento dei crediti vantati nei confronti delle Aziende Sanitarie" di cui al DCA U00308/2015: omogeneizzazione delle modalità di fatturazione e pagamento di tutte le Strutture Private Accreditate con il riconoscimento della produzione effettivamente erogata nel corso del mese di riferimento, nei limiti delle risorse assegnate per l'anno di riferimento, prevedendo eventuali recuperi a seguito dei controlli automatici ed esterni sulle prime fatture utili; previa revisione del processo di gestione della voltura del titolo di autorizzazione e di accreditamento.

Indicatori: predisposizione del DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistica: gennaio 2017

■ Dematerializzazione dell'ordine dei prodotti farmaceutici, definendo tracciati standard.

Indicatori: fatturato su ordine digitale/fatturato totale prodotti farmaceutici

Risultati attesi: (1) 30 % (2) 50%

Tempistica: (1) dicembre 2017 (2) dicembre 2018

■ Definizione a livello regionale di un layout unico di fattura elettronica per tipologia assistenziale per le Strutture Private Accreditate prevedendo un contenuto minimo di informazioni che consentano alle Aziende Sanitarie di effettuare le opportune verifiche e controlli, determinando, così, una contrazione dei tempi di liquidazione delle fatture.

Indicatori: Provvedimento per la definizione a livello regionale di un layout unico

Risultati attesi: adozione atto amministrativo

Tempistica: ottobre 2017

■ Ottimizzazione del processo di liquidazione delle prestazioni socio-sanitarie acquistate da privato, attraverso l'armonizzazione delle procedure informatiche di rendicontazione che transitano da SIO, RAD-R, SIAS nonché delle altre prestazioni non raccolte attraverso flussi informativi. Tale attività integrerà le procedure del ciclo passivo previste nei PAC, migliorando la tempestività della liquidazione e riducendo la problematica della gestione delle note di credito.

Indicatori: Predisposizione di procedure operative di dettaglio, ad integrazione delle linee guida amministrativo-contabili in ambito PAC per (1) SIO, RAD-R, SIAS e (2) per le prestazioni di assistenza territoriale.

Risultati attesi: procedure operative di dettaglio

Tempistica: (1) dicembre 2017; (2) giugno 2018

Una valutazione straordinaria del processo di riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori sarà effettuata al 30 giugno 2017 con l'obiettivo di ridurre l'indicatore di tempestività dei pagamenti calcolato ai sensi del DPCM 22 settembre 2014 e s.m.i misurato al I trimestre 2017 e con riferimento al fatturato emesso dopo il 31/12/2015, del 50% rispetto al valore rilevato in occasione del Tavolo di Verifica del 10 novembre 2016 per il III trimestre 2016 (riduzione dell'indicatore a 40 giorni).

2.6 Riduzione dei crediti verso Regione

Con riferimento a quanto richiesto dal Tavolo di Verifica per gli adempimenti del Piano di Rientro, in occasione della riunione del 28 luglio 2016, le seguenti attività sono finalizzate a consentire un più elevato livello dei trasferimenti finanziari da parte della Regione agli Enti del SSR, con contestuale riduzione dei crediti dagli stessi enti esposti nello stato patrimoniale dell'esercizio 2016, rispetto al dato dell'esercizio 2015.

La Regione Lazio, a seguito dell'adozione del sistema accordo pagamenti centralizzati presso la Regione stessa, trasferisce le risorse finanziarie alle aziende sanitarie (sia relative all'acconto quota FSR sia al ripiano perdite) attraverso due modalità:

- direttamente in quote mensili necessarie a far fronte agli oneri in diretta gestione, quali il costo del personale, gli oneri fiscali e contributivi, il pagamento dei fornitori non aderenti all'Accordo pagamenti (circa il 15% dei fornitori totali);
- Indirettamente tramite il pagamento da parte della Regione, in nome e per conto delle aziende sanitarie, delle fatture dei fornitori delle stesse, previa formale attività di liquidazione da parte degli uffici preposti delle aziende (Responsabili Unici della Liquidazione e strutture amministrative deputate).

Considerato il suddetto sistema di trasferimento delle risorse finanziarie, è evidente che i tempi di liquidazione delle fatture non congrui rispetto alla normativa di riferimento, comportino non solo maggiori ritardi nei tempi di pagamento, ma anche minori trasferimenti delle risorse finanziarie da parte di Regione alle aziende stesse (che si traducono in residui passivi sul bilancio regionale). In altri termini, se ad esempio, entro il 31/12 dell'anno di riferimento non si assicura la liquidazione di

tutto il fatturato emesso entro il 31 ottobre dello stesso esercizio, oltre all'impatto sul ritardo nei tempi di pagamento, ne risentiranno anche i trasferimenti finanziari non operati per più di due mensilità, e conseguentemente, a fine esercizio, nello stato patrimoniale delle aziende, sarà rilevata una quota di credito verso la regione superiore rispetto a quella che si sarebbe potuta registrare, garantendo più tempestive liquidazioni e pagamenti. Tanto spiega perché i tempi di liquidazione delle fatture osservati dalle aziende sanitarie incidano direttamente (nel Lazio) sulla capacità stessa della Regione di trasferire a queste ultime la cassa dovuta (una quota importante del FSR, circa 6 mld anno, è infatti trasferita sotto forma di pagamenti in nome e per conto, sulla base, e con la tempistica delle liquidazioni operate dalle aziende).

Al riguardo al 13/07/2016 la Regione ha registrato, tramite i dati presenti in accordo pagamenti, uno stock di fatture per i quali i tempi di pagamento erano scaduti (ossia emesse più di 60 giorni prima) e con status di lavorazione "non liquidato", pari a circa 882,16 mln di Euro, corrispondenti a quasi due mensilità di ritardo, in termini di pagamento dei fornitori del FSR. Se, istantaneamente, quelle fatture si fossero potute considerare liquide ed esigibili, la regione avrebbe potuto trasferire 882,16 mln di cassa per il loro pagamento, riducendo contestualmente, dello stesso importo, il debito verso FSR in termini di residui passivi (ovvero il credito delle AUSL verso regione). Dato il suddetto sistema dei trasferimenti finanziari alle aziende sanitarie, al fine di aumentare l'entità degli stessi da Regione alle aziende, riducendo entro il 31/12/2016, l'entità del loro credito residuo verso la Regione stessa, si intendono percorrere le seguenti linee di attività:

- Riduzione dei tempi di liquidazione (e pagamento) delle fatture passive da parte delle Aziende Sanitarie mediante la drastica riduzione dello stock di fatturato non liquidato, per il quale siano decorsi gli ordinari termini di pagamento (60 gg), presente sulla Piattaforma Accordo Pagamenti e sulla Piattaforma PCC concernente più in generale la "Riduzione dei tempi di pagamento";

Rimodulazione dal mese di settembre 2016, sulla base dei dati consuntivi di costo dell'esercizio 2015, del livello dei trasferimenti finanziari mensili operati in acconto quota FSR alle singole aziende, per il sostenimento delle spese in diretta gestione (oneri del personale, oneri contributivi, imposte, quota fornitori non aderenti all'accordo pagamenti);

- Riduzione del livello dell'anticipazione massima di liquidità accordata alle aziende sanitarie, con contestuale trasferimento alle stesse delle risorse finanziarie necessarie al reintegro dell'esposizione utilizzata, e contestuale riduzione strutturale del livello dell'indebitamento nei confronti dell'istituto tesoriere;

- Reintegro residuale della consistenza della cassa sanitaria entro il 31/12/2016 utilizzando la totalità delle risorse finanziarie al momento presenti sul conto di tesoreria ordinaria della Regione;

- Trasferimento graduale in capo alle aziende sanitarie, progressivamente, ma completamente, delle attività di pagamento di tutti i fornitori del SSR, mantenendo alla Regione soltanto una funzione di controllo sulla regolarità e la tempistica con le quali gli stessi verranno effettuati, utilizzando all'uopo gli strumenti informatici e organizzativi già alla base del funzionamento del sistema Accordo pagamenti;

- Riduzione dei tempi amministrativi di lavorazione dei provvedimenti di spesa, in particolare di quelli inerenti il trasferimento delle risorse finanziarie direttamente alle aziende sanitarie, ovvero mediante il pagamento delle loro fatture di fornitura, attraverso l'attivazione in via sperimentale dell'utilizzo sul sistema SIRIPA del "provvedimento di liquidazione dematerializzato" in sostituzione di quello cartaceo.

Rimodulazione del livello dei trasferimenti finanziari mensili operati in acconto quota FSR alle singole aziende.

In considerazione della definizione del risultato consuntivo 2015, ed in particolare del livello dei costi in diretta gestione delle aziende sanitarie, per lo stesso esercizio, in data 9 agosto 2016 la Direzione Regionale Salute e Politiche sociali, ha comunicato alle aziende sanitarie, con nota prot. 420724/2016, un incremento del valore della rimessa mensile erogata in acconto, pari al +9% rispetto a quella precedente, a partire dalla competenza del mese di settembre 2016.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Incremento della rimessa finanziaria mensile in acconto alle aziende sanitarie, con un incremento del 9% rispetto a quella erogata sino ad agosto 2016;

Indicatori: Riduzione del credito verso Regione e del debito verso fornitori al 31.12.2016

Risultati attesi: riduzione del credito verso di regione rispetto al dato al 31.12.2015 di un valore non inferiore a 600 mln, e riduzione del debito verso fornitori non inferiore al 400 mln. Il Credito verso regione è misurato sul valore dei crediti espressi in Stato Patrimoniale al 31/12/2016 al netto del credito relativo alla manovra fiscale 2017 a copertura del disavanzo 2016

Tempistica: giugno 2017 (SP 2016)

Riduzione del livello dell'anticipazione massima di liquidità accordata.

Nell'esercizio 2016, con nota prot. 28268/GR/11/22 è stato comunicato alle aziende sanitarie e agli istituti tesorieri, il livello massimo dell'anticipazione annua di liquidità consentita, pari, complessivamente, ad Euro 815 mln, comprensiva di Euro 55,624 mln di anticipazioni straordinarie relative a procedure di recupero giudiziario.

Nell'esercizio 2015, il livello massimo delle anticipazioni accordate era stato pari ad Euro 828 mln, ed a chiusura esercizio, al 31/12/2015, il livello del tiraggio finale da parte delle aziende sanitarie era risultato pari ad Euro 553,5 mln (si veda SP al 31/12/2015 – Debito verso istituto tesoriere).

Al fine di conseguire un ulteriore riduzione del livello dell'indebitamento da parte delle Aziende sanitarie, ed una contestuale riduzione dei crediti delle stesse verso Regione, si ritiene opportuno comunicare, entro il mese di ottobre 2016, da parte della Direzione "Salute e politiche sociali" la riduzione del livello massimo di anticipazione annua accordata alle aziende, portandola al minimo possibile, e contestualmente conseguire una progressiva contrazione del livello del tiraggio massimo utilizzato dalle aziende sanitarie, sino all'azzeramento, con il versamento delle risorse finanziarie necessarie a garantire il completo reintegro.

Considerato che le giacenze positive di cassa delle aziende sanitarie, sono usualmente aggredite da procedure coattive di recupero del credito, si ritiene opportuno, a fronte di una capiente disponibilità finanziaria, portare il livello delle anticipazioni al minimo indispensabile a garantire i blocchi in essere.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Riduzione del livello massimo delle anticipazioni annualmente autorizzate alle aziende e agli Istituti Tesorieri da 815 €/mln del 2015 a 390 €/mln e contestuale trasferimento delle risorse finanziarie necessarie al conseguimento, entro il 31/12/2016, di un'utilizzazione massima dell'anticipazione complessivamente non superiore a 100 mln di Euro.

Indicatori: Riduzione del debito v/Istituto Tesoriere al 31.12.2016

Risultati attesi: minor debito al 31/12/2016 rispetto al 31/12/2015 verso tesoriere per circa 400 mln, con un livello dell'anticipazione utilizzata non superiore a 100 mln di Euro.

Tempistica: Entro la presentazione della Stato Patrimoniale 2016

Restituzione alle aziende sanitarie del Lazio delle procedure di pagamento dei fornitori di beni e servizi, compreso l'acquisto delle prestazioni sanitarie da privato accreditato.

In considerazione di quanto già rilevato nelle premesse del presente intervento, al fine di rendere indipendente dalle procedure di liquidazione delle fatture passive delle aziende sanitarie, il livello dei trasferimenti finanziari mensilmente e complessivamente operati dalla Regione alle aziende stesse, si ritiene opportuno restituire progressivamente, a partire dal 2017, la funzione di pagamento alle aziende sanitarie.

Considerato che nel tempo, gli ambiti di pagamento dei fornitori delle aziende sanitarie, che sono stati progressivamente inseriti nell'accordo pagamenti regionale sono risultati i seguenti:

- Fornitori di beni e servizi;
- Farmacie territoriali private convenzionate con il SSR
- Erogatori privati di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, accreditati e contrattualizzati con il SSR;
- Erogatori privati di prestazioni sanitarie – Case di Cura - accreditati e contrattualizzati con il SSR;

– Erogatori privati di prestazioni sanitarie – Policlinici Universitari non statali, Ospedali Classificati, IRCCS Privati

Si ritiene di operare una progressiva restituzione di tali ambiti di pagamento alle aziende sanitarie, partendo da quelli che comportano minori difficoltà gestionali, e proseguendo, per gradi crescenti di complessità.

In tal senso, un Decreto del Commissario ad acta dovrà definire, previa valutazione con le aziende sanitarie coinvolte, tempi e modalità di restituzione delle funzioni di pagamento, fermo restando, che al fine di scongiurare peggioramenti della situazione debitoria complessiva degli enti del SSR, e peggioramenti degli indicatori di tempestività dei pagamenti, la Regione manterrà presso gli uffici oggi incaricati anche del pagamento, la funzione di puntuale monitoraggio e controllo, utilizzando gli strumenti informatici e organizzativi, nonché le risorse umane, oggi impiegate nella funzionalità del sistema accordo pagamenti.

La misura risulta opportuna, anche al fine di restituire una maggiore autonomia alle aziende sanitarie, reintegrando la loro piena responsabilità nella gestione dei pagamenti dei propri fornitori, e nel conseguimento delle *performances* richieste dalla normativa di riferimento, sia in tema di riduzione dei tempi di pagamento, che di contrazione dello stock di indebitamento annualmente conseguito.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Adozione di un Decreto del Commissario, concernente la graduale restituzione alle aziende sanitarie della funzione di pagamento dei propri fornitori.

Indicatore: predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: Adozione atto amministrativo

Tempistica: febbraio 2017

2.7 Sistemazione contabile del Fondo di dotazione

Il fondo di dotazione è stato rilevato dalle Aziende del SSR nel primo bilancio redatto in contabilità economico-patrimoniale nell'anno 2000, a seguito della circolare regionale prot. n. 1875 del 25.05.2001, ed ha subito una serie di variazioni nel corso degli anni: nello Stato Patrimoniale 2015 del consolidato del SSR esso ammonta a - **1.005,4 €/mln** come mostrato nella tabella sotto riportata:

Fondo di Dotazione al 01.01.2016

Il fondo di dotazione iniziale delle Aziende, così come richiesto nelle linee guida per la predisposizione del bilancio d'esercizio 2000 (nota prot. n. 1875 del 25.05.2001), corrisponde "*alla differenza algebrica tra l'Attivo e il Passivo patrimoniale al netto dei contributi in c/capitale*".

Inoltre, nella medesima nota, in considerazione degli esiti dell'analisi dei bilanci di esercizio 1999 dalla quale erano emersi comportamenti difforni da parte delle aziende nella ricostruzione delle singole voci del Patrimonio Netto, era stato richiesto alle Aziende di utilizzare il Fondo di Dotazione con riferimento a:

Perdite di esercizi precedenti, per evitare l'inserimento in Patrimonio Netto di poste derivanti dalla contabilità finanziaria;

Contributi in c/capitale, per agevolare il procedimento di sterilizzazione degli ammortamenti su tutti i beni a disposizione dell'azienda al momento dell'avvio della contabilità economico-patrimoniale.

In merito al Fondo di dotazione negativo, la Regione ha effettuato ulteriori approfondimenti, anche in relazione alla ricognizione economico patrimoniale pregressa relativa agli anni 2001-2011, dalla quale è emerso, come riportato nel verbale del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali del 12 febbraio 2014, quanto segue:

Con riferimento al periodo 2001-2005, la cui situazione del SSR fino al 31/12/2005 è stata oggetto di specifico intervento di ricognizione e certificazione nell'ambito del Piano di rientro, è emerso che i debiti 2005 e ante contabilizzati dalle Aziende sanitarie non necessitano di ulteriori coperture regionali di competenza;

□□ Con riferimento al periodo 2006-2011, considerando la ricapitalizzazione effettuata sulle aziende a seguito dell'accesso al prestito di cui al DL 35/2013, pari a 396,265 €/mln, si è rilevato un eccesso di coperture di competenza pari a 207,376 €/mln, utilizzati dalla Regione per il pagamento di fatture certe liquide ed esigibili al 31/12/2012.

Come si evince dalla tabella sopra riportata, alla data del 01.01.2016 il fondo di dotazione è **negativo in 10 Aziende su 18**, per un importo complessivo pari a **- 1.213,9 €/mln**

La metodologia che la Regione intende porre in essere è articolata nelle seguenti fasi:

□□ Confronto dei crediti verso Regione per finanziamenti per investimenti iscritti nei bilanci delle Aziende al 31.12.2015 con gli atti formali di assegnazione dei contributi in c/capitale, al netto dei pagamenti effettuati dalla Regione

□□ Ricostruzione delle iscrizioni e delle movimentazioni dei Finanziamenti per investimenti iscritti nei bilanci delle Aziende al 31.12.2015

□□ Approfondimento delle iscrizioni e delle movimentazioni delle immobilizzazioni (materiali e immateriali) e dei relativi ammortamenti/sterilizzazioni

□□ Approfondimenti dei crediti e dei debiti

La Regione intende individuare una o più Aziende pilota, nelle quali porre in essere le attività sopra elencate. Parallelamente, in considerazione dei processi di accorpamento delle Aziende che hanno portato alla costituzione delle ASL RM1 e RM2, la Regione monitorerà le procedure adottate dalle costituente aziende per la redazione dello Stato Patrimoniale di apertura al 01.01.2016.

Un volta esaminati i fenomeni che hanno interessato le voci sopra descritte, la Regione darà indicazioni alle Aziende interessate in merito alla ricapitalizzazione del fondo di dotazione.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Applicazione della metodologia di sistemazione del Fondo di Dotazione nelle Aziende “pilota”

Indicatore: predisposizione del documento di sintesi

Risultato atteso: Adozione atto amministrativo

Tempistica: Febbraio 2017

■ Predisposizione di una circolare regionale destinata alle Aziende “pilota” contenente le indicazioni contabili per la sistemazione del fondo di dotazione.

Indicatore: predisposizione provvedimento regionale

Risultato atteso: Adozione atto amministrativo

Tempistica: Marzo 2017

■ Applicazione della metodologia di sistemazione del Fondo di Dotazione nelle restanti Aziende

Indicatore: predisposizione del documento di sintesi

Risultato atteso: Adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2017

Valutazione straordinaria del percorso di sistemazione contabile del fondo di dotazione al 30 giugno 2017, con l'attuazione delle metodologia proposta in almeno due delle aziende sanitarie interessate

2.8 Ricognizione dei crediti e dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende

La Regione intende portare a termine l'attività di ricognizione e verifica dell'esigibilità dei crediti iscritti dalle Aziende Sanitarie, avviata con la nota prot. n. 561621/2015, che ha richiesto alle Aziende un'attività di ricognizione e verifica dei crediti iscritti negli Stati Patrimoniali al 31.12.2014. In particolare è stato richiesto alle Aziende di analizzare la documentazione a supporto del credito iscritto nei bilanci, classificando gli importi come “sussistenti” o “insussistenti” in relazione a quanto appurato a seguito delle verifiche richieste. Inoltre, con la medesima nota, è stato richiesto alle Aziende la ricognizione delle note di credito da ricevere, verificando l'ammontare degli importi richiesti in relazione al soggetto debitore e l'esigibilità degli stessi, con evidenza di richieste di note di credito da ricevere oggetto di contenzioso.

Nel corso del 2015 è stata effettuata un'attività di riconciliazione con i residui passivi iscritti nel bilancio regionale ed è stato emanato il DCA 182/2016 che ha individuato anche le operazioni di riallineamento da effettuare nei singoli bilanci delle Aziende.

A completamento di quanto sopra, verrà richiesto alle singole Aziende Sanitarie di effettuare l'attività di circolarizzazione dei crediti e dei debiti al 31/12/2016, con la supervisione dei Collegi Sindacali. Tale attività potrebbe portare alla risoluzione (almeno parziale) delle problematiche inerenti l'errata rappresentazione nei bilanci del fondo di dotazione negativo delle Aziende.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Predisposizione di una nota metodologica contenente le indicazioni per la circolarizzazione dei crediti e dei debiti delle Aziende Sanitarie al 31.12.2016.

Indicatori: predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

■ Ricognizione e analisi degli esiti della circolarizzazione dei crediti e debiti effettuata dalle Aziende Sanitarie, al fine di verificare l'esigibilità dei crediti e la sussistenza dei debiti iscritti negli Stati Patrimoniali delle Aziende.

Indicatore: predisposizione di un documento di sintesi riportante l'esito della ricognizione effettuata

Risultato atteso: adozione documento di sintesi

Tempistica: maggio 2017

■ Trasmissione alle Aziende delle linee guida contabili per il recepimento nei bilanci di esercizio 2016 delle risultanze della ricognizione dei crediti e dei debiti.

Indicatore: predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

3 Politiche del personale

Nell'ambito della nuova fase triennale di programmazione delle politiche gestionali del personale, la Regione, con il DCA n. U00156/2016, ha approvato il nuovo sistema di autorizzazione e controllo delle assunzioni di personale che, nel superare il precedente sistema della deroga parziale al blocco del turn over, individua nella definizione e attribuzione del **budget assunzionale aziendale** il nuovo sistema di reclutamento del personale, assicurando il rispetto delle **disposizioni normative vigenti**, tra cui in particolare l'art. 2, comma 71, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i. che prevede il vincolo dell'1,4% del costo 2004, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente al 2004.

Nel corso del triennio 2016-2018 troverà attuazione anche quanto previsto dal DCA n. U00539 del 12 novembre 2015 recante *“Interventi in materia di personale – percentuale derogabile al blocco del turn over per gli anni 2016 -2018.Linee guida in merito alle procedure concorsuali riservate per l'assunzione presso gli Enti del SSR in attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 marzo 2015 emanato ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legge 31 agosto 2013 n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013 n. 125”* così come modificato dal successivo DCA n. U00154 del 12 maggio 2016.

Con tali atti sono state emanate apposite disposizioni inerenti la **stabilizzazione del personale “precario”**, ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 06 marzo 2015, in coerenza con la struttura organizzativa aziendale, nel rispetto della rete assistenziale e degli obiettivi del piano di rientro, tenendo conto della nuova modalità di definizione del **budget assunzionale** prevista dal DCA n. U00156 del 12 maggio 2016 recante *“Assunzione di personale per le Aziende e gli Enti del SSR- approvazione delle nuove modalità del sistema di autorizzazione e controllo”*.

Gli atti relativi alla stabilizzazione del personale sono finalizzati anche a consentire un graduale adeguamento a quanto disposto dall'**art. 9 comma 28 del decreto legge 78/2010**.

Infine, sempre nell'ambito delle politiche del personale, la Regione ha già avviato quanto previsto dalla Legge di Stabilità per l'anno 2016, in particolare al comma 541 dell'art.1, che prevede che le regioni sottoposte a piano di rientro predispongano un **piano concernente il fabbisogno di personale** risultante da una più efficiente allocazione delle risorse umane tale da garantire il rispetto delle disposizioni europee in materia di orario di lavoro.

La Regione ha trasmesso tale piano agli organismi individuati dal medesimo comma 541 ed è, ad oggi, in attesa dell'esito di tale valutazione, propedeutica – come previsto dal comma 543 dell'art.1 - all'indizione delle procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di “*personale medico, tecnico-professionale e infermieristico*”, necessarie per fare fronte alle esigenze assunzionali, in relazione alle valutazioni operate dalla Regione sul Piano del fabbisogno del personale.

In considerazione, tuttavia, del vincolo temporale del 31.12.2016, che attiene sia all'indizione dei concorsi delle procedure concorsuali sopra richiamate, sia al limite per l'utilizzo dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa così come previsto dal D.lgs. 81/2015, sia alla prevista scadenza della proroga della validità delle graduatorie di concorsi pubblici, si impone la necessità di una attenta pianificazione delle procedure concorsuali straordinarie ex lege n. 208/2015 anche al fine di garantire le necessarie unità di personale per il rispetto della normativa europea in materia di orario di lavoro, dando anche applicazione della riserva dei posti disponibili a favore del “*personale medico, tecnico-professionale e infermieristico*” avente i requisiti previsti dalla norma, nella misura massima del 50%.

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

- superare la logica “emergenziale” nella gestione delle carenze di organico, intraprendendo una programmazione triennale del fabbisogno di personale del SSR;
- implementare una nuova modalità di gestione e individuazione della facoltà assunzionali per le Aziende del SSR;
- regolamentare e superare le criticità legate al fenomeno “stabilizzazione indiretta” di personale a tempo determinato già in servizio nel SSR;
- ridurre il ricorso alle prestazioni aggiuntive e alle consulenze;
- proseguire il monitoraggio della gestione dei fondi contrattuali, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente.

Per la valorizzazione della manovra derivante dalle azioni previste nel presente intervento, si rinvia al par. 14.3.

3.1 Programmazione triennale del fabbisogno di personale del SSR

Come evidenziato in premessa, il DCA n. U00156/2016 ha introdotto il sistema del **budget assunzionale aziendale** per il reclutamento del personale.

Il budget, nel suo valore complessivo, è destinato sia alle **nuove assunzioni di personale**, secondo le modalità indicate nel citato DCA n. U00156/2016, sia alle “**stabilizzazioni**” di personale di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 marzo 2015 e ai Decreti del Commissario ad Acta n. U00539/2015 e n. U000154/2016, tenendo conto del DCA n. U00238/2016, recante “*Disposizioni inerenti l'applicazione dell'art. 1 comma 543 della Legge n.208 del 28 dicembre 2015*”.

Il valore di ciascun budget aziendale complessivo è determinato nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del SSR, degli obiettivi del Piano di Rientro, della nuova rete dell'assistenza, nonché dell'art. 2, comma 71, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i., nonché delle disposizioni statali, regionali e commissariali in materia di organizzazione e di personale del SSR.

Il budget annuale si inserisce nella più ampia cornice economico-finanziaria dei **Piani Assunzionali Triennali**, costituiti dai singoli Piani Assunzionali Annuali e da un riepilogo complessivo, e redatti in coerenza con i parametri di cui alle Linee Guida regionali per la determinazione delle dotazioni organiche e con le disposizioni previste dalla Legge n. 161 del 30 ottobre 2014 in materia di organizzazione dell'orario di lavoro del personale del servizio sanitario nazionale.

I Piani Assunzionali Triennali, inoltre, potranno subire modifiche e/o integrazioni a seguito di ulteriori indicazioni ministeriali relative ai criteri di determinazione del fabbisogno di personale, che attualmente risultano in corso di predisposizione, sia delle ulteriori previsioni contenute nei Piani di Rientro aziendali, previsti dall'art.1, comma 528, della Legge di Stabilità 2016.

I Piani Assunzionali Triennali terranno anche conto delle eventuali azioni di risparmio poste in essere dalle aziende per la riduzione dei costi sostenuti per sopperire ad eventuali carenze di

personale (Prestazioni Aggiuntive; Consulenze Sanitarie e Consulenze non Sanitarie; Altri Servizi Sanitari e Non Sanitari da Privato).

Ogni eventuale modifica ai Piani assunzionali, adeguatamente motivata da specifiche esigenze aziendali, è subordinata alla preventiva autorizzazione da parte della Regione.

In particolare, i passaggi procedurali riferiti alle **nuove assunzioni** e al **percorso di stabilizzazione** (ex DPCM 6 marzo 2015) sono:

■ Le Aziende trasmettono il Piano assunzionale e il Piano delle Stabilizzazioni a valenza triennale fino al 2018. Il piano assunzionale comprende anche le procedure concorsuali straordinarie di cui all'art. 1 comma 543 della L.208/2015, con la previsione della riserva dei posti disponibili a favore del "*personale medico, tecnico-professionale e infermieristico*" avente i requisiti previsti dalla norma, nella misura massima del 50%.

■ La Regione valuta i suddetti piani di ciascuna azienda, al fine di verificarne la coerenza con la struttura organizzativa aziendale, nel rispetto della rete assistenziale, degli obiettivi del Piano di Rientro e dell'equilibrio economico – finanziario del SSR.

■ Successivamente alla valutazione regionale, la Regione e le Aziende concordano il definitivo piano triennale delle assunzioni e delle stabilizzazioni e i relativi budget annuali, come previsto nel DCA 156/2016.

■ Successivamente alla approvazione del budget annuale e dei piani triennali, mediante apposito DCA, saranno emanati i decreti autorizzativi delle procedure concorsuali straordinarie, di cui all'art.1, comma 543, della L.208/2015, e delle procedure di stabilizzazione ex DPCM 6 marzo 2015 (DCA n. U00539/2015 e DCA 154/2016).

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Approvazione del budget assunzionale 2016 per ciascuna Azienda, del Piano delle assunzioni e del Piano delle stabilizzazioni.

Indicatore: predisposizione del DCA

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2016

■ Approvazione dei Decreti commissariali di autorizzazione all'indizione delle procedure di selezione riservate al personale di cui al DPCM del 6 marzo 2015- procedure di stabilizzazione e delle procedure concorsuali straordinarie, di cui all'art.1, comma 543, della L.208/2015.

Indicatore: predisposizione del DCA

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2016

■ Approvazione dei budget assunzionali annuali 2017 e 2018

Indicatore: (1) Budget assunzionali concordati/ Totale Aziende (2) Emanazione del DCA di approvazione dei budget assunzionali

Risultato atteso: (1) 100%; (2) adozione atto amministrativo

Tempistica: (1) febbraio 2017/febbraio 2018; (2) marzo 2017/marzo 2018

■ Approvazione dei Decreti commissariali di autorizzazione all'indizione delle procedure di selezione riservate al personale, di cui al DPCM del 6 marzo 2015- procedure di stabilizzazione, ed eventuali procedure concorsuali ordinarie.

Indicatore: predisposizione del DCA

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: settembre 2017/settembre 2018

3.2 Prosecuzione del monitoraggio della gestione dei fondi contrattuali

In attuazione di quanto previsto dalla legge di stabilità per l'anno 2016, la Regione, nel triennio 2016-2018, monitora la gestione dei fondi contrattuali e la corretta determinazione degli stessi, atteso che a decorrere **dal 1° gennaio 2016**, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche **non può superare** il corrispondente importo determinato per **l'anno 2015** e sarà, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del

personale in servizio, tenendo conto del personale “assumibile” ai sensi della normativa vigente richiamata nel precedente paragrafo.

A tal fine la Regione, dopo aver acquisito le informazioni da parte delle singole Aziende, procede al monitoraggio della consistenza dei fondi e dei corrispondenti utilizzi, nonché all’adozione del relativo DCA.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Monitoraggio della consistenza dei fondi contrattuali al 31.12

Indicatore: Emanazione DCA

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2016/Settembre 2017/Settembre 2018

3.3 Riduzione del ricorso alle esternalizzazioni delle prestazioni aggiuntive e alle consulenze

La Regione, in considerazione delle nuove assunzioni di personale, intende ridurre il ricorso, da parte delle Aziende, alle consulenze e alle prestazioni aggiuntive.

In particolare, per quanto attiene alle **consulenze**, la Regione intende emanare ulteriori linee guida rispetto a quelle già predisposte con la precedente circolare prot. n. 414626 GR/11/23 del 18 luglio 2014, al fine di individuare dettagliatamente gli ambiti di conferimento delle consulenze, sanitarie e non sanitarie, in base a specifiche esigenze non colmate con le nuove modalità assunzionali.

Le nuove linee guida forniranno modalità operative anche in ordine al ricorso alle prestazioni aggiuntive effettuate da parte del personale avente titolo.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Riduzione del ricorso a consulenze e prestazioni aggiuntive

Indicatore: Spesa rilevata nel 2018 – Spesa rilevata nel 2015

Risultato atteso: Minore di 0

Tempistica: Giugno dell’anno successivo a quello di riferimento

4 Approvvigionamento Beni & Servizi

NB

Si fa rinvio alla lettura integrale del testo

5 Iniziative per la promozione dell’appropriatezza dell’uso del farmaco e dei dispositivi medici

Gli interventi previsti nell’ambito delle iniziative per la promozione dell’appropriatezza dell’uso del farmaco e dei dispositivi medici sono finalizzati alla razionalizzazione della spesa, nel rispetto dei tetti previsti dalla normativa vigente, seppur in un contesto caratterizzato dall’introduzione di terapie sempre più innovative e ad alto costo.

Per quanto riguarda l’**ambito territoriale**, si intende intervenire da un lato sulla farmaceutica convenzionata, per l’allineamento della spesa media pro capite al valore medio nazionale, dall’altro sulla spesa diretta per il miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva e per un maggiore ricorso all’utilizzo di farmaci biosimilari. Per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera, le azioni sono finalizzate ad una maggiore appropriatezza nella somministrazione dei farmaci ad alto costo, anche in previsione dell’introduzione di farmaci altamente innovativi in campo oncologico e delle malattie rare. Per i dispositivi medici, sono individuate azioni per il contenimento della spesa, favorendo meccanismi di acquisto competitivo, uso appropriato e azioni volte al monitoraggio dei consumi in relazione alla tipologia di prestazioni erogate.

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

- Razionalizzazione della spesa farmaceutica
- Monitoraggio dell’uso dei farmaci innovativi territoriali
- Appropriatezza e razionalizzazione dell’uso di farmaci per HIV
- Razionalizzazione e monitoraggio della spesa per i dispositivi medici

Per la valorizzazione della manovra derivante dalle azioni previste nel presente intervento, si rinvia al par. 14.3

5.1 Razionalizzazione della spesa farmaceutica

Nell'ambito della farmaceutica territoriale la Regione intende proseguire nel percorso di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva avviato con il DCA n. 71/2012 ed aggiornato con i successivi DCA n. 156/2014 e DCA n. 480/2015, volto ad allineare il consumo netto pro-capite della Regione Lazio ai valori *benchmark* nazionali, anche in funzione delle ultime scadenze brevettuali previste.

Nell'ambito della farmaceutica ospedaliera, i biologici rientrano tra i farmaci che hanno fatto registrare nell'arco degli anni un consistente aumento di spesa sia per l'ampliamento dell'uso terapeutico sia per l'introduzione in commercio di nuovi principi attivi. Con il DCA n. 73/2009, la Regione ha formalizzato i centri e le strutture specialistiche autorizzate alla prescrizione dei farmaci biologici e ha individuato i percorsi terapeutici per l'uso di tali farmaci. In considerazione dell'entrata in commercio di nuovi farmaci biosimilari, la Regione intende ridefinire i Percorsi Terapeutici Regionali al fine di giungere, garantendo pari livelli di sicurezza ed efficacia terapeutica, ad un utilizzo ottimale dei farmaci biosimilari a partire dalle seguenti patologie: a) artrite reumatoide; b) psoriasi; c) malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI).

Un'ulteriore categoria di farmaci che ha generato un aumento della spesa farmaceutica in distribuzione diretta ed in somministrazione in trattamento è quella dei farmaci oncologici. La Regione provvederà alla formalizzazione di Percorsi Terapeutici Regionali per l'utilizzo appropriato di alcune classi di farmaci oncologici e alla razionalizzazione della spesa collegata, indicando le modalità di monitoraggio e valutazione.

In considerazione dell'incremento della spesa determinata dall'entrata in commercio di farmaci innovativi e di farmaci ad alto costo, la Regione intende individuare una metodologia per il contenimento della spesa dei farmaci gestiti in File F. Tale azione dovrà garantire la somministrazione di trattamenti terapeutici innovativi, consentendo di definire una programmazione di spesa, considerando l'impatto economico derivante sia dall'entrata in commercio di nuovi farmaci sia dalle scadenze delle coperture brevettuali.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Predisposizione di un provvedimento regionale avente ad oggetto l'aggiornamento dell'obiettivo regionale di spesa netta pro-capite per la farmaceutica convenzionata e dei relativi indicatori per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva.

Indicatore: (1) predisposizione provvedimento regionale; (2) $(\text{spesa convenzionata anno } x - \text{spesa convenzionata 2015}) / \text{spesa convenzionata 2015}$

Risultato atteso: (1) SI; (2) - 3% annuo; - 9% triennio

Tempistica: (1) dicembre 2016; (2) Consuntivo 2016, 2017 e 2018

■ Predisposizione di un provvedimento regionale avente ad oggetto la ridefinizione dei Percorsi Terapeutici per l'utilizzo di farmaci biologici e biosimilari per il trattamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) e relativi indicatori d'uso.

Indicatore: (1) predisposizione provvedimento regionale; (2) numero pazienti naive trattati con biosimilare / totale pazienti naive

Risultato atteso: (1) adozione atto amministrativo; (2) 50% nel 2017 e 90% nel 2018

Tempistica: (1) marzo 2017; (2) dicembre 2017; dicembre 2018

■ Predisposizione di un provvedimento regionale avente ad oggetto la ridefinizione dei Percorsi Terapeutici per l'uso di farmaci biologici e biosimilari per il trattamento della psoriasi e dell'artrite reumatoide.

Indicatore: (1) predisposizione provvedimento regionale; (2) numero pazienti naive trattati con biosimilare / totale pazienti naive

Risultato atteso: (1) adozione atto amministrativo; (2) 50% nel 2017 e 90% nel 2018

Tempistica: (1) marzo 2017; (2) dicembre 2017; dicembre 2018

■ Predisposizione di un provvedimento regionale per la formalizzazione dei Percorsi Terapeutici, in relazione alla rete oncologica regionale mammella e polmone per la razionalizzazione d'uso di farmaci oncologici.

Indicatore: predisposizione provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

■ Elaborazione di un modello di valutazione del fabbisogno effettivo dei farmaci File F per singola struttura pubblica e privata, al fine di quantificare e razionalizzare la spesa per tale tipologia di farmaci.

Indicatore: predisposizione circolare di indirizzo

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: entro marzo di ciascun anno

■ Procedure per l'acquisto e la gestione dei farmaci in Distribuzione per Conto (DPC).

Indicatore: (Spesa per Farmaci DPC anno n – spesa per Farmaci DPC 2015) / spesa per Farmaci DPC 2015

Risultato atteso: - 8% annuo

Tempistica: dicembre 2017 e dicembre 2018

5.2 Monitoraggio dell'uso di farmaci innovativi territoriali

Nel corso dell'anno 2015 sono entrati in commercio nuovi farmaci territoriali innovativi per la cura dell'HCV. L'elevato costo della terapia ha comportato la negoziazione con le aziende farmaceutiche produttrici di un meccanismo di *payback* correlato al numero dei pazienti trattati. L'IRCCS "L. Spallanzani" è stato individuato come Ente capofila per l'acquisto dei farmaci per il trattamento dell'HCV e provvede a distribuire le terapie agli ulteriori centri erogatori.

Con la finalità di ottenere una più tempestiva rendicontazione dei trattamenti, è stata avviata l'implementazione di un nuovo sistema informatico che permetta di tracciare e monitorare gli ordini ed i consumi in tempo reale. L'attuale sistema, che raccoglie informazioni prevalentemente dal punto di vista clinico, ha tracciato i dati relativi alle prescrizioni dell'anno 2015. Sulla base delle informazioni raccolte, il gruppo di lavoro per i farmaci HCV, produrrà, in collaborazione con l'IRCCS "L. Spallanzani", un documento di indirizzo prescrittivo, comprensivo di indicatori di monitoraggio e modalità di valutazione.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Produzione di un documento di indirizzo per l'appropriatezza d'uso dei farmaci per il trattamento dell'HCV.

Indicatore: predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: febbraio 2017

5.3 Appropriatezza e razionalizzazione dell'uso di farmaci per HIV

Con il DCA n. U00002/2014 la Regione ha approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Regionale sulla terapia antiretrovirale II Edizione. Il provvedimento ha previsto la diffusione e l'applicazione del protocollo tra tutti gli operatori sanitari e la sua implementazione nelle strutture sanitarie regionali nonché l'avvio del monitoraggio di quanto previsto.

L'azione programmata consiste nell'aggiornamento del documento delle Linee di Indirizzo, finalizzato alla razionalizzazione dell'uso dei farmaci per la terapia antiretrovirale HIV in considerazione dei più recenti sviluppi terapeutici.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Aggiornamento delle Linee di Indirizzo da parte del già costituito Gruppo di Lavoro per i farmaci HIV.

Indicatore: predisposizione provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: febbraio 2017

5.4 Razionalizzazione e monitoraggio della spesa per i dispositivi medici

Sistema di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici correlati alla tipologia di prestazione

La Regione intende definire obiettivi di spesa per i dispositivi medici distinti per singola Azienda e basati su indicatori che tengano conto della tipologia di produzione erogata. Si procederà pertanto ad indentificare le prestazioni ospedaliere alto spendenti in termini di dispositivi medici. Sulla base

dell'associazione tra dispositivi medici e tipologia di prestazioni ospedaliere, si suddivideranno le Aziende in *cluster* a cui far corrispondere differenti *target* di spesa a cui tendere. Con la finalità di intercettare eventuali scostamenti, la verifica degli obiettivi di spesa identificati avverrà, in coerenza con le tempistiche di presentazione dei CE e sulla base della disponibilità dei dati di produzione.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Elaborazione di un modello di valutazione della spesa per dispositivi medici in funzione della tipologia della produzione erogata e condivisione degli obiettivi di riduzione della spesa con le Aziende Sanitarie.

Indicatore: (1) predisposizione del modello; (2) spesa DM anno n/FSR anno n

Risultato atteso: (1) adozione del modello di valutazione; (2) $\leq 4,4\%$

Tempistica: (1) giugno 2017; (2) Consuntivo 2017 e Consuntivo 2018

Ulteriori azioni di monitoraggio

Ai fini di un corretto monitoraggio dell'utilizzo dei dispositivi medici, la Regione intende provvedere alla definizione di un'Anagrafica Unica Regionale e di una procedura regionale per la gestione del conto deposito e del conto visione.

L'omogeneizzazione delle anagrafiche degli Enti del SSR attraverso la definizione di un'Anagrafica Unica Regionale per beni e servizi costituisce un presupposto fondamentale per il completamento del percorso di dematerializzazione del ciclo passivo, per la razionalizzazione della spesa sanitaria per beni e servizi e per l'implementazione di un efficace sistema di contabilità analitica degli Enti del SSR.

Pertanto la Regione, in considerazione dell'elevato impatto sulla spesa sanitaria regionale, intende procedere all'implementazione dell'Anagrafica Unica Regionale per i Dispositivi Medici, in analogia a quanto già avvenuto per i farmaci con il rilascio dell'Anagrafica Regionale del Farmaco (Determinazione n. G15672/2015).

La gran parte della spesa per dispositivi medici è gestita tramite conto deposito e conto visione. Poiché tale modalità di gestione permette un monitoraggio solo a valle del processo di consumo, rendendo complesse le modalità di controllo di tali fattori produttivi da parte delle Aziende Sanitarie, la Regione intende intervenire definendo una procedura regionale per la gestione dei dispositivi medici in conto deposito e conto visione.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Predisposizione di un atto regionale di rilascio dell'Anagrafica Unica Regionale dei Dispositivi Medici, implementazione e manutenzione.

Indicatore: predisposizione provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: ottobre 2017

■ Predisposizione di un atto contenente le linee guida regionali per la gestione dei dispositivi medici in conto deposito e in conto visione.

Indicatore: predisposizione provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2016

6 Patrimonio immobiliare e tecnologico

NB

Si fa rinvio alla lettura integrale del testo

7 Sistemi Informativi

Il ruolo strategico dei sistemi informativi sanitari e, più in generale, della sanità elettronica, è lo strumento per assicurare ai cittadini trattamenti efficaci ed appropriati in tempi adeguati alle loro condizioni di salute, garantendo in tal modo il perseguimento dei Livelli Essenziali di Assistenza e per monitorare le attività svolte dalle diverse articolazioni e ai diversi livelli del SSR ponendole in rapporto sia con le risorse impiegate per la loro realizzazione che con gli esiti di salute prodotti.

La Regione Lazio ha avviato già da alcuni anni un progetto di forte integrazione tra i diversi sistemi informativi che ha al centro l'Anagrafe Sanitaria Unica Regionale (ASUR) costantemente allineata con il MEF nell'ambito del progetto Tessera Sanitaria.

Nel triennio 2013-2015 tale progetto si è sviluppato attraverso la realizzazione di diversi sottosistemi, di alcuni dei quali è già stato avviato l'esercizio:

- Digitalizzazione e distribuzione via internet dei referti di laboratorio (Lazio Escape, in produzione in tutte le ASL)
- Cartella clinica ambulatoriale (SISMED, in produzione in 12 aziende sanitarie)
- Sistema Informativo dell'Assistenza Territoriale (SIAT, in produzione in 4 ASL)
- Sistema di accoglienza regionale della ricetta dematerializzata (SAR, in produzione in tutte le aziende limitatamente alle prescrizioni farmaceutiche)
- Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO-XL)

Nel triennio 2016-2018, oltre a completare la messa in esercizio dei suddetti sottosistemi per l'interezza delle loro funzionalità, la Regione intende completare il progetto di integrazione attraverso la realizzazione (o l'adeguamento) e l'avvio in esercizio dei sottosistemi relativi a:

- emergenza sanitaria (118 e DEA/PS)
- sistema trasfusionale
- sistema regionale unico di prenotazione (ReCUP)
- screening oncologici
- attività dei Dipartimenti di Prevenzione

Contestualmente, si provvederà ad adeguare i sistemi rispetto a quanto previsto nel piano di evoluzione dei flussi NSIS.

Nel triennio 2016-2018 s'intende attivare i seguenti progetti ad impatto diretto sui cittadini:

- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- **Distribuzione elettronica referti radiologici** integrata nel portale consegna esami di laboratorio; la normativa Nazionale ed Europea in tema di dematerializzazione e conservazione a norma prevede infatti l'adozione, per i sistemi digitali in uso presso pubbliche amministrazioni, di idonei strumenti di conservazione e di continuità operativa; tali indicazioni, ribadite anche nel recente Codice dell'Amministrazione Digitale, assumono un valore ancora più vincolante in caso di documentazione digitale di carattere sanitaria. La Regione Lazio ha potuto constatare, da un'analisi svolta presso le principali strutture pubbliche sanitarie, che in tema di esami diagnostici di radiologia, tutte le strutture si siano dotate di sistemi di refertazione informatizzata e di visualizzazione digitale delle immagini [Sistemi RIS/PACS], ma nessuna ASL fornisce la possibilità di consegna informatizzata attraverso strumenti online dei referti e delle relative immagini prodotte dalla Radiologia. Per tali motivi, dopo un attento studio delle possibilità tecniche e delle singole realtà esistenti, si è scelto di realizzare un RIS PACS unico di carattere Regionale che, in attuazione delle normative di dematerializzazione dei documenti, colleghi tra loro i vari RIS PACS Aziendali della singole ASL in un ambiente di carattere Regionale con relativo sistema di conservazione a norma dei referti prodotti e di disaster recovery, integrato con il portale referti di laboratorio di Regione Lazio in termini di credenziali
- Sistema integrato basato sulla cooperazione applicativa per la riduzione delle liste attese
- Pagamenti Elettronici;
- Ricetta dematerializzata;
- **Sistema Amministrativo contabile unico**; per rendere maggiormente efficace la capacità di programmazione e controllo economico-finanziario della Regione nei confronti delle Aziende sanitarie pubbliche è necessaria l'introduzione di un sistema informativo contabile unico regionale, che standardizzi processi, procedure e modalità operative, rendendo pienamente operativo quanto previsto dal d.lgs 118/2011, e che permetta la rapida definizione di criteri omogenei per la redazione dei documenti contabili annuali e trimestrali, l'uniforme applicazione di criteri per la tenuta della contabilità analitica e la predisposizione per ogni azienda dei regolamenti relativi sia al ciclo attivo che passivo. Gli interventi previsti nell'ambito del progetto "Miglioramento della

qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni” rispondono pertanto all’esigenza della Regione di disporre di dati contabili attendibili, da realizzarsi mediante l’aggiornamento delle procedure amministrativo-contabili che prevedano una chiara identificazione di ruoli e responsabilità all’interno delle Aziende e l’implementazione di un efficace sistema dei controlli interni. Tali azioni appaiono propedeutiche al raggiungimento degli standard previsti nei Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC), di cui al DM 1° marzo 2013, nonché allo sviluppo di strumenti per l’analisi e il confronto dei dati contabili, anche a livello di singolo centro di costo. Nel percorso di avvicinamento al Sistema Informativo Contabile unico regionale si ritiene indispensabile percorrere una strada che preveda un primo sistema “middleware” di interfacciamento dei sistemi amministrativi contabili delle singole Aziende Sanitarie, che consenta in un range temporale di breve termine una omogeneizzazione dei criteri per i documenti contabili annuali e trimestrali ed una prima attuazione di una contabilità analitica unica Regionale, attraverso l’adozione di appositi indicatori sul sistema. La soluzione a medio/lungo termine non potrà poi che essere l’adozione di un sistema amministrativo contabile unico regionale che colleghi tra loro le contabilità delle singole aziende Sanitarie in una logica Multi-Azienda Regione – AASSLL, AAOO, IRCSS

■ Sistema Informativo Integrato Dipartimenti di Prevenzione Collettiva (SIP):

- 1) Notifica alla ASL dell’apertura Cantieri (cittadino/professionista)
- 2) Gestione Programmi di Screening (inviti, solleciti, risposte, followup)
- 3) Piano vaccinazioni obbligatorie

■ Gestione dell’Assistenza protesica (già in esercizio su 3 asl);

■ Telemed (attualmente in sperimentazione nella Asl di Viterbo);

■ Nuovo sistema ReCUP (CUP 2.0)

7.1 Completamento dell’integrazione dei Sistemi Informativi Sanitari

Attività, indicatori e tempistica

■ Distribuzione referti radiologici via internet integrata ai referti di laboratorio

Indicatore: N. ASL attivate/ N. ASL

Risultati attesi: 100%

Tempistica: giugno 2017

■ Sistema Informativo dell’Assistenza Territoriale (SIAT) con l’integrazione degli strumenti della Suite interRAI

Indicatore: N. ASL attivate/ N. ASL

Risultati attesi: 100%

Tempistica: giugno 2017

■ Sistema Amministrativo contabile Unico

Indicatore: N. Aziende attivate/ N. Aziende totali

Risultati attesi: (1) Realizzazione Middleware multiorg di integrazione; 80% (2) Realizzazione sistema amministrativo contabile unico 60%

Tempistica: (1) Aprile 2017; (2) Dicembre 2018

■ Sistema integrato basato sulla cooperazione applicativa per la riduzione delle liste attese

Indicatore: realizzazione della cooperazione applicativa tra software di mmg e sistema informativo sanitario regionale

Risultati attesi: collaudo del sistema

Tempistica: marzo 2017

■ Estensione a tutte le aziende (AO, AU e IRCCS) della digitalizzazione e distribuzione via internet dei referti di laboratorio

Indicatore: N. aziende attivate/ N. aziende

Risultati attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2016

■ Completamento avvio in produzione del SIAT (tutti i moduli in tutte le ASL della Regione).

Indicatore: N. aziende attivate/ N. aziende

Risultati attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2016

■ Avvio della dematerializzazione della ricetta specialistica (MMG, PLS e specialisti).

Indicatore: N. erogatori abilitati/ N. erogatori

Risultati attesi: 100%

Tempistica: novembre 2016

■ Avvio dell'alimentazione del FSE con il set minimo di informazioni previsto dal D.P.C.M. del 29 settembre 2015, n. 178.

Indicatore: FSE costituibile

Risultati attesi: relazione sullo stato di avanzamento

Tempistica: dicembre 2016

■ Avvio in produzione della piattaforma SIO-XL entro il 31/12/2016 e integrazione di tutte le strutture ospedaliere entro il 31/12/2017

Indicatore: N. aziende attivate/ N. aziende

Risultati attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2017

Si rimanda ai paragrafi specifici la tempistica per l'aggiornamento/attivazione dei sistemi informativi relativi all'assistenza territoriale e del Sistema informativo amministrativo-contabile unico per tutte le Aziende del SSR.

7.2 Sviluppo di meccanismi di controllo periodico delle attività dei singoli soggetti erogatori

Attività, indicatori e tempistica

■ Completamento ed avvio in esercizio del nuovo sistema informatico di supporto all'emergenza sanitaria – Servizio 118.

Indicatore: avvio in esercizio del nuovo sistema informatico

Risultato atteso: SI

Tempistica: dicembre 2016

■ Realizzazione ed avvio in esercizio del nuovo sistema informatico di supporto all'emergenza sanitaria – P.S. e D.E.A.

Indicatore: avvio in esercizio del nuovo sistema informatico

Risultato atteso: SI

Tempistica: giugno 2017

■ Realizzazione ed avvio in esercizio del nuovo sistema informativo trasfusionale

Indicatore: avvio in esercizio del nuovo sistema informatico

Risultato atteso: SI

Tempistica: settembre 2017

■ Realizzazione ed avvio in esercizio della nuova piattaforma tecnologica ReCUP

Indicatore: avvio in esercizio della nuova piattaforma

Risultato atteso: SI

Tempistica: giugno 2018

8 Prevenzione

Gli interventi previsti in questo ambito sono inseriti nella cornice del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, nel Piano Regionale integrato dei controlli in Sicurezza alimentare, Sanità e benessere animale e nei Piani regionali attuativi dei Piani Nazionali sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il Programma Operativo 2016-2018 intende portare sia ad un miglioramento organizzativo e produttivo delle attività proprie del Dipartimento di Prevenzione delle ASL, garantendo una più adeguata efficienza e fruibilità dei servizi e delle prestazioni, sia al consolidamento e sviluppo di interventi "attivi" rivolti all'intera popolazione e/o a gruppi particolarmente fragili.

Riguardo ai programmi di screening oncologici, le attività inserite sono orientate all'attuazione del DCA 191/2015, emanato con l'obiettivo di riorganizzare l'assetto di tali interventi di sanità pubblica e di reingegnerizzare lo screening opportunistico al fine di raggiungere le coperture adeguate secondo gli standard previsti dalla griglia LEA.

Nel corso della vigenza del Programma precedente, sono stati conseguiti importanti obiettivi di miglioramento, pur permanendo situazioni di criticità, che con il nuovo Programma Operativo si intendono risolvere; contemporaneamente si intende consolidare e migliorare i risultati raggiunti ai fini dell'erogazione dei LEA.

8.1 Realizzazione degli obiettivi contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione e nel Piano Regionale integrato dei controlli in Sicurezza alimentare, Sanità e benessere animale

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, così come modificato e integrato dal DCA n. U00593 del 16.12.2015, è il principale strumento di programmazione e realizzazione di obiettivi e azioni di prevenzione e promozione della salute. Tale piano, attraverso i 9 programmi regionali, articolati in 27 progetti e 29 azioni è declinato a livello aziendale attraverso i piani attuativi aziendali. Il PRP 2014-2018 mira a consolidare interventi di prevenzione come gli screening oncologici, la prevenzione delle malattie infettive, degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, ma anche a favorire la promozione di stili di vita salutari in setting specifici come la scuola, gli ambienti di lavoro, la comunità e servizi sanitari.

Inoltre, in linea con le indicazioni nazionali, il PRP affronta in maniera sistematica le disuguaglianze di salute, includendo il tema dell'accesso agli interventi di prevenzione da parte delle fasce vulnerabili di popolazione.

Il Piano Regionale integrato dei controlli (PRIC) in Sicurezza alimentare, Sanità e benessere animale (DCA 366 del 29/07/2015) mira a consolidare e migliorare i risultati raggiunti ai fini dell'erogazione dei LEA nel settore "Veterinaria e Sicurezza alimentare". Gli obiettivi strategici previsti dal PRIC riguardano:

- una maggiore integrazione tra gli obiettivi di sicurezza alimentare ed i programmi di prevenzione per ridurre i fattori di rischio delle malattie croniche non infettive;
- l'omogeneità degli standard organizzativi dei Servizi di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti e la sanità pubblica veterinaria che sta diventando un elemento di garanzia e di confronto tra i Paesi UE;
- la necessità di puntare alla qualità sanitaria delle produzioni primarie, dall'agricoltura all'allevamento degli animali produttori di alimenti, per poter assicurare la qualità e la ricchezza dell'enogastronomia laziale, puntando anche nell'ambito delle filiere corte alla valorizzazione dei prodotti tipici regionali;
- la prevenzione veterinaria, finalizzata alla tutela della salute pubblica, perseguita attraverso la sorveglianza epidemiologica della popolazione animale, con piani di monitoraggio ed eradicazione finalizzati a prevenire e, se necessario, debellare la diffusione delle malattie infettive e infestive, ivi comprese le zoonosi, e a tutelare il benessere animale;
- la sorveglianza integrata delle aree a rischio di contaminazione ambientale.

Attività, indicatori e tempistica

- Attuazione dei Programmi Regionali inseriti nel PRP 2014-2018 di cui al DCA U00593/2015

Indicatore: realizzazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute in coerenza con i cronoprogrammi del PRP 2014-2018

Risultati attesi: (1) almeno il 70% degli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%; (2) almeno l'80% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%.

Tempistica: (1) dicembre 2016, dicembre 2017; (2) dicembre 2018.

- Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli

Indicatore: realizzazione degli interventi previsti nel PRIC di cui al DCA 366/2015.

Risultati attesi: raggiungimento degli indicatori pertinenti contenuti nella griglia LEA e nel questionario di valutazione redatto dal comitato LEA per il focus AJJ "Veterinaria e Sicurezza alimentare".

Tempistica: dicembre 2016, dicembre 2017, dicembre 2018

8.2 Riorganizzazione dei programmi di screening oncologici delle ASL

I programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto sono interventi di sanità pubblica basati su solide evidenze scientifiche che hanno come obiettivo la riduzione di incidenza e/o mortalità per tali neoplasie.

Al fine di riorganizzare l'offerta dei test di prevenzione per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto ed integrare lo screening opportunistico erogato sulla stessa fascia di popolazione oggetto degli screening oncologici, la Regione Lazio ha emanato il DCA U00191 del 14 maggio 2015 attraverso il quale ha definito i bacini di utenza e i requisiti minimi dei centri, allo scopo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse di personale e strumentali e permettere la riorganizzazione dei programmi aziendali. Dal confronto dei dati 2015 vs 2014 si osserva, sui tre programmi di screening, un aumento dell'estensione dell'attività di invito e della copertura dei test (tabella).

Tabella: Estensione inviti e copertura test. Confronto anni 2014-2015. Regione Lazio

Estensione inviti (%) Copertura test – LEA (%)

2014 2015 2014 2015

Mammella 62.2 76.0 26.1 35.0

Cervice uterina 73.2 84.1 19.4 20.7

Colon retto 46.9 72.3 11.4 17.0

Tali aumenti sono ancora insufficienti a garantire l'obiettivo della griglia LEA.

Pertanto gli obiettivi strategici inseriti nel presente intervento sono orientati al recepimento del DCA 191/2015 e finalizzati ad estendere l'invito a tutta la popolazione target. Essi riguardano:

- Il miglioramento della pianificazione delle attività nella conduzione dei programmi e l'adeguamento delle risorse strumentali necessarie a garantire la adeguata copertura territoriale e la sostenibilità nel tempo dei programmi stessi;
- il riorientamento dei test di prevenzione effettuati in ambito opportunistico sulla popolazione target (mammografia, Pap-Test/test HPV-DNA, test FIT e colonscopia);
- l'aumento della fidelizzazione dei soggetti invitati attraverso la collaborazione dei principali *stakeholder*;
- l'estensione su tutta la Regione dell'utilizzo del test HPV- DNA come test primario di screening per il cervico-carcinoma;
- il continuo monitoraggio delle attività espletate dai programmi attraverso la valutazione degli indicatori di processo e di esito, tramite il sistema informativo regionale dei programmi di screening SIPSOWeb.

Azioni, indicatori e tempistica

- Adozione ed utilizzo dello strumento PROCEDE-PRECEED (mPP) messo a punto da Age.n.a.s. per l'implementazione dei programmi di screening ed il superamento delle barriere e dei fattori facilitanti all'accesso da parte delle ASL.

Indicatore 1 : produzione di Piani aziendali di miglioramento

Risultati attesi: un piano per ciascuna delle 10 ASL

Tempistica: dicembre 2016

Indicatore 2 : diffusione di un report di valutazione regionale, per singola ASL

Risultati attesi: un report per ciascuna delle 10 ASL

Tempistica: marzo 2017; marzo 2018

Indicatore 3 : site visit presso le ASL per la verifica di attuazione dei piani

Risultati attesi: un site visit per ciascuna delle 10 ASL

Tempistica: dicembre 2017, dicembre 2018

- Adeguamento delle risorse strumentali (mammografi, colonscopi) rispetto al fabbisogno atteso per raggiungere la popolazione di riferimento

Indicatore 1: produzione di un piano di fabbisogno per programma di screening aziendale (mammella, colon retto)

Risultati attesi: un piano per ciascuna delle 10 ASL

Tempistica: gennaio 2017

Indicatore 2 : N mammografi (colonscopi) dedicati/ N mammografi (colonscopi) previsti, secondo il piano di fabbisogno

Risultati attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2017

■ Implementazione su tutte le ASL dell'utilizzo del test HPV-DNA come test di screening per il cervicocarcinoma nelle donne in fascia 30-64 anni, secondo le raccomandazioni nazionali

Indicatore 1 : Emanazione ed adozione di un protocollo regionale

Risultati attesi: atto amministrativo di Emanazione ed adozione di protocollo regionale

Tempistica: gennaio 2017

Indicatore 2 : N ASL con test HPV come test di screening primario /tutte le ASL

Risultati attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2018

■ Definizione ed attuazione di procedure operative finalizzate all'integrazione tra i canali di offerta organizzata ed opportunistica dei test di screening sulla stessa popolazione target.

Indicatore 1: circolare regionale contenente le procedure di esclusione (temporanea e/o definitiva) dall'invito attivo dei soggetti target non eleggibili, secondo normativa nazionale.

Risultati attesi: circolare regionale

Tempistica: dicembre 2016

Indicatore 2: Accordo o atto di intesa con le sigle sindacali dei MMG per la definizione di procedure di riconduzione allo screening della popolazione assistita

Risultati attesi: atto di ratifica Accordo o atto di intesa con le sigle sindacali dei MMG

Tempistica: giugno 2017

Indicatore 3: riduzione delle mammografie erogate in esenzione (D03) sulla popolazione target, al di fuori del programma di screening

Risultati attesi: (1) riduzione del 50% nel 2016 rispetto al 2015; (2) riduzione del 10% nel 2017 vs 2016; (3) riduzione del 10% nel 2018 vs 2017

Tempistica: (1) dicembre 2016, (2) dicembre 2017, (3) dicembre 2018

■ Adozione di indirizzi regionali per la definizione di percorsi appropriati per donne a rischio eredo-familiare per tumore della mammella o in follow up per pregresso trattamento per patologia mammaria integrati nei programmi di screening.

Indicatore 1: Documento regionale contenente le linee di indirizzo per

l'identificazione ed i protocolli di sorveglianza per donne ad alto rischio o in follow up per pregressa patologia mammaria.

Risultati attesi: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2016

Indicatore 2: adozione e recepimento delle procedure per l'identificazione precoce nei centri di screening delle donne a rischio eredo familiare.

Risultati attesi: 10 piani operativi nelle 10 ASL

Tempistica: dicembre 2017

■ Monitoraggio dell'attuazione da parte delle ASL delle indicazioni contenute nel DCA 191/2015, attraverso:

(i) verifica trimestrale dell'attività di invito presso le ASL sui tre programmi di screening (confronto osservato/atteso, rispetto gli standard di riferimento);

(ii) verifica semestrale dei dati sui test di screening erogati su soggetti target, nei flussi SIAS, per l'osservazione della riconversione della prevenzione e opportunistica;

(iii) analisi annuale degli indicatori di processo e di esito per i tre programmi di screening e comunicazione dei risultati alle Direzioni Sanitarie aziendali;

(iv) analisi dei tumori intervallo sulla mammella biennio 2012-2013;

(v) analisi dei tumori intervallo sul colon retto biennio 2013-2014.

Indicatore 1 : Rapporto di monitoraggio per ASL

Risultati attesi: rapporto di monitoraggio

Tempistica:

- (i) monitoraggio trimestrale; ù
- (ii) monitoraggio semestrale;
- (iii) monitoraggio annuale;
- (iv) dicembre 2016;
- (v) giugno 2017.

Una valutazione straordinaria del processo di riorganizzazione dei programmi di screening oncologici delle ASL al 30 giugno 2017.

8.3 Qualificazione delle attività di prevenzione e controllo

Nella Regione Lazio i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL operano attraverso procedure non sempre omogenee e confrontabili, che rendono problematiche le valutazioni, in termini assoluti e comparativi, delle attività svolte, a fronte delle risorse impiegate. Si ritiene necessario, pertanto, pervenire ad una omogeneizzazione delle procedure, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili in termini di appropriatezza operativa ed efficienza procedurale.

Inoltre, non tutti i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL si avvalgono di sistemi informativi gestionali quali strumenti per il governo delle attività. Nei Dipartimenti in cui esistono sistemi informativi, questi non includono le attività di tutti i Servizi.

Gli obiettivi strategici inseriti nel presente intervento sono:

- Revisione e uniformità delle procedure per la riscossione e l'utilizzazione degli introiti propri del Dipartimento di Prevenzione.
- Centralizzazione dei servizi telematici a supporto delle attività di competenza del Dipartimento di Prevenzione, attraverso il Sistema Informativo di Prevenzione, unico e centralizzato.

Azioni, indicatori e tempistica

- Revisione del tariffario regionale e predisposizione di un atto regionale per la regolamentazione degli introiti propri del Dipartimento di Prevenzione.

Indicatore: aggiornamento tariffario regionale

Risultati attesi: adozione atto amministrativo di aggiornamento tariffario regionale

Tempistica: dicembre 2017

- Definizione e adozione dei "prodotti finiti" al fine di standardizzare i processi per ciascun ambito di attività (sanità pubblica e veterinaria, sicurezza alimentare e dei luoghi di lavoro).

Indicatore: creazione ed adozione di un catalogo di prodotti finiti

Risultati attesi: atto amministrativo di adozione di un catalogo di prodotti finiti

Tempistica: dicembre 2017

- Adozione del Sistema Informativo Unico della Prevenzione (SIP): (i) sperimentazione su una ASL pilota; (ii) messa a regime su tutte le ASL

Indicatore : adozione SIP

Risultati attesi: atto amministrativo di adozione SIP

Tempistica: (i) marzo 2017; (ii) dicembre 2017

9 Cure Primarie, servizi territoriali ed Integrazione Socio-Sanitaria

Al fine di migliorare il processo di integrazione sociosanitaria, nel prossimo triennio si intende perseguire l'assetto definitivo delle regole e dei processi di integrazione socio sanitaria, orientati a garantire universali diritti di accesso all'assistenza, omogenea appropriatezza di risposte, sia in termini di efficacia, che di distribuzione della spesa.

Con riferimento all'assistenza territoriale, si considera strategico il potenziamento e l'innovazione del ruolo della medicina generale quale elemento cardine del riordino dell'organizzazione dei servizi territoriali. Si intende inoltre incrementare e migliorare l'offerta di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale nell'ambito della non autosufficienza, delle cure palliative e della disabilità nonché porre in essere azioni di riqualificazione relative alla salute mentale, alle

dipendenze e alla sanità penitenziaria. Per quanto riguarda i modelli di intervento, sono privilegiati quelli riferibili alla sanità di iniziativa e alla strutturazione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) per la presa in carico delle persone con patologia cronica. Si intende, infine, completare la realizzazione di un sistema integrato di servizi e interventi sanitari, sociali e sociosanitari a livello di Distretto sanitario e ambito sociale anche mediante la coniugazione della programmazione afferente al Distretto sanitario con quella propria degli Enti Locali, (così come ridefiniti dalla Legge Regionale di prossima approvazione di riordino delle politiche sociali) mediante la stipula di accordi di programma tra Aziende Sanitarie ed Enti Locali al fine di favorire l'integrazione fra i programmi delle attività distrettuali e i Piani di Zona. In particolare, si implementerà il funzionamento dei Punti Unici di Accesso e delle Unità di Valutazione Multidimensionale nelle diverse articolazioni necessarie; si completerà il sistema di norme e i diritti di accesso alle strutture semiresidenziali e residenziali, si completerà il quadro delle tariffe per ogni tipologia assistenziale, fissandone i livelli di compartecipazione sociale (utente e Comune di residenza) in modo omogeneo per tutti i cittadini utenti della Regione. Inoltre, per rendere più effettivo tutto il percorso, si procederà ad armonizzare gli standard e le procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sociosanitarie, oggi divise in due percorsi alternativi e molto differenti.

Parimenti a quanto disegnato per la rete ospedaliera, si intende costruire standard di riferimento e configurazioni organizzative anche per l'area territoriale, ove permangono differenze anche sostanziali nelle scelte organizzative delle singole aziende. Anzitutto è necessario definire il ruolo del distretto nel sistema complessivo di *governance* dell'Azienda, con un approfondimento sui ruoli di "produzione" e di "committenza" dello stesso e con un chiaro posizionamento dello stesso sulla filiera dell'integrazione socio-sanitaria; è altresì maturo il tempo per definire in maniera strutturata il ruolo del MMG ma soprattutto delle varie forme associative ed aggregative della medicina generale sia dentro sia fuori delle Case della Salute.

Queste ultime continuano a rappresentare la scelta di fondo tipica della rete territoriale del Lazio e pertanto se ne conferma la centralità ed il ruolo strategico nel medio-lungo periodo, dovendo però accelerare la loro capacità di agire da catalizzatori del cambiamento nel breve periodo. Per i programmi di assistenza a favore delle persone con problemi di dipendenza e a favore dei detenuti, essi sono in seguito riferiti alla sola dimensione sanitaria dell'assistenza, mentre la dimensione di integrazione con le funzioni sociali, legati alle campagne di prevenzione (in particolare per il GAP: Gioco d'Azzardo Patologico) e ai progetti di reinserimento e inclusione lavorativa e sociale, saranno oggetto di distinti e specifici programmi della direzione.

In sintesi, gli obiettivi programmati sono:

- riorganizzazione delle forme associative previste per i MMG/PLS all'interno del nuovo Accordo Integrativo Regionale (AFT e UCCP)
- potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore delle persone non autosufficienti
- aumento dell'offerta di assistenza residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane, con l'obiettivo di completare l'offerta residenziale rispetto al fabbisogno stimato.
- consolidamento dell'offerta assistenziale a favore delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- implementazione delle reti locali di cure palliative
- completamento del processo di attivazione e miglioramento organizzativo delle Case della Salute
- potenziamento della rete e delle attività dei Consultori Familiari

9.1 Governo del rapporto con i MMG/PLS

Riorganizzazione delle forme associative (AFT e UCCP semplici e complesse) all'interno del nuovo Accordo Integrativo Regionale

La Regione Lazio intende accelerare il processo di attuazione della "Legge Balduzzi" mediante la contrattazione del nuovo Accordo Integrativo Regionale con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera Scelta e in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Regionale con i MMG del

3 ottobre 2014 denominato “*Per la riorganizzazione dell’assistenza territoriale e la medicina d’iniziativa*”.

In particolare, a partire dalle Unità di Cure Primarie (UCP), si intende completare, nel triennio, il processo di attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità di Cure Complesse Primarie (UCCP), prevedendo per queste ultime specifiche modalità di integrazione con i dipartimenti a valenza aziendale, nel contesto del nuovo assetto della rete delle strutture territoriali di riferimento conseguente all’accorpamento delle Aziende Sanitarie e all’implementazione delle Case della Salute.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Verifica dell’approvazione della costituzione delle UCP a sede unica, in sostituzione delle precedenti UCP-S, da parte delle ASL e ricognizione dei bacini di utenza serviti.

Indicatore: Approvazione da parte delle ASL delle UCP neocostituite

Risultati attesi: atti amministrativi di approvazione UCP neocostituite

Tempistica: dicembre 2016

■ Contrattazione del nuovo AIR, tenendo conto delle forme associative delineate dall’art. 1 della Legge 189/2012, dal Patto della Salute 2014-2016 e dalle modalità eventualmente definite dal nuovo ACN, se sottoscritto.

Indicatori: Sottoscrizione nuovo AIR

Risultati attesi: atto di recepimento nuovo AIR

Tempistica: giugno 2017

■ Indicazione delle modalità operative alle ASL per l’implementazione delle AFT e UCCP all’interno delle Aziende Sanitarie ed in collegamento funzionale con i poli sul territorio di riferimento delle altre reti di assistenza, in termini di: obiettivi, percorsi assistibili, strumenti di valutazione della qualità dell’assistenza, piano audit/strumenti di verifica, specifiche scheda sanitaria individuale informatizzata, trasmissione telematica delle ricette, sistemi di comunicazione informatica/teleconsulto/telemedicina, modalità relative all’inserimento della funzione di assistenza infermieristica.

Indicatori: Predisposizione dei provvedimenti di indirizzo regionali alle ASL

Risultati attesi: adozione di provvedimenti di indirizzo regionali alle ASL

Tempistica: entro 3 mesi dalla sottoscrizione dell’AIR

■ Avvio del monitoraggio del processo di attivazione delle AFT e UCCP.

Indicatori: Avvio del processo di monitoraggio

Risultati attesi: Avvio del processo di monitoraggio

Tempistica: entro 6 mesi dalla sottoscrizione dall’AIR

9.2 Riorganizzazione e potenziamento dell’assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale

In ambito domiciliare, si intendono prioritariamente adottare provvedimenti relativi ai criteri di accesso ed eleggibilità, nonché alla definizione dei criteri di accreditamento, per consentire, entro dicembre 2017, l’avvio delle relative procedure selettive, fra i soggetti accreditati, nelle Aziende Sanitarie del Lazio. Ciò anche al fine di aumentare la copertura della popolazione di età ≥ 65 anni presa in carico in ADI, coerentemente con quanto previsto dagli standard LEA.

Con riferimento alla disabilità adulta, oltre a replicare il medesimo processo di armonizzazione per l’assistenza domiciliare (socioeducativa, tutelare e di sollievo) ci si propone altresì di estendere la compartecipazione sanitaria, nel rispetto della normativa vigente, anche alla rete delle case famiglia o comunità alloggio ad autorizzazione comunale (484 posti attivi), integrandole nella programmazione socio sanitaria quale offerta di lungo assistenza.

La Regione, inoltre, effettuerà la tempestiva valutazione, tenuto conto del fabbisogno programmato, delle richieste di riconversione di attuali posti di mantenimento RSA esistenti ed accreditati in nuovi posti residenza per il livello intensivo ed estensivo sulla base della cronologia delle richieste, del fabbisogno regionale articolato in ambito territoriale, della relativa offerta, nonché del programma biennale di sviluppo elaborato dalle aziende sanitarie di cui al DCA 98/2016. L’aumento dell’offerta sarà realizzato considerando anche la necessità di riequilibrare le diverse tipologie assistenziali

(mantenimento, estensivo, intensivo) attraverso una maggiore flessibilità organizzativa e gestionale e valutando la possibilità, nel rispetto dei requisiti di accreditamento dell'inserimento nella rete per la non autosufficienza di parte dell'attuale offerta residenziale sociale. Ciò al fine di favorire la maggiore integrazione sociale e sanitaria ed un uso razionale delle risorse.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Potenziamento ed efficientamento dell'assistenza domiciliare a persone non autosufficienti, attraverso l'adozione di criteri di eleggibilità coerenti con il sistema di valutazione multidimensionale "InterRai" adottato a livello regionale, l'aumento dell'offerta e l'applicazione delle nuove procedure relative all'autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione dei soggetti erogatori, al fine di conseguire l'obiettivo dell'aumento della copertura della popolazione di età \geq 65 anni entro l'anno 2017, in linea con gli standard previsti dai LEA.

Indicatori: (1) adozione provvedimento criteri eleggibilità ADI; (2) adozione del provvedimento di definizione dei criteri per l'accreditamento dei soggetti erogatori, e delle linee guida per le procedure selettive dei soggetti accreditati (3)

Avvio percorso di accreditamento soggetti erogatori; (4) % di persone ultrasessantacinquenni prese in carico ADI

Risultati attesi (1) adozione provvedimento; adozione provvedimento; (3) Avvio percorso di accreditamento; (4) Standard LEA

Tempistica: (1) entro dicembre 2016; (2) entro aprile 2017; (3) entro settembre 2017; (4) entro dicembre 2017

■ Revisione della programmazione regionale relativa all'offerta residenziale e semiresidenziale per la non autosufficienza, sulla cui base le Aziende Sanitarie devono presentare, entro il semestre successivo, specifici programmi di attuazione locale. Monitoraggio del processo di attuazione anche attraverso indicatori derivabili dal Sistema Informativo dell'Assistenza Territoriale.

Indicatori: Presentazione e analisi dei piani locali da parte delle Aziende sanitarie

Risultati attesi: Presentazione e analisi dei piani locali da parte delle Aziende sanitarie

Tempistica: dicembre 2016

■ Attivazione di nuovi posti residenziali per la tipologia intensiva, estensiva e di mantenimento. Incremento dei posti semiresidenziali estensivi e di mantenimento.

Indicatori: Numero posti residenziali di nuova attivazione per tipologia assistenziale

Risultati attesi: Posti residenziali - 147 in ambito intensivo, 1087 estensivo, 606 estensivo per disturbi cognitivo comportamentali, 2725 mantenimento, 723 semiresidenziali per disturbi cognitivo comportamentali, 723 semiresidenziali di mantenimento

Tempistica: dicembre 2018

■ Implementazione e monitoraggio degli accordi di programma locali tra Aziende Sanitarie e articolazioni delle funzioni sociali associate dei Comuni, per la attivazione dei Punti Unici di Accesso, delle Unità di Valutazione Multidimensionali, dei Progetti Individuali di assistenza e il rapporto amministrativo con gli utenti per la gestione delle partecipazioni e delle agevolazioni alle rette.

Indicatori: % di distretti che avranno approvato l'accordo di programma;

Risultati attesi: 70%

Tempistica: dicembre 2017

■ Adozione di uno specifico provvedimento per la revisione delle modalità di partecipazione sanitaria alle case famiglia e alle comunità alloggio per utenti disabili adulti ad autorizzazione comunale, al fine di integrarle in un'unica programmazione socio sanitaria, disciplinare l'accesso e i diritti di accesso degli utenti e adeguare le rette delle strutture agli standard regionali.

Indicatori: Adozione provvedimento regionale

Risultati attesi: Adozione provvedimento regionale

Tempistica: dicembre 2016

Sviluppo delle cure palliative, attraverso: l'implementazione delle reti locali di cure palliative, nel rispetto degli adempimenti dell'Intesa Stato-Regioni Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012; la

revisione del fabbisogno, con particolare riferimento ai pazienti affetti da malattie non oncologiche; avvio del Centro di riferimento per le cure palliative pediatriche e del relativo hospice; implementazione delle simultaneous care, quale modalità di presa in carico precoce della persona con necessità palliative sin dalla fase attiva delle cure.

Organizzazione delle cure palliative domiciliari articolate in due setting assistenziali: le cure palliative domiciliari di livello base caratterizzate da un CIA minore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale. Le cure palliative di livello specialistico caratterizzate da un CIA maggiore di 0,50 in funzione del progetto di assistenza individuale nonché da pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore. L'attuazione di queste modalità di assistenza, già presente a livello territoriale, sono garantite dai Centri di Assistenza Domiciliare Distrettuali, in collaborazione con i MMG, per quanto riguarda il livello base e dalle équipes multidisciplinari degli Hospice per quanto riguarda l'assistenza domiciliare palliativa specialistica. I due setting saranno ulteriormente integrati e coordinati nell'ambito delle Reti locali di cure palliative.

Indicatori: (1) provvedimento di indirizzo per rete locale di cure palliative; (2) adozione provvedimento di aggiornamento del fabbisogno; (3) Numero di reti locali di ASL attivate / numero di ASL %

Risultati attesi: (1) SI; (2) SI; (3) 100%

Tempistica: (1) ottobre 2016; (2) novembre 2016; (3) dicembre 2017. Valutazione di tutto il programma sarà effettuata al 30 giugno 2017

9.3 Case della Salute

L'attivazione delle Case della Salute (CdS) presuppone il potenziamento dell'assistenza territoriale intesa come l'insieme delle attività e prestazioni sanitarie e sociosanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica e conseguentemente favorisce il processo di riordino della rete ospedaliera per acuti.

Ne consegue la necessità di trasferire dall'ambito ospedaliero a quello territoriale un insieme di attività relative soprattutto alla gestione della patologia cronica e delle piccole urgenze che attualmente trovano inappropriata risposta nell'ospedale per acuti. In coerenza con quanto previsto dal DCA n. 599 del 16.12.2015 che recepisce l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato - Regioni del 07.02.2013 relativo alla riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale, nonché a quanto previsto dal Decreto Ministeriale 70/2015, verranno monitorate le attività dei Punti di Primo Intervento in funzione al fine di garantire l'erogazione delle stesse presso altri setting assistenziali maggiormente appropriati.

Le Case della Salute rappresentano, per la regione Lazio, un nodo strategico della rete dei servizi territoriali, luoghi di integrazione non solo dei servizi sanitari ma anche di quelli sociosanitari e sociali, attraverso la funzione di accoglienza, orientamento e prima valutazione svolta dal Punto Unico di Accesso. Le Case della Salute, comunque, non esauriscono tutti i punti di erogazione dei servizi distrettuali: esse ne costituiscono infatti un Hub, punto di integrazione dei servizi e di riferimento dei cittadini anche per le attività a maggiore complessità.

La regione Lazio ha attivato ad oggi dieci Case della Salute, cinque nel 2014 e quattro nel 2015 e una nel 2016, di cui tre nella città di Roma Capitale (Tenuta di Torrenova, Ostia S. Agostino e Prati Trionfale), tre nella provincia di Roma (Rocca Priora, Ladispoli-Cerveteri e Zagarolo), una nella provincia di Latina (Sezze), due nella provincia di Frosinone (Pontecorvo e Atina) e una nella Provincia di Rieti (Magliano Sabina).

Di queste, cinque (Sezze, Pontecorvo, Atina, Rocca Priora e Magliano Sabina) sono ubicate in ex ospedali per acuti riconvertiti ai sensi del DCA 80/2010, quattro (Tenuta di Torrenova, Ostia S. Agostino, Ladispoli-Cerveteri e Zagarolo) in poliambulatori territoriali e una (Prati-Trionfale) in un corpo adiacente all'ospedale Oftalmico.

A seguito delle prime positive esperienze relative alle CdS attivate nel territorio regionale, e dell'uscita dalla fase sperimentale, si ritiene opportuno procedere all'apertura di nuove CdS e, sulla

base dei dati e delle informazioni emerse dal monitoraggio delle dieci CdS sinora attive, a migliorarne il modello organizzativo. In particolare verranno consolidati i PDTA, sviluppata l'integrazione tra servizi sanitari e tra questi ultimi e i servizi sociali.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Attivazione di una funzione regionale tecnica di monitoraggio delle attività delle CdS.

Indicatori: disponibilità report di monitoraggio

Risultati attesi: report di monitoraggio

Tempistica: dicembre 2016

■ Programmazione di ulteriori attivazioni di Case della Salute al fine di realizzare un modello di offerta di cure primarie e specialistiche integrato e multidisciplinare nonché di valorizzare l'assistenza infermieristica territoriale. Obiettivo a tendere per il prossimo triennio è il completamento del processo di attivazione delle Case della Salute (almeno una per distretto sanitario). La configurazione prevista della Casa della Salute comprende le seguenti caratteristiche: Funzioni di base distinte in Area dell'Assistenza primaria (in cui sono presenti Assistenza primaria garantita da MMG e PLS, Attività specialistiche, Ambulatorio infermieristico e Attività di diagnostica strumentale di primo livello) e Area pubblica (in cui sono presenti Area dell'accoglienza, Sportello CUP, Punto Unico di Accesso, Area di sorveglianza temporanea, Area del volontariato e della mutualità); possono essere eventualmente presenti anche dei Moduli funzionali aggiuntivi (quali Area delle cure intermedie a gestione infermieristica, Centri territoriali per le demenze, Centri antiviolenza, Assistenza farmaceutica, Attività Fisica Adattata e Punto di Primo Intervento). E' inoltre presente l'Area gestionale e funzionale, che può comprendere, a seconda delle dimensioni della Casa della Salute, gli uffici amministrativi, la zona degli spogliatoi ed eventualmente sale riunioni dedicate ed altri spazi, tra cui sedi di associazioni di volontariato. Le costituenti UCCP potranno essere inserite all'interno delle Case della Salute o, se collocate all'esterno, collegate funzionalmente ad esse.

Indicatori: Case della salute Attivate / n. distretti sanitari (numero pari a 46)

Risultati attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2018

9.4 Progetto regionale per il potenziamento della rete e delle attività dei Consulenti Familiari

La Regione Lazio, con il DCA 152/2014, ha avviato la ridefinizione e il riordino delle funzioni e delle attività dei Consulenti Familiari (CCFF), al fine di garantire una omogeneità di programmazione ed assicurare uniformità ed equità nei servizi resi.

Si intende consolidare tale processo, inserendo alcune azioni innovative all'interno dei seguenti Percorsi socioassistenziali.

Percorso Nascita

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Definizione di Protocolli di intesa e procedure operative tra Servizi Aziendali erogatori delle prestazioni necessarie, per garantire la esecuzione di: esami ematochimici, controlli ecografici, indagini strumentali e diagnostiche, tramite *prenotazione diretta* dai Consulenti Familiari, nell'ambito di percorsi dedicati.

Indicatore 1: N. donne in gravidanza seguite (almeno 4 accessi) / totale donne in gravidanza (rilevate attraverso le richieste di esenzione ticket).

Risultato atteso: (1) 50%; (2) 70%

Tempistica: (1) giugno 2017; (2) giugno 2018

Indicatore 2: N. donne seguite che hanno effettuato il primo accesso entro la 12° settimana / totale donne seguite.

Risultato atteso: 90%

Tempistica: giugno 2017; giugno 2018

Indicatore 3: N. donne residenti che partoriscono extra ASL / totale partorienti residenti (da applicare esclusivamente alle ASL al di fuori della di Città Roma).

Risultato atteso: 70%

Tempistica: giugno 2017; giugno 2018

■ Progetto per il proseguimento dell'offerta attiva di Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), alle donne e/o alle coppie a partire dalla 25°/28° settimana.

Indicatore: N. Operatori formati con il “Corso Allattamento al Seno OMS UNICEF – 8/20 ore” / n. operatori dedicati presenti.

Risultato atteso: 80%

Tempistica: giugno 2017

■ Realizzazione di una agenda regionale della gravidanza, consegnata dai Consultori Familiari alle gestanti.

Indicatore: avvenuta realizzazione dell'agenda regionale della gravidanza

Risultato atteso: realizzazione agenda regionale

Tempistica: giugno 2017

■ Definizione di un progetto regionale per garantire, la continuità assistenziale con i Punti Nascita.

Indicatore: avvenuta definizione del progetto

Risultati attesi: atto amministrativo di definizione del progetto

Tempistica: giugno 2017

■ Emanazione di linee di indirizzo regionali per garantire la gestione della gravidanza a basso rischio da parte del team delle Ostetriche, dotate di ricettario regionale e timbro prescrittore.

Indicatore: avvenuta emanazione provvedimento

Risultati attesi: emanazione provvedimento

Tempistica: dicembre 2017

■ Definizione del progetto Regionale per favorire la promozione dell'allattamento al seno.

Indicatore: avvenuta definizione del progetto

Risultati attesi: atto amministrativo di definizione del progetto

Tempistica: giugno 2017

■ Individuazione delle azioni di sistema utili alla promozione di Servizi per il sostegno alle madri/coppie nel post-partum e istituzione di Spazi “neo-genitori” per tutelare lo stato di benessere psico-fisico e sostenere le competenze genitoriali.

Indicatore 1: N. consulenze post-partum / totale coppie frequentanti i Corsi di Accompagnamento alla Nascita;

Risultato atteso: (1) 80%; (2) 90%

Tempistica: (1) dicembre 2017; (2) dicembre 2018

Indicatore 2: N. donne che allattano al seno ad 1 mese dalla nascita, tra le partecipanti al Corso Accompagnamento alla Nascita / n. donne che hanno partecipato al Corso di Accompagnamento alla Nascita.

Risultato atteso: 80%;

Tempistica: dicembre 2017; dicembre 2018

■ Definizione e standardizzazione di procedure per la precoce individuazione del rischio depressivo e psicosociale in puerperio, presa in carico terapeutica e/o invio ad altro Servizio secondo protocolli aziendali.

Indicatore: avvenuta emanazione provvedimento

Risultati attesi: emanazione provvedimento

Tempistica: dicembre 2017

Percorso Contraccezione e Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Istituzione di un tavolo tecnico regionale per l'elaborazione di linee di indirizzo regionali sulla prescrizione dei contraccettivi, al fine di assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni, con particolare riguardo ai minori e alle fasce deboli della popolazione.

Indicatore: avvenuta emanazione provvedimento

Risultati attesi: emanazione provvedimento

Tempistica: marzo 2017

■ Disposizioni Regionali per assicurare, presso i consultori familiari, la disponibilità e la gratuità del test urinario per la diagnosi di gravidanza alle minori e alle fasce disagiate.

Indicatore: avvenuta emanazione provvedimento

Risultati attesi: emanazione provvedimento

Tempistica: maggio 2017

■ Progetto per l'attivazione di una fase sperimentale, della durata di 18 mesi, per eseguire la IVG farmacologica in regime ambulatoriale presso alcuni consultori funzionalmente collegati con le strutture ospedaliere.

Indicatore: attivazione sperimentazione

Risultati attesi: report di avanzamento della sperimentazione

Tempistica: maggio 2017

Percorso Screening

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Inserire i consultori e gli ambulatori aziendali e ospedalieri di ginecologia nei programmi di screening come presidi dello screening cervice-uterina (centri prelievo) e prevedere per gli stessi l'utilizzo della piattaforma informatica regionale per gli screening oncologici (SIPSOweb) per valutare l'eleggibilità della donna ed eseguire, in caso positivo, il test di screening

Indicatore: avvenuta emanazione provvedimento

Risultati attesi: emanazione provvedimento

Tempistica: maggio 2017

■ Piano regionale di formazione per il personale dei consultori e degli ambulatori di ginecologia per la standardizzazione delle procedure di screening e dei protocolli clinici da utilizzare (richiami, follow up, ecc).

Indicatore: avvenuta predisposizione piano di formazione

Risultati attesi: atto amministrativo di adozione del piano di formazione

Tempistica: giugno 2017

Percorso Adolescenti

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Definizione di un modello organizzativo per l'informazione e la diffusione tramite Web e gli Istituti scolastici circa attività e servizi per gli adolescenti

Indicatore: N. adolescenti presi in carico / n. totale adolescenti contattati.

Risultati Attesi: 30 % entro giugno 2017 - 60 % entro dicembre 2017 - 100 % entro giugno 2018

Tempistica: marzo 2017

■ Attivazione di uno spazio giovani dedicato nel 50% dei Consultori Aziendali

Indicatori: N. Consultori Familiari che hanno attivato uno Spazio Giovani/ n. di Consultori Familiari.

Risultati Attesi: 50%

Tempistica: marzo 2017

Percorso Interventi di contrasto alla Violenza di Genere

I Consultori partecipano alla rete dei servizi di contrasto alla violenza di genere costituita da: Pronto Soccorso generale, ginecologico, pediatrico, Consultorio Familiare, Servizi Sociali, Servizi socio-sanitari aziendali, MMG, PLS, FFOOO, Centri antiviolenza.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Sottoscrizione, da parte dell'Azienda Sanitaria, di un Protocollo di Intesa tra i diversi soggetti istituzionali e di un Protocollo Operativo che coinvolga le diverse professionalità al fine di attivare le risorse dei singoli servizi per realizzare il progetto di aiuto.

Indicatore: N. protocolli / Aziende Sanitarie

Risultati Attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2017

■ Favorire il ruolo di accoglienza ed ascolto del consultorio, per intercettare il fenomeno e sostenere le utenti nel riconoscimento e nella progressiva consapevolezza del vissuto di violenza, prevedendo

l'invio ai Centri Antiviolenza in un lavoro di rete che prevede il coinvolgimento di tutti gli attori istituzionali.

Indicatore 1: N. accessi donne in età fertile (15 – 49 anni) residenti nella ASL/Totale donne in età fertile (15 – 49 anni) residenti nella ASL.

Risultato atteso: (1) 90%, (2) 100%

Tempistica: (1) dicembre 2017; (2) dicembre 2018

Indicatore 2: N. donne inviate alle diverse strutture (centri antiviolenza, case rifugio, case semiautonomia, etc.).

Risultato atteso: 100%

Tempistica: dicembre 2017; dicembre 2018

■ Formazione specifica agli operatori per fornire adeguati strumenti per il riconoscimento dei segnali della violenza di genere, al fine di prevenire il fenomeno, favorire l'emersione del sommerso (azioni di sensibilizzazione, informazione ed educazione nelle scuole) e uniformare gli interventi socioassistenziali, contestualizzandoli nelle diverse realtà territoriali.

Indicatore: N. operatori formati con Corsi di I – II – III livello / n. operatori impegnati nella operatività di rete

Risultati Attesi: 100%

Tempistica: dicembre 2017

■ Predisposizione di una *Scheda ad hoc* finalizzata alla raccolta dei dati e al monitoraggio dell'andamento del percorso

Indicatore: avvenuta predisposizione scheda ricognitiva

Risultati Attesi: scheda ricognitiva

Tempistica: dicembre 2017

9.5 Salute Mentale

Riorganizzazione dell'offerta dei servizi di salute mentale

I servizi relativi alla salute mentale sono attualmente modulati sull'offerta storica, tuttavia, anche sulla base di quanto indicato dal "Piano di Azioni nazionale per la Salute Mentale" (recepito dalla Regione con DCA n. 287/14) e dal documento di indirizzo approvato con Accordo Stato-Regioni del 17 novembre 2013 denominato "Le strutture residenziali psichiatriche" (recepito dalla Regione con il DCA n. 310/2014), emerge la necessità di:

a) definire e regolamentare 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).

b) avviare una ridefinizione dei criteri di offerta dei servizi che prenda in considerazione le criticità rilevate e i bisogni emergenti di salute in uno scenario sociale e sanitario mutato. Tale ridefinizione ha la finalità di superare la criticità relativa alla difformità nei criteri di invio ed utilizzo della rete delle emergenze e dei ricoveri in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

c) attuare l'integrazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) territoriali e i Policlinici/Aziende Universitari/e dotati di reparti di SPDC, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e massimizzare i risultati clinici.

Sono in fase di perfezionamento le procedure di reclutamento del personale che sarà impiegato nel SPDC di prossima apertura presso il Policlinico Tor Vergata (dicembre 2016) e l'Ospedale di Monterotondo (Dicembre 2016), mentre è prevista già per novembre 2016 l'apertura del SDPC dell'Ospedale di Colferro.

Con il DCA n.188/15, che definisce gli standard organizzativi e gestionali dell'assistenza residenziale e semiresidenziale in ambito psichiatrico, si riafferma l'esigenza di una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e si ridefinisce i rapporti con gli erogatori accreditati.

La Regione ha già inteso riconsiderare, omogeneizzare ed ottimizzare i processi ed i percorsi assistenziali individuati e le procedure più efficaci per il loro svolgimento.

Per attuare tale processo di ridefinizione è necessaria la progettazione e lo sviluppo del nuovo Sistema Informativo per la Salute Mentale, che superando i limiti e le criticità dell'attuale SIPC,

permetterà il rilevamento sistematico dei dati di attività prestate dai servizi e dalle strutture interessate, creando così le condizioni per una più accurata stima del fabbisogno e valutazione delle prestazioni. Esso inoltre potrà interfacciare la Suite InterRai integrata in SIAT, per la valutazione e il monitoraggio dei piani assistenziali.

Il nuovo sistema prevede la produzione di una interfaccia per la raccolta e la trasmissione dei dati SISM ad NSIS, in analogia di quanto già implementato per il sistema SIAT nel Nuovo Sistema Informativo di Assistenza Domiciliare.

Si ritiene opportuna, al fine del completamento di tutto il processo, la definizione, ove necessario, delle tariffe per tutti gli ambiti assistenziali interessati (Strutture Residenziali psichiatriche – SRSR f.o.; Strutture Semi residenziali; Centri diurni; Strutture residenziali e semi residenziali per minori; Strutture previste dal DCA 80/2016).

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

1. Completamento del processo di riorganizzazione della rete per la salute
2. Definizione e 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).

Nell'ambito della salute mentale e dei progetti di cura e inclusione, l'integrazione sociosanitaria è aspetto decisivo ed imprescindibile. La Regione Lazio attuerà la definizione degli standard dei progetti di autonomia, e le loro modalità di finanziamento, nel rigoroso rispetto dei LEA e delle norme e procedure previste per l'accreditamento, definendone puntualmente i requisiti, e le modalità di ripartizione della spesa tra il Fondo sanitario regionale e la compartecipazione sociale (utenti/comune).

3. Superamento della criticità relativa alla difformità tra i diversi servizi nei criteri di invio ed utilizzo della rete delle emergenze e dei ricoveri in SPDC.

4. Attuazione dell'integrazione tra i DSM territoriali e i Policlinici/Aziende Universitari/e dotati di reparti di SPDC.

5. Definizione delle tariffe per tutti gli ambiti assistenziali interessati (Strutture Residenziali psichiatriche – SRSR f.o.; Strutture Semi residenziali; Centri diurni; Strutture residenziali e semi residenziali per minori; Strutture previste dal DCA 80/2016).

Azioni Indicatori e tempistica

- Definizione del PDTA per le urgenze-emergenze psichiatriche.

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2016

- Definizione e 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).

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

- Riorganizzazione del modello di offerta assistenziale integrata per gli utenti dei DSM e dei reparti SPDC.

Indicatore: Predisposizione dell'atto di riorganizzazione

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2017

- Stima del fabbisogno di strutture (ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali), articolate per tipologie e per territori, anche in ambito detentivo e definizione delle tariffe delle singole articolazioni di servizio, con le relative quote di compartecipazione.

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale di stima del fabbisogno

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: settembre 2017

■ Completamento e implementazione del sistema informativo sulla salute mentale (anche per i disturbi alimentari) adulti e minori /giovani adulti (anche del circuito penale) e integrazione nel SIAT.

Indicatore: Percentuale di completamento

Risultato atteso: 70%

Tempistica: giugno 2018

■ Definizione delle tariffe per tutti i servizi residenziali e semiresidenziali non ancora normati

Indicatore: adozione dell'atto

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

Implementazione della Rete regionale integrata dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

Con il DCA 80/2016 è stata ridisegnata e potenziata la rete dei servizi per i disturbi del comportamento alimentare che operano nella Regione Lazio in tutti i livelli assistenziali (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, ospedaliero – DH e posti letto).

Le linee Guida Internazionali (APA, 2005; NICE, 2004; RANZCP, 2014), le indicazioni del Ministero della Salute (QMdS, 2013) e la Consensus Conference dell'ISS (Rapporti ISTISAN, 13/6, 2013) sottolineano tutte come l'intervento ambulatoriale multidisciplinare integrato costituisca il pilastro della rete dei servizi dedicati al trattamento dei DCA garantendo il 70% di risposta di cura.

Gli obiettivi programmati sono:

1. Potenziamento dell'offerta attuale fino a:

- 8 Servizi ambulatoriali territoriali per i DCA;
- 40 posti presso Centri Diurni;
- 20 posti letto presso 1 struttura residenziale accreditata;
- 12 posti di DH, a livello ospedaliero;
- 5 posti letto psichiatrici, a livello ospedaliero.

2. Definizione delle tariffe per tutti gli ambiti assistenziali interessati.

Azioni Indicatori e tempistica

■ Monitoraggio dello stato di attuazione della rete per i DCA attraverso l'attivazione di:

- ulteriori servizi ambulatoriali territoriali per i DCA tenendo presente il parametro di un ambulatorio ogni 500.000 abitanti;
- ulteriori posti presso Centri Diurni;
- ulteriori posti letto in strutture residenziali, di cui almeno una nella Città di Roma, almeno una nell'area nord del territorio regionale (ASL Viterbo e ASL Rieti) e una struttura nell'area sud del territorio regionale (ASL Frosinone e ASL Latina);
- 6 posti letto di Riabilitazione subintensiva nutrizionale “rescue”.

Indicatore 1: Individuazione delle strutture previste

Risultato atteso: 100%

Tempistica: settembre 2018

Indicatore 2: Avvio del reclutamento del personale

Risultato atteso: report sullo stato di avanzamento del processo di reclutamento

Tempistica: settembre 2018

Indicatore 3: Procedura di accreditamento di nuovi posti

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: settembre 2018

■ Definizione delle tariffe per tutti gli ambiti assistenziali interessati

Indicatore: Predisposizione dell'atto di definizione delle tariffe

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

9.6 Dipendenze

Nella Regione Lazio, storicamente, molti dei servizi previsti dall'Atto di Intesa Stato Regioni del 1999 e pertanto rientranti nei vigenti LEA - come i centri diurni, notturni, i centri di prima accoglienza, le unità di strada e i centri di consulenza specialistica - sono stati realizzati attraverso progetti specifici, in attesa del perfezionamento del processo di accreditamento.

Con il DCA n. 13/2015 è stata riorganizzata l'intera rete dei servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei soggetti con disturbo da uso di sostanze illegali e legali e/o con comportamenti di *addiction*, mentre con il successivo DCA n. 214/2015 sono stati stabiliti i requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie per tutte le tipologie di servizi per le dipendenze contemplati nel DCA 13/2015. La Regione intende monitorare e guidare tale riorganizzazione, affinché essa venga pienamente attuata in coerenza con gli indirizzi regionali.

In conclusione, l'obiettivo riguarda l'implementazione del processo di riorganizzazione dell'intera rete dei servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei soggetti con disturbo da uso di sostanze illegali e legali.

Per il completamento di tutto il processo è necessario, ove mancanti, definire le tariffe per tutti gli ambiti assistenziali interessati.

Azioni Indicatori e tempistica

- Stima del fabbisogno assistenziale

Indicatore: Predisposizione dell'atto di stima del fabbisogno

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

- Elaborazione di un programma per screening infettivologici (epatite B, epatite C, HIV, ed in alcuni casi sifilide), in linea con le indicazioni nazionali vigenti e con le future linee guida che saranno emanate dall'ISS.

Indicatore: data di adozione del programma

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

- Definizione del sistema integrato dell'accesso e dei percorsi per il passaggio tra i diversi livelli assistenziali delle strutture che si occupano di patologie da dipendenza

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2017

9.7 Sanità Penitenziaria

Riorganizzazione dell'offerta sanitaria ai detenuti

La Regione intende riorganizzare l'offerta sanitaria ai detenuti con le finalità di superare le attuali criticità, in particolare in relazione a:

- l'implementazione delle cartelle cliniche informatizzate;
- l'utilizzo della telemedicina;
- l'implementazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario ai sensi della Conferenza Unificata n. 3/2015.

Al fine di assicurare omogeneità di azione e un uso ottimale delle risorse, la Regione Lazio intende istituire uno o più Dipartimenti Interaziendali per la Sanità Penitenziaria individuando la Asl Capofila.

Per il completamento di tutto il processo è necessario definire le tariffe per tutti gli ambiti assistenziali interessati.

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

1. miglioramento dell'assistenza sanitaria ai detenuti;
2. implementazione della cartella clinica informatizzata;
3. definizione di un piano regionale di telemedicina.

Azioni Indicatori e tempistica

■ Definizione dei PDTA relativi all'assistenza sanitaria ai detenuti in collaborazione con il coordinamento tecnico interaziendale per la medicina penitenziaria.

Indicatore: adozione dell'atto

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: marzo 2017

■ Implementazione della cartella clinica informatizzata per l'assistenza sanitaria in ambito penitenziario su territorio regionale.

Indicatore: % istituti penitenziari che la abbiano adottata

Risultato atteso: 50%

Tempistica: dicembre 2017

■ Definizione di un piano regionale di telemedicina in applicazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 544 della Legge di Stabilità 2016.

Indicatore: Provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2017

■ Ridefinizione del fabbisogno di posti nelle sezioni sanitarie specializzate.

Indicatore: Provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

REMS

La Regione Lazio, per adempiere alla normativa nazionale (DPCM 4/2008; L.9/2012; L.81/2014) vigente in materia di superamento degli OPG (Ospedali Psichiatri Giudiziari), ha approvato documenti e programmi sui seguenti temi:

– individuazione delle sedi degli Istituti Penitenziari della Regione Lazio ove realizzare le "Articolazioni Sanitarie" per artt. 112, 111 del DPR 230/2000 e art.148 C.P, assegnando il personale previsto (ex DGR 277/2012);

– fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG (REMS), comprensivo del fabbisogno di personale delle suddette strutture e del progetto formativo ECM per la cura e la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato (ex DCA 96/2013) che è stato portato a termine nell'arco del 2014;

– utilizzo delle risorse destinate alla Regione Lazio (con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze) per la realizzazione delle Rems (quattro moduli per maschi e un modulo per femmine) (ex DCA 300/2013);

– completamento del processo di superamento degli OPG comprensivo delle richieste di assunzione in deroga di personale qualificato per potenziamento DSM (medici psichiatri, infermieri e tecnici delle riabilitazione psichiatrica) e per la gestione delle REMS (medici psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici delle riabilitazione psichiatrica, operatori socio sanitari, assistenti sociali e amministrativi) (ex DCA 233/2014).

La Regione Lazio ha inoltre firmato l'Accordo (come da DM 1/10/2012) con le Prefetture che hanno competenza territoriale rispetto all'ubicazione delle Rems del Lazio, riguardante le procedure operative di sicurezza e vigilanza finalizzate alla gestione delle stesse Residenze.

Con queste azioni, è stato possibile aprire la prima Rems femminile in Italia il 1/4/2015 e a seguire altre tre Rems maschili.

La Regione Lazio intende individuare nuovi posti negli Istituti penitenziari per adeguare il fabbisogno per i soggetti di cui all'art.111, all'art.112 e all'art.148 c.p, riguardanti misure di sicurezza per soggetti detenuti con disturbi psichici gravi che prima della chiusura degli OPG venivano curati in tali strutture e con la nuova normativa non possono essere curati in REMS ma solo nelle sezioni sanitarie all'interno di un carcere.

Azioni Indicatori e tempistica

■ Definizione, in collaborazione con l’Autorità Giudiziaria e con l’Amministrazione Penitenziaria, di un protocollo operativo per l’utilizzazione del ricorso alle REMS, finalizzato a evitare il rischio di saturazione della capacità ricettiva programmatae realizzata.

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: marzo 2017

■ Definizione dei requisiti per l’accreditamento delle REMS.

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

Sanità penitenziaria minori e giovani adulti

Con l’approvazione del DCA n. U00383/2015 avente ad oggetto “Percorsi assistenziali di presa in carico sanitaria e di cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale”, è stata definita tutta la filiera del percorso assistenziale dei minori e giovani adulti del circuito penale con disturbo psicopatologico e/o psichiatrico e/o dipendenze patologiche e ha individuato strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali dei giovani coinvolti nel circuito penale.

L’obiettivo programmato è l’implementazione dei percorsi assistenziali di presa in carico e cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale.

Azioni Indicatori e tempistica

■ Programmazione dell’accoglienza residenziale “filtro” di minori/giovani adulti appartenenti al circuito penale e con un probabile disturbo psicopatologico, per il necessario periodo di approfondimento diagnostico valutativo.

Indicatore 1: individuazione della tipologia di struttura più idonea e definizione degli standard e dei requisiti specifici: predisposizione del provvedimento regionale si/no

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: dicembre 2017

Indicatore 2: Realizzazione delle prime accoglienze

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2018

■ Definizione di un percorso assistenziale di assistenza sanitaria e psicologica alle detenute minorenni/giovani adulte gestanti o con bambini piccoli al fine di garantire i diritti della madre e del bambino (e le relazioni con il padre).

Indicatore: Predisposizione del provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

10 Governo delle liste di attesa

La capacità del Sistema Sanitario regionale di offrire a tutti i cittadini l’assistenza specialistica ambulatoriale nei modi e nei tempi opportuni, equi e commisurati ai loro bisogni e compatibilmente all’offerta e alle risorse disponibili, dipende dalle strategie regionali per il governo dell’accesso alle prestazioni e delle liste di attesa.

La Regione Lazio ha definito le principali linee di intervento in materia con il “Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2013-2015” approvato con il DCA n. U00437/2013 a seguito del quale tutte le Aziende Sanitarie hanno adottato i propri piani attuativi. Il lavoro svolto dalla *Task Force* (istituita con DGR n. 482/2014 e ss.mm.) ha consentito di tracciare le linee programmatiche per il governo delle liste di attesa per l’anno 2016 (prot. 127538/2016) che rappresentano la base per l’aggiornamento del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa. Con il DCA n. 211/2016 sono state approvate le Linee Guida regionali per l’attribuzione della classe di priorità nella prescrizione delle prestazioni “critiche” che forniscono a tutti i prescrittori un

valido punto di riferimento per la prioritizzazione, frutto della collaborazione con le Società Scientifiche e le Associazioni dei Medici. Il Decreto affida alla Direzione, tramite la struttura regionale e in collaborazione con la rete dei responsabili aziendali, il compito di promuovere e diffondere l'uso delle Linee Guida monitorandone l'applicazione nella pratica clinica.

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

■ l'adozione di sistemi di prioritizzazione, intesi come:

– l'indicazione, da parte del medico prescrittore, del grado di urgenza della prestazione richiesta sulla base di criteri clinici condivisi;

– la strutturazione, da parte dei soggetti erogatori, delle agende di prenotazione per classe di priorità, così da poter rispondere alle richieste dei prescrittori;

– il continuo monitoraggio dell'andamento del sistema.

■ la gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, includendo in prospettiva tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALPI;

■ la realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli di gestione dei percorsi e dei follow-up, che si completa con la responsabilità, per la struttura che ha in carico il paziente cronico, di provvedere alla prenotazione delle prestazioni "di controllo";

■ ribadire la funzione aziendale di programmazione dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche per la propria popolazione e la gestione efficiente delle risorse disponibili;

■ rafforzare il ruolo di committenza delle Aziende Sanitarie Locali nei confronti dei soggetti erogatori privati accreditati al fine di contrattare la tipologia e il volume di prestazioni da acquistare per i propri residenti, nell'ambito dei livelli massimi di finanziamento assegnati, e da conferire al sistema di prenotazione regionale;

■ raggiungere, per le prescrizioni di primo accesso prioritizzate, gli standard di risposta entro i tempi massimi indicati a livello nazionale (90%), con riferimento agli ambiti territoriali di garanzia.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Istituzione della Rete dei Responsabili Aziendali per l'accesso alle prestazioni e il governo delle liste di attesa e avvio dell'affiancamento da parte della struttura regionale per le attività di riconfigurazione delle agende di prenotazione

Indicatore: (1) nomina dei responsabili-referenti aziendali / n. aziende; (2) n.

incontri di affiancamento / n. aziende

Risultato atteso: (1) 100%; (2) 100%

Tempistica: ottobre 2016

■ Presentazione e diffusione delle Linee Guida regionali sui criteri per l'attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale, secondo quanto previsto dal DCA n.211/2016

Indicatore: n. di giornate informative sulle Linee Guida regionali

Risultato atteso: ≥ 15 giornate

Tempistica: novembre 2016

■ Ridefinizione della composizione e dei compiti della struttura regionale denominata Task Force Liste di Attesa (DGR 445/2015) a seguito della riorganizzazione della Direzione Regionale

Indicatore: Adozione provvedimento regionale composizione e compiti Task Force

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

■ Definizione dei criteri per l'individuazione degli ambiti di garanzia per le prestazioni "critiche" in considerazione della distribuzione territoriale dell'offerta e in rapporto alle classi di priorità

Indicatore: Adozione provvedimento regionale

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

■ Adozione di un nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa tramite Decreto del Commissario ad acta che rappresenti l'aggiornamento e lo sviluppo dei temi affrontati nel PRGLA 2013-2015

Indicatore: Adozione provvedimento per l'aggiornamento del PRGLA 2013-2015

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

■ Monitoraggio e verifica del grado di completamento della ristrutturazione per classe di priorità delle agende di prestazioni di primo accesso, già avviata nel corso del 2016 da parte delle Aziende Sanitarie pubbliche, in adempimento alle disposizioni regionali

Indicatore: N. Ore agende visibili a Recup riconfigurate per classe di priorità / N. Ore agende visibili a Recup *100 (calcolato a Dicembre sulla prima settimana di Marzo 2017)

Risultato atteso: > 60%

Tempistica: dicembre 2016

■ Predisposizione di un tempario delle prestazioni specialistiche di riferimento regionale

Indicatore: (1) Adozione tempario di riferimento regionale per le prestazioni "critiche" (2) Adozione del tempario da parte delle aziende

Risultato atteso: (1) SI; (2) SI

Tempistica: aprile 2017

■ Introduzione, negli schemi di accordo contrattuale con gli erogatori privati, di indicazioni della quota minima di agende, riferite alle prestazioni 'critiche' accreditate, da mettere a disposizione del sistema regionale di prenotazione (ReCUP), in modalità esclusiva o condivisa

Indicatore: Adozione provvedimento regionale che recepisce lo schema di accordo

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: febbraio 2017

■ Realizzazione delle integrazioni del ReCUP con i maggiori produttori di prestazioni "critiche" per rendere visibili al sistema regionale di prenotazione le proprie agende

Indicatore: N di integrazioni del Recup con produttori privati

Risultato atteso: ≥ 4 integrazioni

Tempistica: giugno 2017

■ Monitoraggio della diffusione dell'uso della ricetta dematerializzata in tutta la regione

Indicatore: Disponibilità di un report di monitoraggio per tipo di prescrittore e azienda

Risultato atteso: Attivazione monitoraggio

Tempistica: giugno 2017

■ Monitoraggio del grado di realizzazione della nuova piattaforma tecnologica ReCUP, che esporrà web service di integrazione con i sistemi di prenotazione di tutti gli erogatori (pubblici e privati) e che prevede procedure per automatizzare il "recall" dei pazienti allo scopo di liberare tempestivamente gli spazi e consentirne la riprenotazione e definire livelli di overbooking per far fronte al fenomeno del no show

Indicatore: Aggiudicazione gara, cronoprogramma e collaudo

Risultato atteso: Aggiudicazione gara, cronoprogramma e collaudo

Tempistica: ottobre 2017

Una valutazione straordinaria del processo di governo delle liste di attesa al 30 giugno 2017

10.1 Qualificazione dei PDTA a livello territoriale

La Regione, con il DCA 474 del 7 ottobre 2015, ha approvato le linee guida per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e il relativo percorso attuativo dei PDTA Diabete, BPCO, Scompenso Cardiaco, TAO.

L'introduzione dei PDTA, oltre ai fini della corretta gestione del paziente, è funzionale al governo delle liste d'attesa, consentendo una migliore programmazione dei controlli in essi previsti. Per individuare correttamente la popolazione di pazienti eleggibili nei percorsi sono stati definiti

specifici criteri di eleggibilità. Tali criteri sono utili per ottenere una omogeneità di comportamenti da parte dei MMG, rispetto a chi arruolare, e ai fini valutativi.

In fase di avvio la popolazione di pazienti eleggibili nei PDTA dovrà comprendere almeno quella afferente ai Distretti su cui insistono le Case della Salute attive. I pazienti cronici individuati sono quelli con il Diabete tipo 2 e BPCO. Per tali patologie si stima una prevalenza nella regione Lazio pari al 10 % circa della popolazione con età \geq a 35 anni per quanto riguarda il diabete, al 4% circa per la popolazione di età \geq 45 anni relativamente alla BPCO. I MMG coinvolti sono quelli presenti nel distretto della Casa della Salute e quelli operanti nel territorio in forma associata (Unità di Cure Primarie, Unità Complessa di Cure Primarie), tenuto conto della programmazione aziendale; requisito necessario per la loro partecipazione è che i sistemi informatici dei MMG siano integrati con quelli regionali.

Per quanto attiene al PDTA Diabete, al fine di un'effettiva gestione integrata del paziente diabetico, il centro diabetologico deve essere collegato in rete con il resto del sistema (le Agende del centro diabetologico devono essere disponibili in prenotabilità nel percorso).

In conclusione, l'obiettivo programmato è l'estensione dei PDTA per le principali malattie cronico degenerative su tutto il territorio regionale.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Avvio graduale dei PDTA per pazienti neo diagnosticati e prevalenti. Nel corso del biennio 2016-2017, compatibilmente con la programmazione aziendale, i PDTA saranno implementati su tutto il territorio regionale

Indicatori: (1) Numero di PDTA attivati; (2) % di ASL con PDTA attivati;

Risultati attesi: (1) \geq 2; (2) 100%;

Tempistica: (1) da ottobre 2016; (2) marzo 2018

■ Applicazione di quanto previsto dal DCA 474/2015 relativo alla presa in carico dei pazienti cronici a livello territoriale e dal DCA 581/2015 che adotta il Piano regionale per la malattia diabetica, finalizzati rispettivamente alla gestione integrata del PDTA tra Medico di medicina generale e Medico specialista e alla definizione, mediante specifico provvedimento, della rete assistenziale delle persone con diabete in età adulta e della rete assistenziale per l'età pediatrica.

Indicatori: avvenuta definizione rete diabetologica

Risultati attesi: adozione atto amministrativo di definizione rete diabetologica

Tempistica: dicembre 2016.

Una valutazione straordinaria del processo di qualificazione dei PDTA a livello territoriale al 30 giugno 2017.

11 Riorganizzazione e potenziamento delle reti assistenziali

Nel capitolo sono descritti gli interventi di qualificazione sul sistema dell'emergenza territoriale, sulle reti assistenziali ospedaliere sia "tempo-dipendenti" che legate all'elezione, sull'offerta di post-acuzie medica e riabilitativa, sulle reti della medicina di laboratorio di base e specialistiche, sulla rete dei servizi trasfusionali e sui centri per le malattie rare. Il filo che li accomuna, indipendentemente dalle loro peculiari specificità, è l'intenzione di migliorare ulteriormente l'offerta sulla base di principi di appropriatezza clinica ed organizzativa, di utilizzo di soglie di volumi di attività e di esito.

Gli obiettivi programmati nel triennio sono:

aderire agli standard contenuti nel DM 70/2015;

rafforzare, attraverso lo sviluppo e consolidamento di protocolli operativi, le relazioni interne a ciascuna rete affinché ogni punto di offerta svolga la sua funzione in maniera integrata con le strutture di riferimento.

11.1 Rete emergenza

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 412 del 26 novembre 2014 e quello di integrazione n. 214 del 15 giugno 2016 hanno approvato la riorganizzazione della rete ospedaliera, riconfigurandone il nuovo assetto, a partire dalla rete dell'emergenza-urgenza. Il Coordinamento della Rete dell'Emergenza è affidato alla Direzione Regionale Salute e Politiche sociali, coadiuvato dal

Gruppo tecnico di lavoro regionale (Det. Dirigenziale 31 luglio 2013) nonché dalle Direzioni sanitarie dei DEA di II livello.

La risposta all'emergenza si articola in una fase di allarme e risposta territoriale, gestita dall'ARES 118, e da una risposta ospedaliera. Il sistema dell'emergenza si integra con la continuità assistenziale, garantita dall'ARES 118 e dalle Aziende sanitarie.

L'ARES 118 nella Regione Lazio attualmente articola la propria offerta in:

- 4 Centrali Operative (CO): Roma Città Metropolitana, Frosinone, Latina e Rieti- Viterbo;
- 158 postazioni territoriali di soccorso ubicate su tutto il territorio regionale;
- 222 mezzi di soccorso, di cui 106 di soccorso avanzato (automediche, MSA ed MSAB) e 116 di soccorso di base (va specificato che come previsto dalla normativa regionale anche questa tipologia di mezzi prevede la presenza di personale infermieristico a bordo);
- un servizio di elisoccorso, organizzato su tre basi HEM, dislocate a Roma – Fonte di Papa (h24), Latina (h24) e Viterbo (h12);
- 31 elisuperfici dedicate.

Le Centrali d'ascolto per la continuità assistenziale sono 19. L'ARES 118 gestisce attualmente la Centrale d'ascolto di Roma, che copre la città di Roma e parte della provincia (con esclusione di Civitavecchia, Bracciano, Genzano e Nettuno gestite con proprie centrali autonome), alla quale fanno capo 37 postazioni periferiche gestite dalle ASL urbane (RM1, RM2 e RM3), ed extraurbane (RM4, RM5 e RM6); le altre Centrali d'Ascolto sono attualmente gestite dalle relative ASL provinciali con

proprie centrali autonome (2 a Latina, 3 a Frosinone, 1 a Rieti, mentre a Viterbo non vi è centrale autonoma e le 13 postazioni territoriali assolvono anche alla funzione di filtro oltre che di visita).

Le emergenze neonatali sono gestite dal servizio dedicato "Servizio Trasporto Emergenza Neonatale-STEN" il cui coordinamento è presso l'Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I e che si avvale di tre mezzi di trasporto (due presso il Policlinico Umberto I ed uno presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù), nonché dell'uso dell'elisoccorso per il trasporto neonatale assistito dal personale dello STEN in presenza di specifiche condizioni (DCA n. 8 del 25/01/2016).

La rete ospedaliera dell'emergenza prevista dal DCA 412/2014 e s.m.i. è articolata in:

- 6 DEA di II livello (Policlinico Umberto I, AO San Giovanni, AO San Camillo- Forlanini, Policlinico A Gemelli, Santa Maria Goretti) di cui uno presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (Hub nella rete di emergenza pediatrica);
- 21 DEA di I livello;
- 19 PS di cui 3 in Presidi ospedalieri di zone disagiate (Subiaco, Acquapendente e Amatrice);
- 3 PS monospecialistici (CTO, Oftalmico, ICOT).

L'emergenza pediatrica prevede la presenza, per le specialità elencate, dei seguenti ospedali di riferimento:

- cardiocirurgia presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG);
- neurochirurgia presso OPBG e Policlinico Gemelli;
- chirurgia neonatale-pediatrica presso l'AO San Camillo e OPBG;
- terapia intensiva presso OPBG, Policlinico Gemelli e Policlinico Umberto I.

L'andamento degli accessi in PS/DEA per triage e volume ha subito un decremento dal 2007 (2.094.574 accessi) al 2015 (1.919.665 accessi- dato non consolidato). Si osserva un aumento degli accessi con codice triage rosso (dall'1% al 2,7%), e giallo (dal 14,5% al 25,7%) con decremento degli accessi codice triage verde (dal 72% al 66,3%) e bianco (dal 12,2% al 4,7%). Nel 2015, in circa il 19% degli accessi in PS la modalità di arrivo è stata con ambulanza, il numero di missioni di elisoccorso è stato di 2.138, di cui 1.916 diurne e 222 notturne, con un incremento di circa il 14%.

Azioni, indicatori e tempistica

- Centralizzazione dei trasporti secondari ad ARES 118. Si prevede il completamento delle attività di centralizzazione ad ARES dei trasporti secondari su tutto il territorio regionale. L'intervento comporterà una evidente riduzione della spesa in quanto attualmente è parcellizzata in molteplici affidamenti con un utilizzo non efficiente dei mezzi impegnati in tale attività.

Indicatore: N. trasporti secondari effettuati dall'ARES/tot. trasporti secondari

Risultati attesi: (1) almeno il 50%; (2) 100%

Tempistica: (1) dicembre 2017; (2) dicembre 2018

■ Accorpamento in un'unica centrale delle attuali CC.OO. 118 di Latina e Frosinone

Indicatore: realizzazione centrale unica di Latina – Frosinone

Risultati attesi: adozione di atto amministrativo

Tempistica: giugno 2018

■ Consolidamento del servizio di elisoccorso con l'estensione in h 24 della base HEMS di Viterbo. Il servizio dovrà operare in coerenza con il DM n. 70/2015 che prevede un volume di interventi diurno per mezzo compreso tra i 400 ed i 600 all'anno mentre il volume di interventi notturni dovrà essere ricompreso fra i 350 ed 550. Per il raggiungimento dei volumi di attività previsti dal citato decreto si

potrà avvalere anche della stipula di eventuali accordi con le regioni confinanti, che ARES 118 potrà proporre ai competenti uffici regionali.

Indicatore: estensione in h 24 base HEMS di Viterbo

Risultati attesi: adozione atto organizzativo

Tempistiche: dicembre 2017

■ Potenziamento del servizio di elisoccorso, con l'identificazione di ulteriori punti di atterraggio in h 24 in ottemperanza al Regolamento Europeo n. 965 dello 05/10/2012 recepito con legge regionale n. 11 del 24/11/2014.

Indicatore: n. nuovi punti di atterraggio attivati/numero nuovi punti di atterraggio previsti

Risultati attesi: 90%

Tempistica: dicembre 2017

■ Ulteriore qualificazione della rete perinatale mediante l'attivazione del servizio di trasporto materno assistito (STAM), con il supporto del personale sanitario specializzato delle strutture Hub e Spoke della rete perinatale.

Indicatore: attivazione del servizio

Risultati attesi: adozione atto organizzativo

Tempistica: aprile 2018

■ Affidamento ad ARES 118 dei trasporti di organi ed equipe connessi alle attività trapiantologiche in linea con quanto previsto dal DCA n. U00433 del 16/09/2015

Indicatore: N. trasporti connessi all'attività trapiantologica effettuati dall'ARES 118 /tot. richieste di trasporto connesse all'attività trapiantologia da parte del Centro Regionale Trapianti

Risultati attesi: 95%

Tempistica: 28 febbraio 2017

■ Riordino della normativa regionale in tema di trasporto infermi e soccorso sanitario, in attuazione del DCA n. U00518/2015

Indicatore: predisposizione proposta nuovo testo normativo di modifica Legge regione

Risultati attesi: presentazione proposta nuovo testo normativo

Tempistica: marzo 2017

■ Completamento della riorganizzazione della continuità assistenziale, con riduzioni del numero delle centrali di ascolto attive entro gli standard previsti dall'Accordo Stato-Regione del 7 febbraio 2013 pari a 5 su base provinciale, ed integrazione funzionale con le attività di ARES 118

Indicatore: N. Centrali di Ascolto attive sul territorio regionale pari a 1 per provincia

Risultati attesi: (1) Roma e provincia; (2) Rieti e Viterbo; (3) Latina e Frosinone

Tempistica: (1) dicembre 2016; (2) giugno 2017; (3) dicembre 2017

■ Avvio di Sistema Gestione Posti Letto nei reparti di area critica. La piattaforma informatica di tipo web, gestita da ARES 118, permetterà di rilevare per ciascuna struttura ospedaliera inserita nella rete dell'emergenza e singola unità operativa e disciplina il numero dei posti letto accreditati attivi, liberi ed occupati.

Indicatore: n. strutture ospedaliere della rete dell'emergenza inserite nel sistema/n. totale strutture ospedaliere della rete emergenza.

Risultati attesi: 100%

Tempistica: febbraio 2017

■ Estensione all'intero territorio regionale del sistema di teletrasmissione del tracciato elettrocardiografico da parte dei mezzi di soccorso di ARES 118, in modo da garantire una centralizzazione primaria dei pazienti con infarto STEMI presso le strutture della rete cardiologica regionale dotate di emodinamica per l'effettuazione di angioplastica primaria. Attualmente il sistema è attivo nella provincia di Latina ed in quella di Viterbo

Indicatore: n. pazienti con ECG effettuato su mezzo ARES 118 con referto positivo per STEMI trasportati in ospedale con emodinamica/ n. pazienti con ECG effettuato su mezzo ARES 118 con referto positivo per STEMI trasportati in ospedale

Risultati attesi: 100%

Tempistica: giugno 2017

■ Aggiornamento ed implementazione dei Protocolli Regionali di Triage Ospedaliero secondo la classificazione a 5 codici numeri di priorità.

Indicatore 1: Sviluppo di numero 60 schede-sintomi con cinque codici elaborate

Risultati attesi: adozione linee guida

Tempistica: dicembre 2016

Indicatore 2: Implementazione del sistema a 5 codici in tutti i PS del Lazio

Risultati attesi: 80% dei PS

Tempistica: giugno 2018

■ Contrasto del sovraffollamento nei PS/DEA. Adozione di un Piano per il sovraffollamento da parte dei 16 Ospedali con maggiori criticità evidenziate dal sistema regionale di monitoraggio mensile (valore soglia >75% dei mesi con valori non accettabili nei 4 indicatori nel I semestre 2016).

Box. I 4 indicatori sul PS oggetto di monitoraggio mensile

Indicatore: Numero di Piani aziendali adottati da parte dei 16 Ospedali con maggiori criticità evidenziate dal sistema di monitoraggio mensile /totale dei 16 ospedali

Risultati attesi: 100%

Tempistica: febbraio 2017

■ Realizzazione di Percorsi clinico-organizzativi separati per intensità di cura all'interno dei DEA ai sensi del DCA n. 599/2015 (Recepimento Accordo Conferenza Stato - Regioni recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale")

Indicatore: Numero di Percorsi adottati/totale dei 27 DEA

Risultati attesi: almeno 24 DEA con un percorso realizzato

Tempistica: febbraio 2017

■ Completamento della Rete emergenza ospedaliera.

Indicatore: (1) adeguamento al II livello del DEA del S.M. Goretti; (2) adeguamento al II livello del DEA del Policlinico Tor Vergata; (3) attivazione del PS presso il Campus Biomedico.

Risultati attesi e tempistica: (1) febbraio 2017 con apertura UTN; (2) luglio 2017 con apertura ostetricia (il rispetto delle tempistiche è legato alla risoluzione del problema IME); (3) dicembre 2018.

11.2 Rete ospedaliera

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 412/2014 e s.m.i. ha approvato la riorganizzazione della rete ospedaliera, programmando una dotazione di 17.144 posti letto in acuzie (15.121 ordinari e 2.023 DH) e 4.034 posti letto in post-acuzie (3.168 post-acuzie riabilitativa e 866 post-acuzie medica). Il rapporto dei posti letto (n= 21.178) sulla popolazione al 1 gennaio 2015 (5.892.425) è pari 3,59 per 1.000 (0,68 post-acuzie), valore inferiore alla soglia massima di 3,7 prevista dal DM 70/2015.

Come illustrato nei grafici riportati in premessa, nella regione il tasso di ospedalizzazione è in costante decremento da un valore di 191,3 per 1.000 nel 2009 al 149,2 nel 2014, in pieno rispetto della soglia massima del 160 x 1.000. Si rileva tuttavia un tasso di ospedalizzazione per acuti in DH superiore ai parametri previsti (47,5 vs 40 per 1.000).

Riguardo alle reti assistenziali, il DCA n. 412/2014 ha previsto il seguente assetto.

- Rete ictus: 34 strutture di cui 4 UTN II, 7 UTN I e 23 TNVPSe;
- Rete cardiologica: 23 centri di cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica, di cui 2 senza PS. A questi si associano 11 strutture con sola cardiologia/UTIC di cui 2 senza PS;
- Rete cardiocirurgica: 7 centri di cui 2 strutture senza PS.
- Rete trauma: 3 CTS, 6 CTZ di cui 3 nelle province di Viterbo, Latina e Frosinone, e 22 PST;
- Rete perinatale: 33 strutture di cui 10 di II livello.

Alcuni degli interventi programmati nel triennio 2016-2018 sono a completamento di quanto configurato nel succitato DCA, altri nuovi risultano necessari per il potenziamento della rete stessa. In base alla nuova aggregazione delle ASL di Roma, prevista all'art. 6 della LR n. 17 del 31 dicembre 2015, nel corso del 2017 sarà necessario procedere ad una parziale revisione dell'assetto attuale in coerenza con i nuovi accorpamenti aziendali anche al fine di raggiungere un migliore bilanciamento dell'offerta di posti letto per area territoriale. Si prevede, inoltre, di istituire entro il I semestre 2017 un tavolo a cui parteciperanno tutti i soggetti istituzionali, al fine di valutare la fattibilità del nuovo ospedale del "Golfo" nella zona del sud Pontino nell'ambito di una riorganizzazione dell'offerta ospedaliera in quel territorio.

Azioni, indicatori e tempistica

- Completamento delle azioni previste nel DCA 412/2014 in merito alla rete ictus

Indicatore 1: attivazione delle UTN a F. Spaziani-Frosinone, SM Goretti-Latina, h24 per il San Giovanni Addolorata, Belcolle-Viterbo.

Risultati attesi: adozione atto di organizzazione

Tempistica: febbraio 2017 per il SM Goretti, giugno 2017 per gli altri tre ospedali

Indicatore 2: certificazione da parte delle quattro UTN di II livello degli *Spoke* con solo Team Neurovascolare in grado di effettuare la trombolisi.

Risultati attesi: almeno 16 *Spoke* certificati sui 23 presenti

Tempistica: dicembre 2017

Indicatore 3: almeno 2 UTN II h24 per interventi di trombectomia.

Risultati attesi: adozione atto di organizzazione

Tempistica: gennaio 2017

- Completamento delle azioni previste nel DCA 412/2014 in merito alla rete perinatale.

Indicatore 1: un servizio h24 per la parto-analgesia negli ospedali provinciali di Rieti, Viterbo, Frosinone e Latina e nelle UO perinatali di II livello della città di Roma.

Risultati attesi: almeno 12 Ospedali con servizio attivo h24

Tempistica: dicembre 2017

Indicatore 2: adozione di un piano ospedaliero sulla promozione dell'allattamento al seno nei 23 reparti pubblici ostetrici.

Risultati attesi: (1) almeno il 70% dei reparti con Piano approvato; (2) almeno il 70% degli operatori formati.

Tempistica: (1) giugno 2017; (2) dicembre 2017

Indicatore 3: realizzazione di una UO perinatale di I livello presso le Aziende Ospedaliere-Universitarie Sant'Andrea e PTV

Risultati attesi: adozione atto di organizzazione

Tempistica: luglio 2017

- Rete cardiocirurgica: diffusione di un documento per la gestione dello scompenso cardiaco acuto

Indicatore: approvazione del documento con Determina regionale

Risultati attesi: Determina regionale

Tempistica: novembre 2016

■ Rete trauma grave: incremento della centralizzazione primaria dei mezzi di soccorso ARES 118 con pazienti in codice rosso nei tre CTS

Indicatore: numero codici rossi con trauma grave arrivati in CTS/totale codici rossi con trauma grave.

Risultati attesi: almeno il 75% in CTS

Tempistica: luglio 2017

■ Adeguamento agli standard DM 70/2015: chiusura/riconversione delle Case di Cura poli-specialistiche con un numero di posti letto per acuti inferiore a 60.

Indicatore: CdC chiuse/riconvertite con meno di 60 posti letto per acuti polispecialistici

Risultati attesi: 100%

Tempistica: giugno 2017

■ Adeguamento agli standard DM 70/2015: riduzione delle UUOO nelle specialità non ancora coerenti con il fabbisogno definito nella tabella del paragrafo 3.1.

Indicatore: numero di specialità che rispondono allo standard di fabbisogno del DM 70

Risultati attesi: (1) almeno il 75% delle specialità entro standard; (2) il 100% entro standard

Tempistica: (1) marzo 2017; (2) dicembre 2018

■ Adeguamento agli standard DM 70/2015: diffusione di raccomandazioni per il trasferimento dal regime di ricovero a quello ambulatoriale (Chirurgia ambulatoriale APA) al fine del rispetto del valore massimo di ospedalizzazione diurna del 40 x 1.000.

Indicatore: tasso di ricoveri in regime diurno per 1.000 abitanti

Risultato atteso: tasso del 45,0 x 1.000 nel 2016; tasso del 42,5 nel 2017; tasso del 40,0 nel 2018

Tempistica: 2016; 2017; 2018

■ Riorganizzazione della Rete ospedaliera di post-acuzie riabilitativa e medica ai sensi del DCA n. 159 del 13 maggio 2016 “Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”.

Indicatore: predisposizione documento relativo al fabbisogno di PL post acuzie riabilitativa (cod. 56, 60, 75, 28)

Risultati attesi: adozione di un DCA

Tempistica: novembre 2016

■ Apertura del Nuovo Ospedale dei Castelli-NOC (ASL RM 6) con contestuale rimodulazione dell’offerta ospedaliera del territorio della ASL RM 6

Indicatore: (1) apertura del NOC; (2) numero reparti disattivati negli altri presidi ospedalieri della ASL RM 6

Risultati attesi: (1) SI; (2) numero dei letti disattivati/totale letti da disattivare

Tempistica: marzo 2018

■ Qualificazione delle Reti oncologiche: implementazione del percorso senologico in tutte le Aziende territoriali; predisposizione di PDTA per pazienti ad alto rischio per Ca mammella; produzione di indicazioni per la prevenzione delle donne fuori fascia screening per Ca mammella;

Indicatore: (1) numero di Aziende territoriali che dispongono di un percorso senologico approvato dalla Direzione regionale; (2) diffusione di un PDTA

sull’alto rischio; (3) diffusione delle indicazioni per le donne fuori fascia screening.

Risultati attesi: (1) 10 Aziende territoriali; (2-3) adozione di un documento con Determina;

Tempistica: giugno 2017.

■ Qualificazione delle Reti oncologiche: diffusione di un documento sulla Rete assistenziale per la gestione del tumore del colon retto e sul percorso di screening.

Indicatore: recepimento e approvazione dei due documenti

Risultati attesi: diffusione dei due documenti

Tempistica: novembre 2016

■ Qualificazione delle Reti oncologiche: predisposizione di documenti specifici su altre patologie tumorali

Indicatore: recepimento e approvazione dei documenti

Risultati attesi: recepimento e approvazione e diffusione dei documenti

Tempistica: giugno 2017 prostata; dicembre 2017 ovaio; dicembre 2018 altre patologie tumorali.

■ Qualificazione delle Reti oncologiche: Registro Tumori Lazio (RTL), ai sensi della LR 12 giugno 2015.

Indicatori: (1) istituzione del Comitato tecnico scientifico del RTL; (2) messa a punto degli algoritmi per patologia al fine di selezionare potenziali casi incidenti; (3) creazione di una piattaforma informatica per la condivisione tra UF delle liste di casi e del loro aggiornamento; (4) avvio di una rete informatica centralizzata per le Anatomie Patologiche per i dati successivi.

Risultati attesi: adozione atti amministrativi

Tempistica: (1) dicembre 2016; (2-3) marzo 2017; (4) giugno 2017

■ Interventi sulla mobilità passiva nelle ASL di Rieti, Viterbo, Latina e Frosinone.

Indicatore: numero di accordi sottoscritti con le regioni di confine

Risultati attesi: accordi sottoscritti con tutte e 6 le Regioni di confine

Tempistica: giugno 2017

11.3 Medicina di laboratorio di base e reti specialistiche

Rete dei laboratori pubblici

Nel corso del 2014, la Regione ha approvato il DCA n. 219/2014 con il quale sono stati riorganizzati i servizi della medicina di laboratorio nel settore pubblico secondo un modello di Rete che prevede la concentrazione delle attività complesse in laboratori di riferimento (Laboratorio Elevata Complessità-Specialistico LEC-S) a cui spetta anche la funzione di coordinamento delle risorse di personale e tecnologiche delle strutture periferiche (Laboratorio Base e di Urgenza) ad essi collegati, nonché la definizione dei fabbisogni a livello di rete in un'ottica di centralizzazione delle gare per sistemi macchina-reagenti. In tutti gli ospedali che erogano cure per acuti è garantita una attività diagnostica di base o solo di urgenza. Attualmente i laboratori LEC-S della Regione sono 8, di cui 5 collocati nel territorio di Roma Capitale (Ospedali: S. Pertini, S. Eugenio, S. Camillo-Forlanini, S. Giovanni Addolorata, S. Filippo Neri) e 3 collocati nelle provincie (Ospedali: Belcolle di Viterbo, S. Maria Goretti di Latina, F. Spaziani di Frosinone). I Laboratori periferici con funzione di base o di urgenza sono 29. A seguito della approvazione della Legge Regionale 31 dicembre 2015, n. 17, art. 6, nel corso del triennio sarà necessario procedere ad una parziale revisione dell'assetto attuale coerentemente con i nuovi accorpamenti aziendali previsti dalla legge.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Revisione della rete prevista dal DCA 219/2014 alla luce del futuro nuovo assetto delle ASL dell'area metropolitana di Roma (2 ASL nella città e 2 ASL nella provincia).

Indicatore: elaborazione di un nuovo piano di riordino

Risultato atteso: elaborazione di un nuovo piano di riordino

Tempistica: giugno 2017

■ Predisposizione, di concerto con la Centrale Acquisti, di una Gara su base regionale per l'adozione del sistema dei trasporti dei campioni biologici.

Indicatore: indizione della gara regionale per i trasporti

Risultato atteso: indizione gara

Tempistica: marzo 2017

Rete dei laboratori privati

Nel corso del 2015 è stato approvato il DCA 270/2015 finalizzato alla revisione e riorganizzazione della medicina di laboratorio di base nel settore privato. A seguito del parziale annullamento dell'atto, disposto dal Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio in esito ai ricorsi proposti da alcune Associazioni di categoria, è necessario adottare un nuovo atto, nei sensi e nei limiti indicati dalle stesse sentenze.

Le strutture private che hanno erogato prestazioni della branca laboratorio analisi per conto e a carico del SSR nell'anno 2015 sono 288, escluse le strutture di ricovero (fonte SIES). Le prestazioni erogate sommano complessivamente a 19.038.810: 11 strutture (4%) hanno erogato più di 200.000

esami, 50 (17%) hanno erogato tra i 100.000 e i 200.000 esami, 59 (20%) hanno erogato tra i 60.000 e i 100.000 esami e le restanti 168 strutture (58%) hanno erogato un numero di esami inferiore a 60.000.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Emanazione di un provvedimento che preveda: (1) l'introduzione della soglia minima di efficienza di un laboratorio di analisi accreditato in 200.000 esami annui (calcolati in base sia alle prestazioni a carico del SSN che a quelle erogate con onere a carico dell'utente, purché prodotte in sede); (2) la creazione di reti di laboratori all'interno delle quali indicare la funzione dei singoli componenti (laboratorio con funzione analitica - che effettua almeno 200.000 esami - o punto prelievo - che effettua solo la fase pre e post analitica); (3) attribuzione del budget unico alla rete o al laboratorio e sottoscrizione del contratto da parte del rappresentante del laboratorio o dell'aggregazione (unico interlocutore della Regione).

Indicatore: approvazione del Decreto.

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: marzo 2017

Reti specialistiche

Con il Decreto n. 549 del 4 novembre 2015, la Regione ha istituito la rete specialistica disciplinare dei laboratori di Genetica Medica. I laboratori di rete sono stati classificati in centri di I e II livello in base al volume ed al tipo di attività. Le attività più complesse sono svolte presso i 5 centri di II livello (San Camillo Forlanini, Policlinico Umberto I, Sant'Andrea, PTV, Policlinico Gemelli), mentre l'esecuzione delle indagini di minore complessità è affidata a 3 centri di I livello (Sant'Anna/A.O. San Giovanni Addolorata, San Pietro FBF, Ospedale Belcolle di Viterbo). A questi si aggiungono il Centro Trasfusionale del Policlinico Umberto I per la tipizzazione HLA di potenziali donatori e pazienti candidati a trapianto d'organo e il Centro Regionale Trapianti per tipizzazione HLA di donatori volontari di midollo.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Avvio dell'operatività di quanto contenuto nel DCA 549/2015 attraverso il consolidamento di tutti gli esami di genetica presso i laboratori della rete e formalizzazione di protocolli operativi tra le strutture che effettuano prelievi e consulenza in ambito genetico

Indicatore: numero di esami di genetica eseguiti nei Laboratori della Rete

Risultato atteso: 100%

Tempistica: giugno 2017

■ Riorganizzazione dei Laboratori di Anatomia Patologica.

Indicatore: approvazione del Decreto

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: giugno 2017

11.4 Rete Terapia del Dolore

L'organizzazione della rete assistenziale per la terapia del dolore regionale è stata approvata con il DCA n. 568 del 27 novembre 2015. Il numero dei centri di terapia del dolore è stato determinato in base agli standard definiti dal DM 2 aprile 2015, n. 70 che prevede un centro *Hub* ogni 2,5 milioni di abitanti e un centro *Spoke* ogni 250/300.000 abitanti. Nella Regione Lazio i due centri *Hub* sono il Policlinico Umberto I e il Policlinico Tor Vergata. Al Policlinico Umberto I afferiscono 11 centri *Spoke* di cui 5 collocati nel Comune di Roma Capitale e gli altri 7 nelle ASL RM 4, Viterbo, Rieti e Latina. Al Policlinico Tor Vergata afferiscono 10 centri *Spoke* di cui 4 collocati nel Comune di Roma Capitale e gli altri 6 nelle ASL RM 5, RM 6 e Frosinone. Il decreto definisce anche l'articolazione della rete in base alle competenze ed al ruolo assegnato. I requisiti minimi, le modalità organizzative e di personale nonché le prestazioni assistenziali sono state individuate secondo le richiamate Linee Guida Nazionali ed i requisiti di autorizzazione e accreditamento previsti dalle norme regionali.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Completamento della piena operatività dei due Hub della Rete (Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata) e dei centri Spoke.

Indicatore: (1) numero di prestazioni “tipiche” di terapia del dolore di elevata complessità effettuate nei centri Hub; (2) numero di prestazioni “tipiche” di terapia del dolore effettuate nei centri Hub&Spoke.

Risultato atteso: (1) > 75%; (2) > 90%.

Tempistica: giugno 2017

■ Sviluppo e approvazione di APA per singole condizioni cliniche finalizzati alla promozione dell’appropriatezza delle prestazioni

Indicatore: numero APA prodotti

Risultato atteso: almeno 2

Tempistica: giugno 2017

11.5 Servizi Trasfusionali

La Regione Lazio si caratterizza per un carenza della donazione che comporta la necessità di ricorrere al supporto programmato, e talvolta anche in urgenza, da parte di altre Regioni a più elevata capacità di produzione aggiuntiva rispetto al proprio fabbisogno interno. Nonostante i dati preliminari relativi all’anno 2015 evidenzino un incremento del numero delle unità di globuli rossi prodotte (circa 186.650 unità), permane, tuttavia, un disavanzo rispetto alle unità consumate (pari a circa 205.000). Tale carenza è riconducibile, tra le altre cause, ad una indice di produzione intorno a 31 unità per mille residenti, di gran lunga inferiore alla media nazionale (42,2 unità per mille residenti) ed un basso indice di donazione nonostante l’elevato numero dei punti di raccolta. L’acquisizione interregionale di tali unità a scopo compensativo ha fatto totalizzare alla Regione un debito in mobilità

sanitaria interregionale superiore ad euro 6.000.000 per l’anno 2014. Inoltre, mentre per l’anno 2014, in linea con quanto si verificava nelle altre Regioni, il Lazio ha registrato una riduzione media del numero di unità di globuli rossi trasfusi pari a circa il 2,1% rispetto al 2012, i dati relativi all’anno 2015, ancorché assolutamente preliminari, non sembrerebbero confermare questo trend in discesa.

Anche l’autosufficienza in medicinali plasmaderivati prodotti da plasma regionale rappresenta un obiettivo non realizzato, rendendo essenziale la riorganizzazione e il miglioramento della efficienza della attività di raccolta del plasma e parallelamente una attività di promozione di interventi mirati al recupero della appropriatezza nell’utilizzo clinico dei medicinali plasmaderivati, con particolare riferimento all’albumina. Tale obiettivo di autosufficienza di sangue e prodotti non può, peraltro, prescindere, nonostante le esigenze quantitative, dal completamento del percorso di qualificazione del sistema regionale. Tale percorso di qualificazione ha comportato l’accreditamento di 18 Servizi Trasfusionali (con una riduzione quindi del numero dei SIMT da 21 a 18) e di 11 Unità di raccolta Associative.

Gli obiettivi di programmazione triennale sono i seguenti:

- ridurre la non autosufficienza di sangue ed emoderivati
- promuovere l’appropriatezza clinica dell’utilizzo di emoderivati
- completare la Rete dei centri di produzione

Azioni, indicatori e tempistica

■ Completamento della piena operatività della Rete delle 5 Aree di produzione (AP) previste dal DCA 207/2014 alla luce dei dati di attività e del nuovo assetto del SSR previsto dall’articolo 6 della LR 31 Dicembre 2015, n. 17.

Indicatore 1: Piena operatività delle Aree di produzione del S.M. Goretti di Latinae “Belcolle” di Viterbo

Risultati attesi: report di monitoraggio

Tempistica: dicembre 2016.

Indicatore 2: Piena operatività delle afferenze dei SIMT all’Area di produzione del Policlinico Tor Vergata, San Camillo-Forlanini, San Filippo Neri

Risultati attesi: report di monitoraggio

Tempistica: aprile 2017 per PTV, agosto 2017 per San Camillo-Forlanini, dicembre 2017 per San Filippo Neri.

■ Adesione all'Accordo interregionale per plasmaderivazione e produzione farmaci plasmaderivati con identificazione regione capofila. La Regione Lazio ha aderito (nota prot. n.314264 del 14.06.2016) all'Accordo interregionale per l'espletamento di una gara aggregata con capofila la regione Toscana.

Indicatore: sottoscrizione dell'Accordo

Risultati attesi: atto amministrativo di recepimento accordo

Tempistica: dicembre 2016

■ Acquisizione di un sistema informatizzato gestionale regionale per la Rete trasfusionale con requisiti rispondenti a quanto indicato nell'Allegato XII del D.M.

Salute 2 novembre 2015.

Indicatore: predisposizione e pubblicazione di un capitolato di gara

Risultati attesi: pubblicazione di un capitolato di gara

Tempistica: dicembre 2016

■ Sviluppo di campagne sulla donazione di sangue, consolidamento dei rapporti fra CRS e SIMT ed Associazioni/Federazioni di donatori volontari di sangue.

Indicatore: Numero di sacche raccolte

Risultato atteso: (1) incremento rispetto al 2015 del 5% dell'attività di raccolta; (2) incremento rispetto al 2016 del 5% dell'attività di raccolta; (3) incremento rispetto al 2017 del 5% dell'attività di raccolta.

Tempistica: (1) dicembre 2016; (2) dicembre 2017; (3) dicembre 2018

■ Conseguimento di un livello significativo o avanzato di autosufficienza regionale di medicinali plasma derivati, mediante incremento del conferimento del plasma al frazionamento industriale rispetto al 2015, ed utilizzo appropriato degli stessi secondo le indicazioni fornite dal Piano Nazionale Plasma.

Indicatore: numero di unità di plasmaderivati raccolte.

Risultato atteso: (1) incremento nel 2016 rispetto al 2015 dell'8% dell'attività di raccolta; (2) incremento nel 2017 rispetto al 2016 del 7% dell'attività di raccolta; (3) incremento nel 2018 rispetto al 2017 del 7% dell'attività di raccolta.

Tempistica: (1) dicembre 2016; (2) dicembre 2017; (3) dicembre 2018.

■ Implementazione delle metodiche di buon uso del sangue con la realizzazione di specifici programmi di Patient Blood Management finalizzati alla preparazione del paziente da sottoporre a interventi chirurgici programmati secondo quanto indicato nel del D.M. Salute 2 novembre 2015 e nel Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti anno 2016.

Indicatore: approvazione da parte del CRS di specifici percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici delle Aziende Sanitarie pubbliche con Servizi Trasfusionali

Risultato atteso: 17 percorsi approvati sul totale delle 17 Aziende sanitarie pubbliche

Tempistica: giugno 2017.

■ Coordinamento del DCA 155/2015 con i requisiti di autorizzazione e accreditamento di cui all'Intesa raggiunta in sede di Conferenza Stato Regioni del 16.12.2010

Indicatore: adozione provvedimento

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: marzo 2017.

■ Conclusione delle visite di verifica dei Punti di raccolta temporanei.

Indicatore: adozione provvedimento

Risultato atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: marzo 2017.

11.6 Rete Malattie Rare

La Regione Lazio con il DCA 387/2015 ha recepito il "Piano Nazionale per le Malattie Rare" (PNMR) approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 16 ottobre 2014 (Rep. Atti 140/CSR) e definito un primo aggiornamento della rete dei centri di riferimento. Nel provvedimento, inoltre, secondo quanto disposto dall'Accordo Stato Regioni del 10 maggio 2007 (Rep. n.103/CSR), viene istituito presso la Direzione Salute e Politiche Sociali il Centro di Coordinamento Regionale Malattie Rare con il compito di coordinare i centri della rete, favorire lo scambio di informazioni e di documentazione fra i professionisti del SSN ed informare i cittadini e le associazioni dei pazienti sul tema delle malattie rare con particolare riferimento ai PDTA. Per ogni singola malattia rara o gruppo, il provvedimento riconosce uno o più Istituti che avranno la responsabilità di individuare al loro interno l'insieme di professionalità e servizi in grado di assicurare una appropriata presa in carico e il necessario collegamento con i servizi territoriali. Con la Determinazione n. G14554 del 24/11/2015 (BURL n. 95 del 26/11/2015) è stato ufficialmente pubblicato l'elenco aggiornato dei Centri Malattie Rare: la nuova rete di ambulatori e responsabili clinici è attiva dal 1° dicembre 2015.

Attualmente la Rete è costituita da 13 Istituti con 72 ambulatori riconosciuti come Centro di riferimento regionale. Al 31 dicembre 2014 risultavano presi in carico dai centri del Lazio 28.069 soggetti.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Aggiornamento del DCA 387/2015 alla luce del prossimo inserimento nei LEA di un nuovo elenco di 109 malattie rare.

Indicatore: emanazione di un Decreto di modifica del DCA 387/2015

Risultati attesi: adozione del DCA

Tempistica: entro sei mesi dall'approvazione del DM sui nuovi LEA

■ Sviluppo/aggiornamento di PDTA per singola malattia rara o gruppo.

Indicatore: (1) numero di PDTA aggiornati e pubblicati sul sito Malattie Rare

Lazio; (2) numero nuovi PDTA pubblicati sul sito Malattie Rare Lazio

Risultati attesi: (1) 30 PDTA; (2) 20 PDTA

Tempistica: giugno 2017

11.7 Gestione del Rischio Clinico

La Regione Lazio, dal 2014 ha avviato nelle proprie strutture sanitarie un percorso di implementazione delle attività di *risk management*, finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori. Alla data di predisposizione del presente documento, è in discussione al Senato un disegno di legge in materia "di responsabilità professionale del personale sanitario" con la finalità di aumentare le garanzie e le tutele per gli esercenti delle professioni sanitarie e nello stesso tempo assicurare ai pazienti la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti. Il Disegno di Legge prevede, all'art. 2, comma 4, che in ogni Regione venga istituito un "Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie i dati regionali sugli errori sanitari e sul contenzioso e li trasmette all'Osservatorio nazionale sulla sicurezza nella sanità". Anche alla luce dell'evoluzione normativa nazionale in materia di rischio clinico, si ritiene necessario consolidare e rafforzare le funzioni regionali e aziendali di gestione e formazione del rischio clinico, anche attraverso la revisione dell'attuale modello organizzativo.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Consolidamento dell'attività di risk management a livello regionale **Indicatore 1:** potenziamento del sistema informativo per il flusso ministeriale SIMES

Risultati attesi: alimentazione del flusso SIMES secondo i tempi previsti dal protocollo ministeriale nel 100 % delle strutture del Servizio Sanitario Regionale.

Tempistica: dicembre 2016

Indicatore 2: promozione della attivazione di corsi di aggiornamento in tema di rischio clinico e sicurezza dei pazienti (adempimento LEA AS.3)

Risultati attesi: Esecuzione di corsi di formazione multi-professionali e multidisciplinari inerenti il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, in percentuale non inferiore al 40 % dei corsi erogati (il calcolo riguarda ogni singola struttura del Servizio Sanitario Regionale e comprende le riedizioni: dieci riedizioni dello stesso corso contano come dieci corsi).

Tempistica: 2016, 2017 e 2018

Indicatore 3: numero di raccomandazioni del Ministero della Salute (adempimento LEA AS.1) implementate/totale raccomandazioni

Risultati attesi: 100%

Tempistica: 2016, 2017 e 2018

Indicatore 4: Documento “Linee Guida per la redazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”

Risultati attesi: approvazione delle LLGG con provvedimento regionale di adozione

Tempistica: novembre 2016

Indicatore 5: Documento “Definizione del Piano Regionale di Prevenzione delle cadute dei pazienti” (Adempimento LEA-Scheda AS punto AS.5) e

Raccomandazione n. 13 del 1° Dicembre 2011 del Ministero della Salute, recante “Le cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie possono causare gravi danni e, in alcuni casi, procurare la morte”.

Risultati attesi: approvazione del documento con provvedimento regionale di adozione

Tempistica: novembre 2016

Indicatore 6: Documento “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella” (adempimento LEA-Scheda AS punto AS.6).

Risultati attesi: approvazione del documento con provvedimento regionale di adozione

Tempistica: novembre 2016

12 Rapporti con gli erogatori pubblici e privati

12.1 Sicurezza delle cure, appropriatezza delle prestazioni ed efficienza gestionale per le prestazioni di assistenza ospedaliera

La Regione, nel corso del triennio, intende rispondere sempre più alle effettive esigenze di salute dei propri cittadini, assicurando i livelli essenziali di assistenza, la sicurezza delle cure, la promozione dell’efficacia e dell’appropriatezza clinica delle prestazioni, l’efficienza gestionale e l’appropriatezza organizzativa. A tal fine ha avviato, con il DCA 332/2015, il monitoraggio dei volumi e degli esiti delle cure sulla base degli indicatori previsti nel DM 70/2015, nonché di altri indicatori di appropriatezza medica e chirurgica e di efficienza. Al fine di migliorare la sicurezza ed appropriatezza delle cure e migliorare l’efficienza gestionale e l’appropriatezza organizzativa, si intende proseguire il percorso intrapreso in cui la Regione definisce i volumi e gli *outcome* di prestazioni attesi da parte degli erogatori, secondo logiche che:

- garantiscano la totale equiparazione delle strutture pubbliche e private;
- tengano conto del ruolo che hanno le diverse strutture all’interno della rete disegnata ai sensi del DM 70/2015.

Tale modello, i cui presupposti sono rappresentati dal monitoraggio dei volumi e degli esiti delle cure, nonché dall’applicazione di criteri e regole di remunerazione volti a migliorare la sicurezza delle cure, permetterà di:

- indirizzare la produzione verso prestazioni sempre più appropriate, garantendo tutte le prestazioni ospedaliere, anche quelle che oggi vengono erogate in strutture operanti in regioni diverse (riduzione delle fughe) e favorire l’incremento della produzione di prestazioni di alta specialità, sulla base di quanto stabilito dalla Legge di stabilità 2016 (L. 208/2015), “*nell’invarianza dell’effetto finanziario*

degli obiettivi previsti dall’art. 15, comma 14, della L.135/2012, ed anche sulla base degli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale”;

- indirizzare la produzione sulle diverse strutture coerentemente alla valutazione della rete in funzione dei bacini di utenza.

Al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità, così come previsto nella L. 208/2015, la Regione con il DCA 248/2016 ha avviato un processo sperimentale volto ad incentivare la produzione di prestazioni di alta specialità, erogate in regime di mobilità, attraverso lo stanziamento per l'anno 2016 di un budget aggiuntivo destinato appunto alle prestazioni di alta specialità erogate in favore di cittadini non residenti; il suddetto fondo è stato ripartito in funzione di un peso individuato dal rapporto tra il valore delle prestazioni di alta complessità di ogni singola struttura privata accreditata erogate (a cittadini residenti e non residenti) nell'anno 2015 e il valore complessivo delle prestazioni di alta complessità erogate dalle strutture private accreditate (a cittadini residenti e non residenti) nell'anno 2015. Le strutture private potranno accedere al budget aggiuntivo esclusivamente nel caso in cui le prestazioni di alta complessità dalla stesse erogate a favore di cittadini non residenti nell'anno 2016 siano incrementate rispetto all'anno 2015.

In merito alle strutture con un numero di posti letto inferiore a 40, nonché alle strutture polispecialistiche con un numero di posti letto inferiore a 60, per l'anno 2016 viene confermata l'assegnazione di un budget in coerenza a quanto assegnato nel 2015. A seguito dei chiarimenti a livello nazionale in merito alle strutture monospecialistiche e polispecialistiche con un numero di posti letto inferiore a 60, per gli anni successivi il budget verrà assegnato sulla base delle risultanze della valutazione regionale che porterà, eventualmente, ad una rimodulazione della configurazione dei posti letto delle strutture interessate da tali chiarimenti.

In sintesi gli obiettivi programmati sono:

- rafforzare la funzione regionale di orientamento delle attività di ricovero, erogate all'interno dei budget, con l'obiettivo di rispondere più efficacemente ai bisogni di salute della popolazione;
- migliorare la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure e l'appropriatezza organizzativa, incentivando il miglioramento delle performance delle strutture ospedaliere;
- incentivare l'implementazione delle reti;
- incentivare la produzione di ricoveri alta complessità;
- favorire la riduzione delle fughe dei ricoveri ospedalieri (riduzione della mobilità passiva).

Azioni, indicatori e tempistica

- Proseguimento del monitoraggio annuale di un set di indicatori inerenti il raggiungimento delle soglie di volume minimo di attività e di esito, l'appropriatezza e l'efficienza gestionale, riferito a tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private, con esclusione di quelle che possiedono posti letto nelle sole discipline di post-acuzie (codici 28, 56, 75, 60).

Indicatore: pubblicazione annuale dei risultati del monitoraggio

Risultati attesi: report annuale

Tempistiche: marzo 2017 (dati al II semestre 2015 e I semestre 2016), marzo 2018 (dati al II semestre 2016 e I semestre 2017)

- Sviluppo di un sistema premiante sulla base degli esiti del suddetto monitoraggio delle attività con l'obiettivo di attribuire ad esse una quota premiale del budget ospedaliero

Indicatore: (1) pubblicazione degli esiti della valutazione di ogni singola struttura basata sugli indicatori di volumi, esiti, appropriatezza ed efficienza (2) emanazione DCA

Risultati attesi: report annuale e adozione DCA

Tempistiche: dicembre 2017 (esiti sui dati 2015), dicembre 2018 (esiti sui dati 2016)

- Attuazione con decreto commissariale di criteri di budget volti a ridurre l'inappropriatezza e ad incrementare la produzione di ricoveri di alta complessità, soprattutto in mobilità attiva come già avviato con il DCA 248/2016.

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: dicembre 2016, dicembre 2018

- Definizione ed applicazione di criteri e regole di remunerazione delle prestazioni volte a migliorare la sicurezza delle cure e all'implementazione delle reti. La Regione intende, negli anni successivi, proseguire nel percorso avviato con il DCA 332/2015 individuando nuovi criteri volti a

migliorare la sicurezza delle cure sulla base degli indicatori di cui al DM 70/2015 e l'implementazione delle reti assistenziali.

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione

Tempistiche: dicembre 2016, dicembre 2018

■ Individuazione di criteri che favoriscano la riduzione delle fughe dei ricoveri ospedalieri, ed applicazione degli stessi criteri in sede di definizione dei budget 2017.

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: dicembre 2018

■ Definizione, per ciascuna struttura/ASL, del volume e della tipologia di prestazioni da acquistare coerentemente con gli obiettivi di riduzione dell'inappropriatezza, in funzione del ruolo che le stesse hanno nella rete ospedaliera disegnata ai sensi del DM 70/2015 (cfr. DCA 412/2014)

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: dicembre 2018

■ Revisione dei criteri di definizione dei finanziamenti per le funzioni assistenziali ex art. 8 sexies del D. L.gs. 502/92 e ai sensi dell'art 7 c. 2 del D. L.gs. 517/99 riferiti al 2016 ed al 2017 (entro dicembre 2016).

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: dicembre 2016, dicembre 2017

12.2 Implementazione della funzione di committenza in capo alle ASL per l'acquisto di prestazioni territoriali

La Regione Lazio ritiene che per soddisfare le reali esigenze di salute della popolazione sia necessario proseguire con l'implementazione della funzione della committenza (già avviata con i DCA 333/2015, 126/2016 e 256/2016). Le ASL, infatti, più vicine alla popolazione di riferimento, sono in grado di garantire l'effettivo accesso ai servizi secondo le esigenze di salute della popolazione, di prefigurare le aree di bisogno e le priorità di intervento, e dunque di organizzare e acquistare quei servizi necessari a rispondere alle esigenze dei cittadini. Per raggiungere tale scopo, la Regione intende sviluppare un modello organizzativo-gestionale di committenza secondo il quale, progressivamente le ASL sono chiamate a stabilire quali prestazioni comprare e da chi sulla base dei problemi emergenti e definendone le priorità (ad esempio le liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere).

Il modello organizzativo-gestionale di committenza che si intende realizzare è pienamente rispondente a quanto disposto dall'art. 8 quinquies, commi 1 e 2 del D.Lgs.502/92 che prevede l'individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto, nonché l'emanazione da parte della Regione degli indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale. In un modello così delineato le ASL, tenendo conto delle esigenze di salute della popolazione di riferimento, determinano il livello massimo di finanziamento da assegnare ad ogni singola struttura sanitaria, sulla base degli indirizzi formulati a livello regionale.

In conclusione, gli obiettivi programmati sono:

■ Incentivare la funzione di committenza delle ASL;

■ adeguare il sistema di tariffazione;

Azioni, indicatori e tempistica

■ Definizione dei budget per gli anni 2017-2018 (eventualmente pluriennali) per ciascuna ASL finalizzati alle prestazioni territoriali (assistenza ai non autosufficienti, *hospice* e *assistenza psichiatrica territoriale*), in funzione del numero dei posti letto previsti e definiti a livello aziendale

sulla base della stima del fabbisogno assistenziale, di un determinato tasso di occupazione dei posti letto (fino ad un massimo del 98%), differenziato per tipologia di prestazione/assistenza e della valorizzazione delle giornate sulla base delle corrispondenti tariffe previste a livello regionale. Definizione del budget per la riabilitazione territoriale rivolta a persone con disabilità fisica psichica e sensoriale. È in capo alle ASL l'attribuzione del budget alle singole strutture private accreditate, sulla base degli indirizzi e determinazioni regionali, e la successiva sottoscrizione degli accordi.

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: dicembre 2016, dicembre 2017

■ Definizione dei budget per gli anni 2016-2018 da assegnare alle ASL per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, tenendo conto dell'esigenza regionale di abbattere le liste di attesa, dei limiti di spesa previsti dalla normativa nazionale, dei criteri di prescrittibilità definiti dal Ministero della Salute nel DM 9/2015 e della dimensione del laboratorio. È in capo alle ASL l'attribuzione del budget alle singole strutture pubbliche e private, sulla base degli indirizzi e determinazioni regionali, e la successiva sottoscrizione degli accordi.

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: si

Tempistiche: dicembre 2016, dicembre 2017

■ Adeguamento del nomenclatore tariffario regionale, al fine di estendere la possibilità di erogare tutte le prestazioni delle branche accreditate in capo ad ogni struttura.

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: marzo 2017

■ Revisione delle tariffe riferite alle prestazioni di assistenza ambulatoriale e alle giornate di assistenza presso strutture di riabilitazione territoriale ex art. 26 – L-833/1978

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: gennaio 2017

■ Adozione delle tariffe riferite alle seguenti prestazioni di assistenza territoriale:
– presso strutture di psichiatria per adolescenti:

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: gennaio 2017

– presso le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: giugno 2017

– presso strutture per disturbi del comportamento alimentare e obesità

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: giugno 2017

– presso strutture che erogano assistenza rivolta alle persone in stato di dipendenza o addiction:

Indicatore: emanazione DCA

Risultati attesi: adozione DCA

Tempistiche: giugno 2017

12.3 Revisione del DCA n. 40/2012 in materia di controlli esterni

Per quanto riguarda i controlli esterni, negli ultimi anni si sono avuti passaggi di competenza (chiusura dell'Agenzia di Sanità Pubblica, istituzione dell'Area Pianificazione Strategica, Verifica e Controlli Attività Sanitaria a partire dal 1° gennaio 2015) che hanno portato a fasi di transizione e assestamento con rilevante incidenza sulle attività. Nonostante nel 2015 si sia lavorato per ridurre l'arretrato creatosi in precedenza, è necessario procedere ad una revisione normativa, con interventi

di semplificazione, ridefinizione funzionale delle competenze Regione/ASL e revisione del meccanismo sanzionatorio.

Azioni, indicatori e tempistica

■ Revisione della normativa vigente in materia di controlli, prevedendo interventi di semplificazione

Indicatore: Approvazione di un DCA di revisione del DCA n.40/2012

Risultati attesi: adozione atto amministrativo

Tempistica: gennaio 2017

■ Definizione delle nuove procedure per i controlli esterni, congiuntamente alle ASL, che prevedano l'implementazione di un sistema integrato Regione/ASL per l'effettuazione dei controlli esterni

Indicatore: Approvazione di nuove procedure per i controlli esterni

Risultati attesi: adozione atto amministrativo

Tempistica: maggio 2017

13 Autorizzazione e Accreditamento

13.1 Semplificazione della filiera del sistema di autorizzazione, accreditamento e controllo

Le procedure di autorizzazione all'esercizio per le attività sanitarie sulla scorta delle disposizioni del D.lgs. n.502/1992 e s.m.i. sono state regolate a livello regionale dalla L.R. n.4/2003 e dai regolamenti di attuazione Regolamento Regionale n.2/2007 e 13/2007. A distanza di dieci anni dalla emanazione di tali regolamenti ed in considerazione di alcune criticità nell'attuazione, emerse durante il percorso di conferma dell'autorizzazione sanitaria e di accreditamento istituzionale delle strutture private provvisoriamente accreditate, si rende necessario avviare la revisione della normativa regionale anche con l'obiettivo di conseguire la semplificazione amministrativa.

Con l'occasione la Regione provvederà a ripristinare la valutazione sul fabbisogno complessivo in relazione alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture, distinguendo tra strutture esclusivamente autorizzate e strutture autorizzate ed accreditate.

La citata revisione verrà operata anche in considerazione del Disciplinare tecnico di cui all'Intesa raggiunta in sede di conferenza Permanente rep. N. 259/CSR del 20/12/2012 (recepita con DCA 54 del 9 febbraio 2015) e del Cronoprogramma di cui all'Intesa rep. N. 32/CSR del 19.2.2015, recepita con DCA 490 del 21.10.2015).

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Adozione di un provvedimento regionale di revisione della normativa in materia.

Indicatore: adozione proposta di revisione normative e di adeguamento del regolamento regionale.

Tempistica: Giugno 2017

13.2 Accreditamento delle strutture private

Il processo di accreditamento viene indirizzato, oltre ad un'attività di continua verifica dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, al miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso l'adesione a quegli strumenti professionali tipici come Linee Guida, Protocolli Operativi, Raccomandazioni. In altri termini, si intende promuovere, nell'ambito dell'accREDITamento, percorsi assistenziali appropriati, valutabili sia in termini di requisiti di processo che di esito.

L'esperienza maturata nel quinquennio appena trascorso ha messo in evidenza, oltre alla necessità di avviare la revisione della normativa di cui al precedente punto

13.1. di attribuire specifiche competenze alle Aziende Sanitarie territoriali.

Nella Regione Lazio il percorso di conferma dell'autorizzazione all'attività sanitaria e di accreditamento istituzionale delle strutture private provvisoriamente accreditate è stato particolarmente complesso, a causa dell'elevato numero di strutture presenti nel territorio (880), della presenza di rilevanti criticità determinate, in molti casi, dalla vetustà degli edifici, e ad una oggettiva difficoltà e rilevanza degli interventi necessari per consentire la rispondenza alla normativa in merito alla sicurezza antincendio, ma anche per il ritardo con cui è stato avviato l'iter dei controlli.

L'effettiva applicazione e attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 8-quater del D. Lgs. n. 502/1992 ed, in particolare, quelle dei commi 6 e 7 indicanti i termini per concludere sia gli accreditamenti transitori, sia gli accreditamenti provvisori, ha avuto avvio ed è coincisa con il percorso previsto dall'art. 1, commi 18 a 26, della L.R. n. 3/2010 - Disposizioni per l'accredimento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private - ed attuato con il DCA n. U0090/2010 che ha approvato, tra l'altro, i "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie", i "Requisiti ulteriori per l'accredimento" e il "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditamenti delle Strutture Sanitarie (SAAS)".

E' in corso di completamento il percorso di accreditamento istituzionale delle strutture private.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Completamento del percorso di accreditamento delle strutture private, si rinvia al paragrafo 1.4

Indicatore: adozione provvedimento di completamento del percorso non espressamente indicati al paragrafo 1.4 e inclusi nel DCA 413/2014 .

Il paragrafo paragrafo 1.4 individua (i) strutture private che saranno tali per effetto del superamento della gestione extra ordinem (ex Pii Istituti), (ii) strutture che sono state inserite nel percorso di accreditamento in coda (Fondazione Gemelli, OPBG), (iii) strutture che sono state caratterizzate da elementi di complessità strutturale (S. Giovanni Calibita, Fatebenefratelli S.Pietro), (iv) strutture che hanno richiesto approfondimento istruttori, la cui tempistica è stata individuata per ciascuna in ragione della gestione del periodo di transizione, ovvero dalle verifiche necessarie anche in forza dell'atto di impegno ai sensi dell'art. 33 della L.R. 12/2016.

Oltre a tali strutture ve ne sono altre riportate nel DCA 413/2014 per le quali si procederà alla conclusione del percorso.

Tempistica: dicembre 2016

13.3 Percorso di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche

Il sistema di autorizzazione e di accreditamento è lo strumento che mira a garantire e a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione, al fine del perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i Livelli Essenziali di Assistenza.

Nel corso dell'anno 2016 verrà avviato un percorso di accreditamento istituzionale per le strutture pubbliche che dovrà essere puntualmente definito attraverso l'emanazione di atti regolamentari che disciplinino i vari aspetti procedurali e contenutistici, nonché la programmazione e la tempistica riferita alle diverse tipologie di attività.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Adozione di un provvedimento regionale che istituisca l'Organismo tecnicamente accreditante

Indicatore: adozione provvedimento regionale;

Tempistica: aprile 2017

■ Definizione di una procedura regionale che disciplini attività e tempistica per il rilascio degli accreditamenti istituzionali dei pubblici, previa definizione delle modalità di verifica, anche alla stregua delle indicazioni della Conferenza Stato- Regioni del 20.12.2012 e del cronoprogramma del 19.12.2015, dei cd. "organismi tecnicamente accreditanti".

Indicatore: adozione provvedimento che individui i valutatori regionali, la formazione e le modalità operative e disciplini l'avvio del percorso di accreditamento del pubblico

Tempistica: giugno 2017

■ Controllo e verifica intermedi dei requisiti di accreditamento delle strutture pubbliche al dicembre 2018

Indicatore: verifica di strutture pubbliche in misura pari al % del totale (% da che sarà fissata nel giugno 2017 dopo l'avvio del percorso)

Tempistica: dicembre 2018

13.4 Sistemi di accreditamento di percorsi assistenziali

L'accredimento dei "percorsi clinico-assistenziali", ad integrazione di quello istituzionale, garantisce che questi siano orientati a problemi di salute e assicura la tempestività e la qualità degli

interventi, nell'ottica del miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni assistenziali rese.

Parallelamente all'accreditamento dei presidi sanitari pubblici si ritiene necessario avviare l'accreditamento dei percorsi clinico-assistenziali e delle reti specialistiche al fine di garantire percorsi orientati ai problemi di salute della popolazione assicurando la tempestività e la qualità degli interventi, nell'ottica del miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni assistenziali rese.

La definizione del percorso clinico-assistenziale permette di stabilire gli interventi necessari, la tempistica, le modalità di erogazione, le risorse e le professionalità necessarie, nonché le modalità di valutazione dell'appropriatezza degli interventi, della qualità delle prestazioni erogate e, non ultimo, consente il *benchmarking* tra gli erogatori. In questo ambito, la Regione si impegna a definire o aggiornare, laddove necessario, requisiti di accreditamento per le reti specialistiche ospedaliere e per

quelle assistenziali territoriali a maggior impatto, inerenti il collegamento funzionale fra i diversi professionisti e servizi all'interno della rete, come pure a fissare gli ulteriori requisiti connessi agli hub e alla partecipazione della struttura nella rete, in linea con il DM 70/2015 e con il Disciplinare di cui all'Intesa raggiunta in sede di Conferenza Permanente Stato regioni del 20.12.2012.

Azioni, indicatori e tempistiche

■ Definizione e aggiornamento requisiti di accreditamento di percorsi assistenziali.

Indicatore: adozione provvedimento che regola i percorsi assistenziali

Risultato Atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2017

■ Definizione delle modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti.

Indicatore: adozione provvedimento che individua le modalità di verifica

Risultato Atteso: adozione atto amministrativo

Tempistica: Dicembre 2017

14 Risultati finanziari del triennio 2016-2018

NB

Si fa rinvio alla lettura integrale del teato

Decreto del Commissario ad Acta 22 febbraio 2017, n. U00054 Rettifica DCA n. 248/2016 "Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere per acuti con onere a carico del SSR" (BUR n. 18 del 2.3.17)

Note

Si dispone di derogare, esclusivamente per l'anno 2016, alla disciplina di cui al punto 7 del DCA n. 248/2016 il quale stabilisce che *"il livello massimo di finanziamento assegnato per le prestazioni a cittadini residenti non potrà essere utilizzato per le prestazioni ai non residenti e viceversa"*;

La suddetta deroga non si applica al "budget per incremento mobilità alta complessità".

Decreto del Presidente della Regione Lazio 27 febbraio 2017, n. T00035 Nomina e costituzione della "Comitato di indirizzo" di cui all'art. 4 del Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e gli I.F.O. – Istituti Fisioterapici Ospedalieri (Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e Istituto Dermatologico San Gallicano) sottoscritto in data 10 maggio 2016 (n. 18902 del 18/05/2016 Reg.Cron.) per l'individuazione di progetti e iniziative congiunte finalizzate alla promozione della ricerca biomedica traslazionale internazionale, allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e al trasferimento di tecnologie avanzate, relativamente alle patologie oncologiche, dermovenereologiche e alle malattie tropicali neglette ad alto impatto epidemiologico e diffusivo. (BUR n. 20 del 9.3.17)

Note

Viene costituito il Comitato di indirizzo, previsto dall'art. 4 del Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio ed gli I.F.O. – Istituti Fisioterapici Ospedalieri (Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e

Istituto Dermatologico San Gallicano), sottoscritto in data 10 maggio 2016 (n. 18902 del 18/05/2016 Reg.Cron.) . Sono nominati quali componenti:

- la dott.ssa Paola Bottaro, consulente a titolo onorifico e gratuito del Presidente della Regione Lazio, in qualità di Presidente, designata d'intesa dalla Regione Lazio e dagli I.F.O.;
- la dott.ssa Alessandra Tomai, dirigente dell'Area Programmazione dell'Offerta formativa e di Orientamento della Direzione regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo studio", componente designata dalla Regione Lazio;
- il prof. Aldo Di Carlo, esperto in Epidemiologia e Dermatologia, componente designato dagli I.F.O.

Il Comitato di indirizzo ha il compito di individuare i programmi di ricerca che saranno oggetto di specifica convenzione operativa, secondo quanto previsto dall'art. 4, comma primo, del citato Protocollo.

Lo svolgimento delle funzioni di cui al punto che precede non dà luogo ad alcun compenso.

Il Comitato di indirizzo ha una durata di cinque anni, a decorrere dalla pubblicazione del presente decreto.

Determinazione 16 febbraio 2017, n. G01721 Valutazione e certificazione dei requisiti dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425-DCA n. U00112 del 11.04.2016.

Note

Viene rilasciata la certificazione inerente l'esperienza professionale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative, ai candidati nell'elenco di seguito riportato che risultano aver inoltrato regolare istanza:

- Manzo Domenico
- Moticone Roberta
- Zecca Susanna - Galeano Daniela
- Bernardini Enrico

LOMBARDIA

L.R. 3.3.17 n. 6 Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche ai Titoli IV, VI e VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) (BUR n. 10 dell'8.3.17)

:

Art. 1 (Modifica al Titolo IV «Norme relative ai trapianti, all'assistenza a domicilio del paziente emofilico, alla dialisi a domicilio e all'assistenza del paziente diabetico» della l.r. 33/2009)

1. Al Titolo IV «Norme relative ai trapianti, all'assistenza a domicilio del paziente emofilico, alla dialisi a domicilio e all'assistenza del paziente diabetico» della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) sono apportate le seguenti modifiche: a) la rubrica del Titolo IV è sostituita dalla seguente: «Reti clinico-assistenziali per le malattie croniche a maggior impatto sul SSL, promozione della donazione di sangue, organi, tessuti e cellule e disposizioni organizzative relative ai trapianti e alle trasfusioni»; b) è soppressa la suddivisione in capi del Titolo IV; c) gli articoli da 37 a 45 sono sostituiti dai seguenti: «Art. 37 (Reti clinico-assistenziali per le malattie croniche a maggior impatto sul SSL) 1. La Regione, le ATS, le ASST e le strutture private accreditate di cui all'articolo 8, nei limiti delle rispettive competenze e funzioni, così come definite dal Titolo I, al fine di assicurare l'appropriatezza, la sicurezza, la qualità e l'efficacia delle cure, in coerenza con l'articolo 9, organizzano reti clinico-assistenziali quali modalità di presa in carico della malattia diabetica, della malattia renale cronica e delle malattie croniche a maggior impatto sul SSL.

2. Le reti clinico-assistenziali costituiscono una modalità gestionale integrata, multiprofessionale e multidisciplinare, che realizza percorsi di continuità assistenziale omogenei che mirano anche allo sviluppo dell'innovazione clinico-assistenziale.

3. Al fine di garantire il miglior funzionamento delle reti clinico-assistenziali, devono essere definiti in conformità ai principi stabiliti dall'articolo 2: a) i criteri per l'individuazione dei soggetti che partecipano alla rete; b) la governance e le regole di funzionamento; c) i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e il loro aggiornamento in base alle evidenze scientifiche; d) i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura; e) il sistema di monitoraggio; f) i criteri di individuazione degli operatori e della loro qualificazione professionale; g) i percorsi che assicurano ai pazienti l'accesso all'innovazione tecnologica; h) le modalità di coinvolgimento delle persone e delle famiglie; i) i percorsi che assicurano ai pazienti la presa in carico secondo il criterio della prossimità territoriale al loro domicilio.

4. Il SSL, per perseguire la finalità indicata nel presente articolo, garantisce la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori socio-sanitari interessati e promuove l'innovazione e la ricerca in ambito clinico-assistenziale, anche attraverso l'individuazione di specifici ambiti.

Art. 38 (Piano regionale della cronicità e della fragilità, innovazione ed efficientamento della presa in carico)

1. Nell'ambito del piano sociosanitario integrato di cui all'articolo 4 è approvato il piano regionale della cronicità e della fragilità che definisce gli indirizzi per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili a maggior impatto sul SSL anche attraverso lo sviluppo delle nuove tecnologie in sanità. 2. In particolare, gli indirizzi di cui al comma 1 sono definiti e sviluppati in modo da prevedere l'integrazione con percorsi di prevenzione primaria e diagnosi precoce a garanzia di sicurezza, appropriatezza e continuità terapeutica.

Art. 39 (Malattia diabetica)

1. Il SSL, nel rispetto della normativa statale e regionale, nell'ambito dell'articolo 37 e con le modalità ivi previste, assicura interventi mirati alla prevenzione e cura della malattia diabetica.

2. La Regione assicura, nell'ambito del piano regionale della prevenzione di cui all'articolo 4 bis, la previsione di azioni specificamente mirate alla prevenzione e alla diagnosi precoce del diabete, con particolare riferimento ai contesti di comunità, finalizzate a promuovere corretti stili di vita, salutari e terapeutici. Individua inoltre le fasce di popolazione a rischio diabetico e definisce la programmazione dei relativi interventi. In ambito pediatrico promuove l'organizzazione omogenea sul territorio regionale dei soggiorni educativi terapeutici.

3. Il modello di rete clinico-assistenziale di cui all'articolo 37, per la presa in carico del paziente diabetico, è organizzato in relazione all'età dei soggetti e ai loro bisogni secondo diversi livelli di intensità di cura. Inoltre garantisce la corretta transizione dalla gestione clinico-assistenziale pediatrica a quella adulta anche con l'obiettivo della deospedalizzazione precoce e della riduzione dell'incidenza degli eventi acuti e/o delle complicanze invalidanti. In particolare, la rete clinico-assistenziale deve garantire: a) la gestione integrata del paziente diabetico attraverso una forte interazione tra le diverse professionalità che comporta il coinvolgimento di team di specialisti ospedalieri e ambulatoriali e del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di libera scelta (PLS); b) la valorizzazione delle strutture specialistiche diabetologiche anche territoriali che consentano la gestione integrata del diabete, promuovendo la presa in carico delle persone con diabete secondo intensità di cura ed ottimizzando l'appropriatezza di accesso alla rete e garantendo continuità assistenziale per quelle fasi della patologia che non necessitano del potenziale diagnostico e terapeutico dell'ospedale per acuti; c) la continuità assistenziale programmata in filiera domicilio – territorio – ospedale – territorio – domicilio, per la gestione della patologia e delle sue complicanze; d) la condivisione, nella rete di assistenza, di documenti tecnici a supporto della definizione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, nonché linee guida per il costante miglioramento dei percorsi di cura e per l'implementazione delle conoscenze tra i professionisti

delle diverse strutture sanitarie; e) la valorizzazione del ruolo del volontariato, quale interlocutore stabile nelle attività di programmazione e verifica in funzione dello sviluppo di programmi e attività di informazione ed educazione dei pazienti e delle loro famiglie; f) l'implementazione appropriata dell'innovazione tecnologica e terapeutica.

Art. 40 (Specifici trattamenti a domicilio)

1. Gli erogatori del servizio di emodialisi svolgono attività di addestramento dei pazienti e dei loro assistenti per l'apprendimento delle pratiche necessarie all'esecuzione della dialisi domiciliare.
2. Gli erogatori di riferimento per i difetti ereditari della coagulazione svolgono attività di addestramento dei pazienti e dei loro assistenti alle pratiche necessarie per l'effettuazione del trattamento profilattico e sintomatico domiciliare d'urgenza.

Art. 41 (Rimborso delle spese di trasporto per trattamenti di dialisi)

1. Il SSL assicura ai pazienti nefropatici cronici sottoposti a trattamenti di dialisi, il rimborso delle spese di trasporto che essi sostengono per effettuare il tragitto dalla propria dimora al centro di dialisi più vicino e viceversa. Tali rimborsi sono determinati in base ai criteri e alle tariffe definite con deliberazione della Giunta regionale in relazione alle diverse tipologie di trasporto.
2. I rimborsi di cui al comma 1 sono subordinati all'autorizzazione rilasciata dall'ATS di residenza in base alla relazione del responsabile del servizio di dialisi che ha in cura il paziente.

Art. 42 (Promozione della donazione di sangue, organi, tessuti e cellule)

1. La Regione, nel rispetto della normativa statale, secondo principi di qualità, sicurezza e appropriatezza, promuove la donazione anonima, volontaria, periodica, responsabile e gratuita del sangue umano e dei suoi componenti e la donazione di organi, tessuti e cellule ai fini di trapianto a scopo terapeutico, promuovendo l'innovazione e la ricerca in tali ambiti. Ai predetti fini promuove e sostiene la formazione e l'aggiornamento continuo degli operatori sanitari coinvolti e favorisce, anche con il supporto delle associazioni di volontariato, la diffusione della cultura della donazione del sangue, degli organi e dei tessuti attraverso iniziative di sensibilizzazione, comunicazione e informazione.

Art. 43 (Sistema regionale trapianti)

1. L'insieme delle componenti istituzionali, professionali, scientifiche e infrastrutturali che concorrono allo sviluppo delle attività di prelievo e di trapianto di organi, cellule e tessuti a scopo terapeutico, costituisce il Sistema Regionale Trapianti (SRT).
2. La Regione definisce, attraverso atti di programmazione, l'organizzazione del Sistema di cui al comma 1, al fine di renderlo aderente all'evoluzione della medicina dei trapianti.
3. Per assicurare efficienza, efficacia e sviluppo delle attività trapiantologiche, è costituito il Coordinamento Regionale Trapianti che realizza il raccordo tecnico tra tutte le componenti del SRT di cui al comma 1 e la sintesi tra gli indirizzi di programmazione regionali e la gestione clinicooperativa del processo donazione-trapianto.
4. Il coordinamento regionale trapianti opera in stretta relazione funzionale con l'AREU che assicura il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti secondo quanto previsto dall'articolo 16.

Art. 44 (Centro di riferimento regionale per le attività di prelievo e di trapianto di organi, cellule e tessuti)

1. La Regione assicura il funzionamento del Centro di riferimento regionale per le attività di prelievo e di trapianto di organi, cellule e tessuti (CRR) che ha sede presso una azienda pubblica o un IRCCS pubblico del SSL. Il CRR svolge le funzioni previste dalla normativa nazionale e regionale.

2. Presso il CRR ha sede la Commissione sanitaria per la valutazione di parte terza dei trapianti di rene e di fegato tra persone viventi; la Giunta regionale definisce gli indirizzi per il suo funzionamento.

Art. 45 (Sistema trasfusionale regionale)

1. L'insieme delle componenti istituzionali, professionali, scientifiche e infrastrutturali che concorrono allo sviluppo delle attività trasfusionali costituisce il sistema trasfusionale regionale.
2. La Giunta regionale definisce, attraverso atti di programmazione, l'organizzazione del sistema di cui al comma 1 al fine di renderlo aderente all'evoluzione della medicina trasfusionale.
3. Il coordinamento delle attività trasfusionali è affidato all'AREU secondo quanto previsto dall'articolo 16.»; d) gli articoli da 46 a 52 sono abrogati.

Art. 2 (Modifiche al Capo I e al Capo II del Titolo VI «Norme in materia di prevenzione e promozione della salute» della l.r. 33/2009) 1. Al Titolo VI «Norme in materia di prevenzione e promozione della salute» della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) sono apportate le seguenti modifiche:

- a) il Capo I «Disposizioni generali» è sostituito dal seguente: «Capo I Disposizioni generali»

Art. 55 (Finalità)

1. Il presente capo persegue finalità di promozione e tutela della salute dei cittadini, mediante la disciplina di un sistema integrato di prevenzione e controllo basato sull'appropriatezza, sull'evidenza scientifica di efficacia e sulla semplificazione dell'azione amministrativa.
2. In attuazione dei piani nazionale e regionale della prevenzione sono realizzati interventi finalizzati a sostenere stili di vita sani, a realizzare ambienti favorevoli alla salute, a eliminare o contenere i rischi per la salute dei singoli e delle collettività, attraverso azioni di profilassi e di diagnosi precoce, anche integrate con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico per prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi.

Art. 56 (Competenze della Giunta regionale)

1. La Giunta regionale, nel rispetto dei piani di cui agli articoli 4 e 4 bis, definisce: a) il ruolo e il contributo dei soggetti coinvolti nel sistema integrato della prevenzione, anche relativamente alle attività di controllo e vigilanza e di sviluppo degli strumenti di informazione e comunicazione, nonché ai processi di promozione della salute; b) gli eventuali specifici interventi settoriali anche in ragione di eventi e situazioni particolari o eccezionali, con particolare riferimento a emergenze sanitarie; c) gli indicatori per la valutazione di efficacia degli interventi di prevenzione e delle attività di controllo e vigilanza; d) i programmi di formazione del personale interessato; e) le campagne di informazione e di comunicazione, con il concorso delle ATS, dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA), delle autonomie locali, di altri enti e istituzioni; f) la partecipazione a processi di valutazione di impatto sanitario (VIS) e di impatto sanitario-ambientale (VIAS), con particolare riguardo alle iniziative coordinate con altri enti e amministrazioni interessate per individuare e rimuovere le cause di effetti nocivi e di malattie di origine ambientale; g) la natura e le modalità di raccolta e gestione dei flussi informativi tra ATS, ASST, erogatori privati accreditati di cui all'articolo 8, enti del sistema regionale ed enti locali stabilendone le modalità di condivisione e integrazione; h) i criteri di gestione integrata e le modalità di coordinamento degli interventi di prevenzione, controllo e vigilanza da parte delle ATS, degli enti locali, degli assessorati regionali relativamente alle competenze specifiche e degli altri enti interessati.
2. La Giunta regionale verifica il perseguimento degli obiettivi della programmazione regionale e fornisce indirizzi per l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sul territorio.
3. Con frequenza annuale, le direzioni generali competenti in materia di sanità e ambiente e l'ARPA redigono un rapporto congiunto sui risultati conseguiti a seguito dell'attività di raccordo. Il rapporto

è comunicato alla Giunta regionale e alle commissioni consiliari competenti. 4. La Giunta regionale, in aderenza alle programmazioni nazionali e internazionali in materia di prevenzione, promuove e diffonde la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche. A tal fine la Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente, approva linee guida.

Art. 57 (Competenze delle ATS)

1. Le ATS svolgono attività di prevenzione e controllo dei fattori di rischio per la popolazione e i lavoratori e di promozione della salute secondo un approccio intersettoriale che valorizza il contributo di altre istituzioni e di soggetti, quali associazioni e organizzazioni, a vario titolo coinvolte, nel raggiungimento di obiettivi comuni di prevenzione.

2. In particolare, tramite i dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria, le ATS assicurano, in coerenza con i livelli essenziali di assistenza e con il piano regionale della prevenzione, la governance e l'orientamento dell'offerta di prestazioni di prevenzione erogate dalle ASST e da altri soggetti accreditati e svolgono attività riguardanti: a) la raccolta e la valutazione di dati sanitari della popolazione, la diffusione della relativa conoscenza e l'effettuazione di indagini epidemiologiche; b) la prevenzione, la comunicazione, la sorveglianza, il monitoraggio, la promozione alla salute e il controllo delle malattie infettive, comprese quelle a trasmissione sessuale; c) l'indirizzo e la verifica dei risultati e della qualità del processo di offerta, nonché del relativo controllo delle attività vaccinali in capo alle ASST, promuovendo il coinvolgimento, l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione; d) la prevenzione individuale e collettiva delle malattie cronico-degenerative e oncologiche, attraverso programmi volti a contenere l'esposizione a fattori di rischio comportamentali e programmi di promozione della salute; e) l'organizzazione e la valutazione dei programmi di screening oncologici; f) la predisposizione, il coordinamento, l'attuazione e la valutazione di piani integrati di promozione della salute; g) la prevenzione e la promozione della salute e sicurezza nelle collettività e negli ambienti di vita; h) la formulazione di contributi alle autorità competenti, in ordine alle ricadute sulla salute della popolazione, nell'ambito delle procedure di valutazione di impatto ambientale (VIA), di valutazione ambientale strategica (VAS), di elaborazione degli atti di pianificazione territoriale e di approvazione della caratterizzazione e del progetto di bonifica dei siti inquinati; i) la prevenzione, anche in collaborazione con ARPA, di malattie di origine ambientale, nonché la sorveglianza e la prevenzione delle esposizioni ambientali pericolose per la salute della popolazione; j) il controllo ufficiale sugli alimenti di origine non animale e loro derivati e sugli alimenti per gruppi specifici di popolazione, nonché sui materiali destinati al contatto con gli alimenti, nelle fasi di produzione, trasformazione e distribuzione; k) il controllo e la vigilanza sulle acque destinate al consumo umano; l) la prevenzione e la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, attraverso l'accertamento dei fattori di rischio, il controllo dello stato di salute dei lavoratori e l'individuazione di misure efficaci a prevenire infortuni e malattie professionali. La programmazione dell'attività si realizza secondo i principi di graduazione del rischio e tenendo conto degli indirizzi nazionali relativamente a determinati settori; m) il controllo e la vigilanza sui gas tossici e sull'impiego delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti; n) il controllo ufficiale: 1) sulle sostanze chimiche, ai sensi del regolamento (CE) n. 1907/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio (REACH), del regolamento (CE) n. 1272/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio (CLP); 2) sui prodotti fitosanitari, ai sensi del regolamento (CE) n. 1107/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio; 3) sui biocidi, ai sensi del regolamento (CE) n. 528/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio; 4) sui detersivi, ai sensi dei regolamenti (CE) n. 648/2004 e n. 259/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio; o) il controllo sull'applicazione delle disposizioni in materia di produzione, confezionamento, importazione, commercializzazione e stoccaggio dei cosmetici; p) le attività di guardia igienica permanente e di pronta reperibilità, per garantire un tempestivo ed efficace intervento per le urgenze ed emergenze igienico-sanitarie, in stretta interazione funzionale fra le diverse strutture sanitarie e della pubblica amministrazione; q) la

promozione di programmi di contrasto ai disturbi alimentari e di educazione alla corretta alimentazione rivolti alla popolazione, in particolar modo alle scuole; r) la promozione di programmi di contrasto al tabagismo; s) la promozione di programmi di contrasto alle dipendenze.

3. Le ATS e le ASST redigono annualmente un rapporto sulle attività svolte in materia di prevenzione e sui risultati raggiunti; tale rapporto è inviato all'Osservatorio epidemiologico presso la Direzione generale Welfare della Regione ed è pubblicato sui siti aziendali. La Direzione regionale Welfare redige annualmente un rapporto sulle attività di prevenzione svolte complessivamente dal sistema ATS/ ASST, dandone ampia diffusione.

4. Le ATS inoltre: a) rilasciano l'autorizzazione all'installazione ed esercizio di apparecchiature a risonanza magnetica per uso diagnostico del gruppo A, con valore di campo statico di induzione magnetica non superiore a 4 tesla, di cui all'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 8 agosto 1994, n. 542 (Regolamento recante norme per la semplificazione del procedimento di autorizzazione all'uso diagnostico di apparecchiature a risonanza magnetica nucleare sul territorio nazionale) e all'articolo 21 bis, comma 2, del decreto-legge 24 giugno 2016, n. 113 (Misure urgenti per gli enti territoriali e il territorio), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2016, n. 160; b) accertano e irrogano le sanzioni amministrative di cui all'articolo 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584 (Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico) per l'inosservanza del divieto di cui all'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3 (Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione), ove si tratti di locali di competenza regionale; c) rilasciano i riconoscimenti ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 sull'igiene dei prodotti alimentari, riguardanti le attività di: 1) produzione, commercializzazione e deposito di additivi, enzimi e aromi ad uso alimentare; 2) produzione e confezionamento di alimenti per gruppi specifici di popolazione; 3) produzione di germogli ad uso alimentare.

5. L'autorizzazione all'esercizio delle apparecchiature di cui al comma 4, lettera a), è valida per cinque anni e rinnovabile alla scadenza ove permanga la conformità agli standard di sicurezza. La medesima autorizzazione può essere revocata, previa diffida a ottemperare entro un congruo termine e contestuale sospensione dell'autorizzazione stessa, al venir meno, anche parziale, di tale conformità. 6. La programmazione delle attività di prevenzione e controllo è effettuata in coerenza con gli indirizzi impartiti dalla competente direzione regionale.

Art. 58 (Articolazione dei dipartimenti di igiene e prevenzione sanitaria)

1. Il Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria si configura come dipartimento gestionale, caratterizzato da uso integrato delle risorse e con attribuzione di un budget unico, che raggruppa un insieme omogeneo di attività complesse e semplici che richiedono una programmazione e un coordinamento unitario con risultati in termini di efficienza ed efficacia misurabili.

2. I dipartimenti gestionali di igiene e prevenzione sanitaria sono costituiti dai seguenti servizi: a) igiene e sanità pubblica, salute-ambiente; b) igiene degli alimenti e nutrizione; c) prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro; d) medicina preventiva nelle comunità; e) promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali.

3. I dipartimenti di cui al comma 2 inoltre assicurano la tutela della salute, anche orientando, con atti di indirizzo, l'offerta di prevenzione erogata dalle ASST e rivolta al singolo individuo in coerenza con i livelli essenziali di assistenza e con i piani nazionale e regionale della prevenzione.

4. In funzione delle necessità territoriali, degli indicatori epidemiologici, del contesto socioeconomico, della necessità di accessibilità e di prontezza degli interventi, dei rischi ambientali e dei flussi turistici, con particolare riguardo all'Area metropolitana ed ai territori montani, il direttore generale dell'ATS può prevedere, nell'ambito del Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAS), ulteriori unità operative o articolare le stesse in unità territoriali.

Art. 59 (Disposizioni in materia di medicina scolastica)

1. Le ATS assicurano la prevenzione collettiva nelle scuole di ogni ordine e grado, anche mediante azioni di promozione della salute a valenza intersettoriale e interistituzionale.
2. Sono aboliti gli obblighi relativi alla tenuta dei registri di medicina scolastica, degli archivi delle cartelle sanitarie individuali, del certificato medico di riammissione oltre i cinque giorni di assenza, nonché l'obbligo di effettuare periodiche disinfezioni e disinfestazioni degli ambienti scolastici ove non sussistano esigenze di sanità pubblica.
3. Le operazioni di sanificazione, derattizzazione, disinfestazione degli ambienti scolastici non dettate da esigenze di sanità pubblica sono a carico della direzione scolastica.
4. Il certificato per l'esonero dalle lezioni di educazione fisica e il certificato sanitario per l'ammissione ai soggiorni di vacanza per minori sono rilasciati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Art. 60 (Abolizione di certificazioni, documenti e adempimenti sanitari)

1. Sono aboliti, con la sola eccezione di cui al comma 2, i certificati, i documenti e gli adempimenti di cui all'allegato A alla presente legge.
2. I certificati e i documenti di cui all'allegato A sono rilasciati ai soli soggetti tenuti alla loro presentazione in altre regioni.
3. Il certificato che attesta l'esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie è sostituito da autocertificazione ai sensi dell'articolo 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (Disposizioni regolamentari in materia di documentazione amministrativa (Testo C)).

Art. 60 bis (Disposizioni sui regolamenti comunali di igiene)

1. La Giunta regionale emana direttive in ordine ad aspetti disciplinati dai regolamenti comunali di igiene.
2. Non trovano applicazione le disposizioni del regolamento locale di igiene tipo.

Art. 60 ter (Direzioni sanitarie delle ATS e ASST)

1. Le direzioni sanitarie delle ATS coordinano l'organizzazione delle attività di prevenzione per il raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), e il raccordo con le ASST e la rete degli erogatori delle prestazioni di prevenzione specialistica.
2. I direttori sanitari delle ATS e delle ASST, fermi restando i requisiti previsti dall'articolo 13, devono possedere i requisiti e le competenze professionali specifiche ai fini organizzativi ed igienico-sanitari, come previsto dall'articolo 3 del d.lgs. 502/1992.

Art. 60 quater (Risorse)

1. La Regione annualmente destina al conseguimento degli obiettivi di prevenzione collettiva, così come indicati nei livelli essenziali di assistenza, una quota del fondo sanitario regionale in misura non inferiore al 5 per cento, nonché: a) gli introiti derivanti: 1) dall'irrogazione di ammende e sanzioni a seguito dell'attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui all'articolo 13, comma 6, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro); 2) dall'irrogazione di sanzioni per violazione delle disposizioni del regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH) e del regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP); b) una quota degli introiti derivanti dalla riscossione delle tariffe di cui all'allegato A del decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 (Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004) relative ai controlli sanitari degli operatori del settore alimentare (OSA) che trattano alimenti di origine non animale.
2. Gli obiettivi di prevenzione a cui destinare le risorse di cui al comma 1 sono definiti sulla base di specifici provvedimenti.»; b) il Capo II «Impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico» è sostituito dal seguente: «Capo II Impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico»

Art. 61 (Oggetto e finalità)

1. Il presente capo disciplina, nel rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230 (Attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 2006/117/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti, 2009/71/Euratom in materia di sicurezza nucleare degli impianti nucleari e 2011/70/Euratom in materia di gestione sicura del combustibile esaurito e dei rifiuti radioattivi derivanti da attività civili), l'impiego a scopo medico di sorgenti di radiazioni ionizzanti, al fine di tutelare la popolazione e i lavoratori in relazione ai rischi connessi a tale impiego.

Art. 62 (Nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico classificato di categoria B)

1. L'impiego a scopo medico di sorgenti di radiazioni ionizzanti, classificato di categoria B, è assoggettato a nulla osta in relazione: a) all'idoneità dell'ubicazione dei locali, dei mezzi di radioprotezione, delle modalità di esercizio, delle attrezzature e della qualificazione del personale addetto; b) alle conseguenze di eventuali incidenti; c) alle modalità dell'eventuale allontanamento o smaltimento nell'ambiente di rifiuti radioattivi.

2. La domanda di nulla osta è presentata all'ATS competente per territorio in relazione alla località di svolgimento della pratica e contiene i dati e gli elementi relativi al tipo di pratica che s'intende svolgere, alle caratteristiche delle macchine radiogene, al tipo e alle quantità di materie radioattive che s'intendono impiegare, alle modalità di produzione ed eventuale smaltimento di rifiuti, all'eventuale riciclo o riutilizzazione dei materiali, all'identificazione dei rischi connessi all'esercizio della pratica.

3. La domanda di cui al comma 2 è inoltre corredata della documentazione redatta e firmata, per la parte di propria competenza, dall'esperto qualificato di cui all'articolo 77 del d.lgs. 230/1995.

4. Le spese derivanti dalle procedure disciplinate dal presente articolo sono a carico dei soggetti richiedenti non pubblici.

Art. 63 (Commissione per la radioprotezione)

1. La Commissione per la radioprotezione, di seguito denominata commissione, costituita presso il dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria dell'ATS: a) svolge le funzioni di organismo tecnico consultivo ai sensi dell'articolo 29, comma 2, del d.lgs. 230/1995; b) fornisce all'ATS il supporto tecnico-scientifico per affrontare le questioni relative alla radioprotezione, nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi da esposizione alle radiazioni ionizzanti.

2. La Commissione è presieduta dal direttore del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria dell'ATS o da un suo delegato ed è composta da: a) due fisici specialisti in fisica medica, iscritti nell'elenco degli esperti qualificati di cui all'articolo 78 del d.lgs. 230/1995, di cui almeno uno con l'abilitazione di terzo grado; b) un medico specialista in medicina nucleare o in radioterapia o, in mancanza di tali specializzazioni, in radiologia; c) un medico specialista in medicina del lavoro, preferibilmente incluso nell'elenco dei medici autorizzati di cui all'articolo 88 del d.lgs. 230/1995; d) il direttore dell'ARPA o un suo delegato; e) un rappresentante della direzione territoriale del lavoro; f) un rappresentante del comando provinciale dei vigili del fuoco.

3. Il direttore generale dell'ATS, su proposta del direttore del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria e su designazione degli enti di cui al comma 2, lettere d), e), f), nomina, previa verifica del possesso dei requisiti, i componenti della commissione.

4. Ciascuna commissione si dota di un regolamento organizzativo che definisce, in particolare, la periodicità delle riunioni, le modalità di valutazione tecnica delle richieste di parere e il numero minimo dei partecipanti ai fini della valida espressione dei pareri. La Commissione dispone di una segreteria amministrativa e resta in carica tre anni.

5. Le spese per il funzionamento della Commissione sono a carico dell'ATS.

Art. 64 (Termini procedurali)

1. Il direttore generale dell'ATS competente per territorio, acquisito il parere della Commissione di cui all'articolo 63, provvede, entro novanta giorni dal ricevimento della domanda, al rilascio, al diniego o alla modifica del nulla osta.
2. La Commissione esprime il proprio parere entro sessanta giorni dalla richiesta da parte del direttore generale e può disporre eventuali sopralluoghi presso le installazioni dei richiedenti il nulla osta.
3. Qualora la commissione ritenga necessari ulteriori documenti o elementi conoscitivi, i termini di cui ai commi 1 e 2 sono interrotti per una sola volta e il parere è reso definitivamente entro trenta giorni dalla ricezione degli elementi istruttori richiesti.

Art. 65 (Disposizioni relative al nulla osta per impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico classificato di categoria A)

1. Al fine dell'espressione del parere da rendere al Ministero dello sviluppo economico, la direzione regionale competente in materia sanitaria si avvale della Commissione per la radioprotezione di cui all'articolo 63.
2. Il direttore generale dell'ATS competente per territorio trasmette alla direzione regionale, entro i termini da questa indicati, l'esito dell'istruttoria svolta.

Art. 66 (Contenuti del nulla osta ed eventuali variazioni)

1. Nel nulla osta sono inserite specifiche prescrizioni tecniche relative: a) alle fasi di costruzione, di prova e di esercizio, alla gestione dei rifiuti radioattivi, al riciclo dei materiali e alla disattivazione degli impianti, compresa l'eventuale copertura finanziaria per la disattivazione medesima; b) al valore massimo di dose derivante dalla pratica per gli individui dei gruppi di riferimento della popolazione ad essa interessata, tenendo conto dell'esposizione sia esterna che interna; c) all'eventuale smaltimento di materie radioattive nell'ambiente; d) agli aspetti di radioprotezione del paziente.
2. Ogni cinque anni a decorrere dalla data del rilascio, il titolare del nulla osta ha l'obbligo di inoltrare all'ATS una relazione tecnica relativa alla gestione radioprotezionistica della pratica; la relazione è redatta e sottoscritta, per quanto di rispettiva competenza, dall'esperto qualificato di cui all'articolo 77 del d.lgs. 230/1995, dal medico addetto alla sorveglianza medica di cui all'articolo 83 del medesimo decreto e dal responsabile dell'impianto radiologico di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187 (Attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche).
3. Le variazioni nello svolgimento della pratica che non comportino modifiche del provvedimento autorizzativo o delle prescrizioni tecniche in esso contenute sono soggette a preventiva comunicazione all'ATS. Il titolare del nulla osta può adottare le variazioni qualora entro sessanta giorni l'ATS non gli abbia comunicato l'avvio del procedimento di cui all'articolo 65.
4. Il nulla osta può essere modificato dall'ATS: a) a seguito della relazione tecnica di cui al comma 2; b) su richiesta degli organi di vigilanza, come individuati dal d.lgs. 230/1995.
5. La eventuale procedura di sospensione dell'attività o revoca del nulla osta è avviata dall'ATS nelle ipotesi previste all'articolo 35 del d.lgs. 230/1995.
6. La volontà di far cessare la pratica oggetto del nulla osta è comunicata all'ATS che provvede alla revoca del nulla osta stesso, salvo quanto previsto al comma 7.
7. Se nel nulla osta sono state inserite specifiche prescrizioni in merito alle modalità di disattivazione dell'installazione in cui la pratica è svolta, il titolare del nulla osta invia all'ATS, entro i termini previsti nel nulla osta medesimo, un piano delle operazioni da eseguire per la disattivazione, comprendente le valutazioni di sicurezza e protezione, con particolare riferimento: a) alle modalità di gestione e smaltimento dei rifiuti radioattivi risultanti dallo svolgimento della pratica e dalle operazioni di disattivazione; b) alla sistemazione delle sorgenti di radiazioni impiegate.

8. L'ATS, previo parere della commissione, autorizza le operazioni di disattivazione stabilendo eventuali prescrizioni. La revoca del nulla osta è subordinata alla verifica sulla conclusione della disattivazione stessa che dimostri: a) la mancanza di vincoli di natura radiologica sull'installazione in cui la pratica è stata esercitata; b) la corretta sistemazione dei rifiuti radioattivi prodotti nonché delle sorgenti impiegate.

Art. 66 bis (Disposizioni finali)

1. Per quanto non espressamente previsto dal presente capo si osservano le disposizioni del d.lgs. 230/1995. 2. Con regolamento sono adottate le disposizioni attuative del presente capo.».

Art. 3 (Modifiche al Capo I e al Capo II del Titolo VII «Disposizioni in materia di assistenza farmaceutica» della l.r. 33/2009)

1. Al Capo I «Articolazione delle competenze e vigilanza sulle farmacie» del Titolo VII «Disposizioni in materia di assistenza farmaceutica» della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) sono apportate le seguenti modifiche: a) l'articolo 78 è sostituito dal seguente:

«Art. 78 (Oggetto) 1. Il presente capo disciplina l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza farmaceutica e vigilanza sulle farmacie, nei limiti dei principi fissati dalle leggi vigenti e dalle norme sull'organizzazione del servizio sanitario regionale.»; b) l'articolo 79 è sostituito dal seguente: «Art. 79 (Competenze della Regione) 1. La Regione, nel rispetto delle proprie competenze e della normativa statale, esercita, nell'ambito delle previsioni generali del piano sociosanitario integrato lombardo (PSL), le funzioni amministrative concernenti l'istituzione delle sedi farmaceutiche in base al criterio demografico e della distanza. 2. Il dirigente della competente struttura regionale esercita le funzioni amministrative concernenti: a) la dichiarazione delle sedi farmaceutiche di nuova istituzione o vacanti di titolare a norma della legge 2 aprile 1968, n. 475 (Norme concernenti il servizio farmaceutico), nonché l'offerta in prelazione delle sedi stesse; b) il concorso regionale per l'assegnazione di sedi farmaceutiche all'esercizio privato; c) il concorso per l'assegnazione delle zone oggetto di decentramento all'interno dei comuni, a seguito delle modifiche da essi effettuate in adeguamento a mutate necessità di assistenza farmaceutica; d) l'istituzione dei dispensari farmaceutici e delle farmacie succursali. 3. I provvedimenti di cui al comma 2, lettera d), sono adottati sentito il parere dell'Ordine dei farmacisti e delle ATS competenti per territorio; tali pareri sono espressi e comunicati nel termine perentorio di trenta giorni dalla data di ricezione della richiesta; decorso inutilmente il termine si intendono favorevoli.»; c) l'articolo 80 è sostituito dal seguente: «Art. 80 (Competenze delle ATS) 1. Le ATS, tramite il servizio farmaceutico, esercitano, nel rispetto della normativa statale e in coerenza con la programmazione regionale, le funzioni concernenti: a) il controllo, la vigilanza e le autorizzazioni, ove previste, su farmacie, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie, reparti di distribuzione dei farmaci di cui all'articolo 5 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223 (Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale), convertito, con modificazioni, dalla legge 28 agosto 2006, n. 248; b) le convenzioni in materia di assistenza protesica, dietetica e farmaceutica; c) il governo e il monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza in materia di assistenza farmaceutica, dietetica e protesica; d) la programmazione, la pianificazione e il monitoraggio delle modalità erogative afferenti all'assistenza farmaceutica nel rispetto dei tetti della spesa; e) il controllo della spesa e dei consumi relativi ai farmaci a somministrazione diretta a pazienti non ricoverati, erogati dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate attraverso le farmacie interne. 2. Le ATS, in relazione alle farmacie aperte al pubblico, tramite il servizio farmaceutico, esercitano le funzioni concernenti: a) la titolarità e la relativa decadenza; b) l'autorizzazione all'apertura e all'esercizio; c) i trasferimenti dei locali nell'ambito della zona di pertinenza; d) i provvedimenti riguardanti le gestioni provvisorie degli eredi del titolare; e) la determinazione e l'autorizzazione al pagamento delle indennità di residenza per le farmacie rurali e

di gestione per i dispensari farmaceutici; f) la determinazione dell'indennità di avviamento e del valore degli arredi, provviste e dotazioni; g) la chiusura temporanea dell'esercizio farmaceutico; h) la sostituzione temporanea del titolare nella conduzione economica e professionale della farmacia; i) gli orari, i turni di servizio e le ferie annuali; j) la vigilanza sia ai fini professionali e tecnico-amministrativi sia ai fini igienico-sanitari; k) la vigilanza sui farmaci veterinari, con particolare riguardo all'attività prescrittiva e distributiva, in coordinamento con il dipartimento di prevenzione veterinaria; l) la vigilanza sulla corretta applicazione dell'accordo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie aperte al pubblico; m) gli adempimenti tecnico-amministrativi di supporto alle funzioni del Ministero competente in materia di sanità nel settore dei farmaci;

n) la vigilanza e il controllo di competenza in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope; o) la tenuta e l'aggiornamento dell'archivio dati, comprese le comunicazioni, da parte del titolare o del direttore della farmacia, dell'assunzione e della cessazione degli addetti all'esercizio farmaceutico; p) la partecipazione e la collaborazione, per quanto di competenza e secondo gli indirizzi regionali, all'attuazione dei programmi di farmacovigilanza, di ricerca scientifica, di educazione sanitaria della popolazione, nonché di formazione e di aggiornamento professionale per gli operatori del settore farmaceutico; q) le verifiche di conformità sull'applicazione dei provvedimenti di autorizzazione alla pubblicità e alla informazione scientifica di medicinali e presidi medicochirurgici, dei dispositivi medici in commercio e delle caratteristiche terapeutiche delle acque minerali; r) l'autorizzazione e la vigilanza sulla vendita on line di medicinali senza obbligo di prescrizione; s) la verifica contabile delle distinte secondo le norme dell'accordo nazionale unico vigente, nonché il controllo contabile e tecnico delle ricette mediche, secondo protocolli condivisi con le associazioni regionali delle farmacie; t) ogni altro provvedimento non espressamente riservato ad altri enti.

3. La decadenza di cui al comma 2, lettera a), è dichiarata sentito il direttore generale della direzione regionale competente in materia.»;

d) l'articolo 81 è sostituito dal seguente: «Art. 81 (Concorsi per l'assegnazione di sedi farmaceutiche) 1. I concorsi per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche disponibili per il privato esercizio sono banditi dal dirigente della competente struttura regionale. 2. La commissione giudicatrice è composta come segue: a) un funzionario amministrativo di categoria D appartenente al ruolo regionale ovvero una corrispondente figura dei ruoli del servizio sanitario regionale, che esercita le funzioni di presidente; b) un professore universitario di ruolo della facoltà di scienze del farmaco con un'anzianità di insegnamento di almeno cinque anni in una delle materie oggetto di esame; c) due farmacisti che esercitano la professione in farmacia, di cui uno non titolare, scelti rispettivamente in due terne proposte dalla federazione degli ordini dei farmacisti della Lombardia; d) un farmacista della Regione ovvero un dirigente farmacista appartenente ai ruoli nominativi del servizio sanitario regionale; e) un dipendente di un ente del sistema regionale, di categoria non inferiore alla C, che svolge le funzioni di segretario. 3. Il dirigente della competente struttura regionale nomina la commissione giudicatrice, approva la graduatoria, provvede all'interpello, alla nomina dei vincitori e alla notifica degli atti agli interessati. 4. Ai componenti della commissione giudicatrice spettano le indennità nella misura prevista dall'articolo 100 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale).»;

e) l'articolo 82 è sostituito dal seguente: «Art. 82 (Vigilanza sulle farmacie) 1. Le ATS esercitano, per mezzo di una commissione ispettiva che opera in autonomia, la vigilanza sulle farmacie nel rispetto del proprio piano di controllo annuale. 2. Qualora il carico della commissione di cui al comma 1 lo richieda, la stessa può articolarsi in sottocommissioni operative. 3. Ogni commissione e sue eventuali sottocommissioni sono costituite da: a) un farmacista del servizio farmaceutico dell'ATS, che la presiede; b) un farmacista scelto fra terne designate dall'Ordine dei farmacisti competente per territorio; c) un funzionario del ruolo amministrativo dell'ATS, che svolge le funzioni di segretario, nel caso di commissione, ovvero un dipendente del ruolo amministrativo dell'ATS, che svolge le funzioni di segretario, nel caso di sottocommissioni. 4. Le terne, costituite da titolari o direttori di farmacie aperte al pubblico, sono una per distretto dell'ATS, con la possibilità di una terna aggiuntiva per ogni ATS. I farmacisti che compongono le terne non operano nel medesimo distretto in cui è

ubicata la farmacia da sottoporre a ispezione. In ogni caso non operano entro un raggio di 12,5 km dalle farmacie di cui sono titolari o direttori. 5. La commissione, ove ne ravvisi la necessità, può essere integrata da altre figure professionali previa condivisione di tutti i componenti della commissione medesima. 6. La commissione ispettiva e le sue eventuali sottocommissioni, laddove istituite, redigono un verbale nel quale sono riportati i rilievi e le valutazioni svolte, le difformità riscontrate, le violazioni contestate anche dalle eventuali sottocommissioni, le eventuali prescrizioni imposte con l'indicazione dei termini di adempimento. Il verbale è trasmesso al servizio farmaceutico dell'ATS e all'Ordine dei farmacisti per l'adozione dei provvedimenti di competenza. In caso di farmacie comunali, il verbale è trasmesso anche al comune.»; f) dopo l'articolo 83, già abrogato, è inserito il seguente: «Art. 83 bis (Assistenza farmaceutica e rapporti convenzionali) 1. Le ATS erogano l'assistenza farmaceutica tramite le farmacie pubbliche e private aperte al pubblico, ubicate nel proprio territorio, secondo quanto stabilito dalla normativa statale. 2. I rapporti convenzionali tra le ATS e le farmacie pubbliche e private aperte al pubblico sono regolati secondo i criteri e le modalità dettati dall'accordo nazionale unico vigente ai sensi di quanto disposto dall'articolo 8, comma 2, del d.lgs. 502/1992.»; g) l'articolo 84 è sostituito dal seguente: «Art. 84 (Farmacie dei servizi) 1. La Regione, al fine di garantire presidi di prossimità per un immediato accesso alle cure e ai servizi sanitari e sociosanitari, promuove la valorizzazione della rete delle farmacie territoriali anche ai fini di cui all'articolo 37. In aggiunta alle funzioni già normate di distribuzione di farmaci e presidi sanitari, nonché di utilizzo di apparecchi di autodiagnostica rapida finalizzata a rilevamenti di prima istanza, anche in base alle attività della farmacia dei servizi previste dal decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 (Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69), alle farmacie sono affidati: a) la diffusione di programmi di promozione della salute, di sani stili di vita e di educazione sanitaria, in accordo con le competenti ATS; b) la collaborazione con le ATS nella valutazione di consumi qualitativi e quantitativi dei farmaci per indagini statistiche epidemiologiche, nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali); c) l'orientamento del cittadino al corretto utilizzo dei medicinali prescritti, al fine di favorire l'aderenza alle terapie mediche, in coordinamento con le AFT e le UCCP e a supporto delle attività del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta; d) la partecipazione ed erogazione di prestazioni di analisi e di telemedicina anche sulla base di programmi predefiniti di monitoraggio e screening, per quanto autorizzabili; e) la partecipazione a campagne di prevenzione di patologie a forte impatto sociale; f) le prenotazioni di visite ed esami specialistici presso le strutture pubbliche e private convenzionate, la riscossione della relativa compartecipazione e il ritiro dei referti; g) l'erogazione di prodotti e ausili di protesica e assistenza integrativa in raccordo con le ATS e la competente struttura regionale; h) i servizi alla persona connessi ai piani di zona, previo accordo sottoscritto con i comuni interessati, in raccordo con le ATS; i) i programmi di aderenza alle terapie in collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali convenzionati, sia singoli sia organizzati in AFT e UCCP, nell'ambito dei modelli di presa in carico e attraverso strumenti validati, al fine di valutare la comprensione da parte del paziente dell'uso del farmaco, l'allineamento alle indicazioni del medico curante e l'eventuale assunzione di farmaci da automedicazione che possono interferire con il trattamento. 2. Con provvedimento della Giunta regionale possono essere disciplinati ulteriori servizi resi disponibili a seguito della piena attuazione della ricetta elettronica.»; h) sono abrogati gli articoli 85, 86, 87 e 88. 2. Al Capo II «Disposizioni sugli orari di apertura e sui turni di servizio delle farmacie» del Titolo VII «Disposizioni in materia di assistenza farmaceutica» sono apportate le seguenti modifiche: a) l'articolo 89 è sostituito dal seguente: «Art. 89 (Oggetto) 1. Il presente capo disciplina l'esercizio delle farmacie aperte al pubblico per quanto attiene agli orari di apertura, ai turni di servizio, nonché alla chiusura per riposo infrasettimanale, alle festività e alle ferie.»; b) l'articolo 90 è sostituito dal seguente: «Art. 90 (Orario di apertura delle farmacie) 1. L'orario minimo di apertura è stabilito in quaranta ore settimanali equamente distribuite su cinque giorni. Per

orario diurno s'intende quello compreso fra le ore 8.00 e le ore 20.00 e per orario notturno quello compreso fra le ore 20.00 e le ore 8.00 del giorno successivo. 2. Per le farmacie che ne diano annualmente comunicazione l'orario di apertura può essere liberamente esteso oltre i termini di cui al comma 1. 3. Al fine di garantire un'adeguata programmazione del servizio farmaceutico e una corretta informazione, le farmacie, secondo le modalità di cui all'articolo 91, comma 14, comunicano all'ATS l'orario che intendono adottare, l'eventuale giorno di riposo e le eventuali variazioni previste durante l'anno. Salvo diverse disposizioni dell'ATS, in caso di mancata rappresentazione della comunicazione si intende confermata quella precedente. Ulteriori variazioni devono essere comunicate con un preavviso di almeno trenta giorni. 4. Se il titolare di farmacia rurale o unica gestisce un dispensario, può essere autorizzata una riduzione dell'orario di apertura della farmacia principale in misura non superiore a due ore giornaliere.»; c) l'articolo 91 è sostituito dal seguente: «Art. 91 (Turni di servizio) 1. Nei giorni e nelle ore di chiusura delle farmacie il servizio farmaceutico è assicurato dalle farmacie di turno il cui numero è stabilito in modo che vi sia una farmacia di turno ogni 90.000 abitanti o frazione superiore al 50 per cento. 2. Nelle aree montane e a scarsa densità abitativa o con disagiata situazione viabilistica o orografica, il rapporto di cui al comma 1 può essere ridotto fino al limite massimo di una farmacia di turno ogni 25.000 abitanti o frazione superiore al 50 per cento. 3. Nelle aree urbane ad elevata densità di popolazione, il rapporto di cui al comma 1 può essere esteso fino al limite di una farmacia di turno ogni 120.000 abitanti o frazione superiore al 50 per cento. 4. Tutte le farmacie sono obbligate ad effettuare il turno in condizioni di parità. L'ATS, nel fissare il calendario dei turni, tiene conto di tutte le farmacie esistenti sul territorio, salvo urgenti temporanee deroghe per eccezionali e giustificati motivi, purché il servizio sia comunque garantito. 5. Le farmacie di turno svolgono il servizio dalle ore 8 alle ore 20 a battenti aperti e successivamente a battenti chiusi fino all'ora di apertura antimeridiana, salvo diverso accordo con la ATS competente che garantisca comunque la continuità del servizio. Il servizio a battenti aperti per ragioni di sicurezza può essere svolto con modalità che escludono l'accesso del pubblico ai locali della farmacia. L'avvicendamento delle farmacie nel turno avviene senza soluzioni di continuità del servizio. 6. Quando svolgono servizio a battenti chiusi, le farmacie possono limitarsi alla distribuzione dei medicinali, in tutte le diverse tipologie, del materiale di medicazione e della dietetica speciale, la cui dispensazione in tutte le diverse tipologie non può essere rifiutata. 7. Per assicurare una più completa forma di assistenza e per motivate esigenze locali, a richiesta delle farmacie e anche in aggiunta ai normali turni di servizio, può essere autorizzata la prestazione del servizio notturno continuativo a battenti aperti. 8. In deroga ai commi 1, 2 e 3, le farmacie di turno possono essere esentate dal servizio durante le corrispondenti ore notturne, qualora nel medesimo ambito distrettuale, così come configurato dall'ATS, vi sia almeno una farmacia che svolga il servizio notturno continuativo a battenti aperti. Il criterio degli ambiti distrettuali non si applica ai comuni che comprendono più ambiti distrettuali all'interno del loro territorio. Il numero di farmacie che svolgono il servizio notturno continuativo a battenti aperti, in base al quale le farmacie di turno possono essere esentate dal servizio notturno, è calcolato esclusivamente in relazione al numero degli abitanti di cui al comma 3. 9. I dispensari farmaceutici non partecipano ai turni di servizio; vi partecipano invece le farmacie succursali nel periodo di apertura. 10. I turni di servizio, per tutte le farmacie, sono della durata massima settimanale. 11. Il calendario dei turni prevede, per ciascuna farmacia, almeno tre periodi di servizio ordinario per ogni turno di servizio. 12. Il farmacista in turno extra orario diurno e in turno notturno a battenti chiusi, pur se non obbligato alla permanenza in farmacia, è tenuto alla disponibilità per la dispensazione dei prodotti di cui al comma 6 nel più breve tempo possibile e comunque entro venti minuti dalla chiamata. 13. Nessun obbligo di reperibilità può essere imposto ai titolari di farmacie che non siano di turno, salvo eventi eccezionali. 14. Il calendario dei turni di servizio diurno, notturno e festivo e delle ferie annuali viene predisposto entro il mese di marzo dall'ATS, sentiti l'Ordine dei farmacisti competente per territorio e le associazioni di categoria, sia pubbliche sia private, presenti sul territorio, previo parere dei comuni interessati. Si prescinde dai pareri qualora non siano pervenuti entro trenta giorni dalla richiesta. La proposta deve comprendere tutte le farmacie del territorio,

incluse quelle non aderenti ad alcuna associazione, tenendo conto delle loro eventuali proposte. Entro il mese di maggio di ciascun anno, il direttore generale dell'ATS adotta il calendario. 15. In caso di ritardata o mancata adozione del calendario per il nuovo anno si osserva la rotazione dell'anno precedente. 16. Del calendario dei turni è data informazione alla popolazione mediante i mezzi di comunicazione più idonei.»; d) l'articolo 92 è sostituito dal seguente: «Art. 92 (Chiusura per ferie annuali) 1. Tutte le farmacie hanno diritto, fatti salvi i casi di calamità naturali e di eventi eccezionali, alla chiusura annuale, comunque facoltativa e nel rispetto del CCNL dei dipendenti, per ferie per uno o più periodi, fino ad un massimo di ventiquattro giorni lavorativi da conteggiare entro il periodo di validità del calendario di cui all'articolo 91, comma 14. 2. Le ferie sono proposte e autorizzate in modo da assicurare un adeguato servizio di assistenza farmaceutica nei distretti delle ATS. Le farmacie chiuse per ferie indicano le sedi aperte più vicine con il relativo orario di apertura. 3. I dispensari restano chiusi nel periodo di chiusura per ferie delle rispettive farmacie e possono chiudere per ulteriori periodi, purché non superiori a quanto previsto al comma 1. Le farmacie succursali e i dispensari stagionali restano aperti nei periodi concordati con l'ATS e il comune.»; e) l'articolo 93 è sostituito dal seguente: «Art. 93 (Cartelli e segnaletica obbligatori) 1. Le farmacie espongono, in posizione ben visibile e illuminata, un cartello indicante le farmacie di turno, in ordine di vicinanza, l'orario di apertura e chiusura giornaliera dell'esercizio e l'eventuale numero verde al quale rivolgersi per qualsiasi informazione relativa al servizio. 2. Le sole farmacie aperte e quelle di turno tengono accesa un'insegna luminosa della misura fino a 1 mq per facciata, a forma di croce di colore verde che ne faciliti l'individuazione, in conformità alle disposizioni del codice della strada e dei regolamenti comunali. La croce verde di segnalazione è utilizzata esclusivamente dalle farmacie aperte al pubblico.»; f) l'articolo 94 è sostituito dal seguente: «Art. 94 (Sanzioni) 1. L'inosservanza delle disposizioni di cui agli articoli 90, 91, 92 e 93 comporta l'applicazione, da parte dell'ATS, di sanzioni da €100 a €500. 2. La funzione sanzionatoria per le violazioni di cui al comma 1 spetta all'ATS, secondo quanto previsto dalla legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria). 3. L'ATS comunica le violazioni accertate all'Ordine dei farmacisti per i provvedimenti deontologici conseguenti. 4. In caso di reiterata violazione delle disposizioni di cui al comma 1, l'ATS può ordinare la chiusura della farmacia fino a quindici giorni.»; g) gli articoli da 95 a 97 sono abrogati.

Art. 4 (Disposizioni transitorie e abrogazione)

1. Nelle more dell'entrata in vigore di un nuovo regolamento, continuano a trovare applicazione, per quanto compatibili, le disposizioni del regolamento regionale 25 marzo 2002, n. 1 (Regolamento di attuazione della l.r. 27 novembre 2001, n. 23 «Norme per il rilascio del nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti a scopo medico»), escluse le disposizioni di cui all'articolo 4. Il riferimento alla l.r. 23/2001 contenuto nel titolo del regolamento è da intendersi come riferimento al Capo II del Titolo VI della l.r. 33/2009, come sostituito dalla presente legge. I riferimenti agli articoli della l.r. 23/2001 sono da intendersi come riferimenti ai corrispondenti articoli del medesimo Capo II del Titolo VI, come sostituito.

2. In fase di prima applicazione della disposizione di cui all'articolo 57, comma 4, lettera a), della l.r. 33/2009, come modificato dalla presente legge: a) la Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, adegua la programmazione sanitaria relativa all'installazione ed esercizio di apparecchiature a risonanza magnetica per uso diagnostico con valore di campo statico di induzione magnetica superiore a 2 tesla e non superiore a 4 tesla, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge; b) le ATS esaminano le richieste di autorizzazione presentate alla Regione alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Fino alla data di pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione del provvedimento di cui al comma 2, lettera a), sono sospesi i procedimenti per il rilascio di autorizzazioni all'installazione ed

esercizio di apparecchiature a risonanza magnetica per uso diagnostico con valore di campo statico di induzione magnetica superiore a 2 tesla e non superiore a 4 tesla.

4. Le reti clinico-assistenziali di cui all'articolo 37, della l.r. 33/2009, come modificato dalla presente legge, sono costituite entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

5. Le linee guida di cui all'articolo 56, comma 4, della l.r. 33/2009, come modificato dalla presente legge, sono adottate entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

6. E' abrogato l'articolo 124 della l.r. 33/2009. 7. E' abrogata la legge regionale 8 febbraio 2005, n. 5 (V Piano regionale sangue e plasma della Regione Lombardia per gli anni 2005/2009) ed è soppressa la lettera q) del comma 1 dell'articolo 134 della l.r. 33/2009.

Art. 5 (Norma finanziaria)

1. Alle spese per gli interventi relativi ai prelievi e ai trapianti, all'assistenza a domicilio del paziente emofilico, alla dialisi a domicilio e all'assistenza del paziente diabetico di cui al Titolo IV della l.r. 33/2009, come modificato dalla presente legge, da definirsi nell'ambito del provvedimento di Giunta relativo alle regole di sistema, si fa fronte, compatibilmente alla sostenibilità della spesa, con le risorse allocate alla missione 13 «Tutela della salute», programma 01 «Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA» - Titolo 1 dello stato di previsione delle spese per il bilancio 2017-2019.

2. Alle spese per gli interventi relativi alla prevenzione ed alla promozione della salute di cui al Titolo VI della l.r. 33/2009, Capi I e II, come modificati dalla presente legge, da definirsi nell'ambito del provvedimento di Giunta relativo alle regole di sistema, si fa fronte, compatibilmente alla sostenibilità della spesa, con le risorse allocate alla missione 13 «Tutela della salute», programma 01 «Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA» - Titolo 1 dello stato di previsione delle spese per il bilancio 2017-2019, nonché con le risorse allocate alla missione 13 «Tutela della salute», programma 07 «Ulteriori spese in materia sanitaria» - Titolo 1 dello stato di previsione delle spese per il bilancio 2017-2019.

3. Alle spese per gli interventi in materia di assistenza farmaceutica di cui al Titolo VII della l.r. 33/2009, come modificato dalla presente legge, da definirsi nell'ambito del provvedimento di Giunta relativo alle regole di sistema, si fa fronte, compatibilmente alla sostenibilità della spesa, con le risorse allocate alla missione 13 «Tutela della salute», programma 01 «Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA» - Titolo 1 dello stato di previsione delle spese per il bilancio 2017-2019.

4. Gli introiti di cui comma 1 dell'articolo 60 quater del Titolo VI sono iscritti al Titolo 3 «Entrate extratributarie» - Tipologia 500 «Rimborsi e altre entrate correnti» dello stato di previsione delle entrate del bilancio 2017-2019 e destinati in spesa alla missione 13 «Tutela della salute», programma 07 «Ulteriori spese in materia sanitaria» - Titolo 1 dello stato di previsione delle spese per il bilancio 2017-2019.

DCR 21.2.17 , n. X/1440 Ordine del giorno concernente l'implementazione e sostegno alla rete delle «Scuole che promuovono salute in Lombardia» (BUR n. 10 del 9.3.17)

«Il Consiglio regionale della Lombardia

premessò

che il ruolo centrale affidato alla scuola non è solo la formazione culturale dell'individuo, ma anche l'acquisizione delle competenze di vita che consentano ai singoli e ai gruppi di sviluppare capacità di adattamento, che li rendano capaci di far fronte efficacemente alle richieste e alle sfide della vita e in grado di mantenere il controllo sulla qualità della propria salute;

considerato che

– nel luglio 2011 è stata siglata l'Intesa tra la Regione Lombardia e l'Ufficio scolastico regionale denominata la «Scuola Lombarda che promuove salute» con la quale la scuola si impegna tra l'altro ad attivare un processo di autoanalisi così da definire il proprio profilo di salute, a pianificare

processi di miglioramento, a mettere in atto azioni fondate su evidenza di efficacia o buone pratiche validate; – con la «Carta di Iseo» del 2012, le scuole facenti parte della Rete delle scuole che promuovono salute (SPS) hanno sancito il proprio impegno nel realizzare e sviluppare programmi per la promozione della salute nel contesto scolastico tenendo conto delle prove di efficacia esistenti e di buone pratiche documentate per quanto concerne, in particolare, l'adozione di un approccio educativo fondato sui principi della promozione delle abilità per la vita (life skills education), la creazione di condizioni favorevoli a una sana alimentazione e a uno stile di vita attivo, l'istituzione di un ambiente libero dal fumo;

– il programma «Scuole che promuovono salute» prevede che le istituzioni scolastiche si impegnino a promuovere nella loro programmazione ordinaria attenzioni e iniziative finalizzate alla promozione della salute di tutti i soggetti in campo (studenti, docenti, personale non docente, dirigenza, famiglie, fornitori ecc .) e che in questo senso sono promosse le alleanze con i diversi attori della comunità locale (Comuni, non profit, associazionismo, volontariato ecc .), così che benessere e salute diventino reale «esperienza» nella vita delle comunità scolastiche e che da queste possibilmente si diffondano alle altre componenti sociali;

– nell'arco di alcuni anni, la Rete delle scuole che promuovono salute ha registrato una progressiva crescita coinvolgendo ad oggi 405 istituzioni scolastiche distribuite in tutte le province lombarde; visto che

– con deliberazione della Giunta regionale 9 gennaio 2017, n . 6105 la Giunta regionale ha approvato il Piano regionale prevenzione 2014-2018 nel quale il contesto scolastico viene individuato fra gli ambienti prioritari dell'azione preventiva, ed è previsto un approccio a trecentosessanta gradi nella prevenzione e nella promozione della salute;

– il progetto di legge n . 228 ter, con le modifiche all'articolo 59 della l . r . 33/2009, stabilisce che le ATS devono assicurare la prevenzione collettiva nelle scuole di ogni ordine e grado, anche mediante azioni di promozione della salute intersettoriali e con la collaborazione tra tutte le istituzioni coinvolte;

impegna la Giunta regionale

a promuovere e implementare la Rete delle scuole che promuovono salute lombarda, anche con adeguate risorse economiche e professionali, considerato che la sua diffusione sempre più capillare è determinante per il cambiamento delle condizioni di salute e del livello di benessere della popolazione studentesca e delle giovani generazioni .» .

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1441 Ordine del giorno concernente la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale. BUR n. 10 del 9.3.17)

Il Consiglio regionale della Lombardia

premessò

– quanto segnalato dagli istituti di sorveglianza epidemiologica in merito alla persistenza, ed in alcuni casi alla recrudescenza, delle malattie a trasmissione sessuale, così da farne uno dei problemi maggiori di salute pubblica essendo, tra le infezioni, quelle più diffuse dopo quelle respiratorie;

– quanto riportato recentemente dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) sull'espansione della Clamidia (che interessa soprattutto donne e giovani in età compresa tra i quindici e i ventiquattro anni) e sulla recrudescenza di malattie come la gonorrea e la sifilide, che sembravano del tutto scomparse a cavallo del nuovo millennio e che fanno invece registrare un aumento improvviso della loro incidenza, soprattutto nelle grandi città metropolitane e a carico di popolazioni con un rischio di infezioni trasmesse sessualmente più elevato;

– che lo stesso piano nazionale della prevenzione 2014-2018 predisposto dal Ministero della Sanità riporta che in Italia i dati di Sistema di sorveglianza sentinella delle malattie a trasmissione sessuale mostrano un aumento delle patologie pari al 25 per cento dal 2005 e pone la riduzione della frequenza di queste infezioni tra gli ambiti di intervento prioritari;

– che la Lombardia, con circa 20 mila persone sieropositive, è tra le regioni italiane più colpite dal virus HIV e che è stato riscontrato un dato allarmante e cioè che il 37 per cento degli italiani non si

è mai sottoposto al test HIV, il 5 per cento delle persone che vivono con il virus non lo ha mai detto al proprio partner, quattro sui dieci non confidano la sieropositività ai familiari e il 74 per cento non ne fa cenno in contesto lavorativo;

considerato che

con la deliberazione della Giunta regionale 9 gennaio 2017, n. 6105 la Giunta regionale ha approvato il piano della prevenzione 2014-2018 (in attesa di ricevere il parere della Commissione consiliare competente) nel quale viene messo in evidenza come, alla luce del contesto epidemiologico di HIV e delle infezioni sessualmente trasmesse, siano da promuovere azioni di sensibilizzazione all'effettuazione dei test in modo da garantire un approccio omogeneo e coordinato sul territorio e viene inoltre posto l'accento sulla necessità di garantire percorsi dedicati per gli utenti che si avvicinano ai servizi afferenti al servizio sanitario; visto che il progetto di legge n. 228 ter, all'articolo 57, cita tra le competenze delle ATS «la prevenzione, la sorveglianza e il controllo delle malattie infettive» e che, per i motivi enunciati in premessa, le malattie sessualmente trasmissibili sono tra quelle ad alto rischio sociale e che necessitano di una adeguata attenzione da parte degli organi di controllo e di prevenzione socio sanitaria;

impegna la Giunta regionale

a far sì che le ATS e le ASST garantiscano, nei loro piani di organizzazione aziendale strategica, la piena valorizzazione dei servizi di prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie a trasmissione sessuale assicurando conseguentemente adeguate risorse professionali ed economiche al fine di raggiungere i previsti obiettivi di salute

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1443 Ordine del giorno concernente le risorse finanziarie per le farmacie dei servizi. (BUR n. 10 del 9.3.17)

«Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

– con legge regionale 69/2009 è stato introdotto il modello della farmacia dei servizi (o farmacia di comunità), individuando nelle farmacie pubbliche e private le strutture idonee per l'erogazione, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, di nuovi servizi a forte valenza socio sanitaria; successivamente, il d.lgs. 153/2009 ha formalizzato e rafforzato il nuovo ruolo della farmacia, intesa pertanto non solo come luogo specifico e privilegiato di erogazione dei farmaci, ma anche come centro socio sanitario polifunzionale di prestazioni al servizio della comunità dei cittadini;

– con il decreto 8 luglio 2011 le farmacie, attraverso una postazione dedicata, possono operare anche come canali di accesso al Sistema CUP per prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, provvedere al pagamento dei ticket a carico del cittadino e ritirare i relativi referti;

– il Patto per la salute 2014-2016 (articolo 5) prevede che le Regioni provvedano a definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti; premesso, altresì, che con il d.p.c.m. sui nuovi livelli essenziali di assistenza, la farmacia dei servizi entra nelle prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto ad erogare per dare ai cittadini un'assistenza migliore, chiamando le Regioni a garantire le nuove prestazioni ai propri assistiti; considerato che dal rapporto «Semplificazione: cosa chiedono i cittadini e le imprese» pubblicato dal Ministero della Funzione Pubblica, emerge come tra le procedure più complicate da semplificare, ci siano quelle segnalate dai cittadini connesse all'accesso ai servizi sanitari: prenotazione delle prestazioni sanitarie (indicato dal 33,7 per cento); la prescrizione dei farmaci per chi è affetto da patologie croniche o invalidanti (14,5 per cento); le modalità di pagamento delle prestazioni sanitarie (12,0 per cento) e di ritiro dei

referti (10,8 per cento); il cambio del medico di base (9,6 per cento) e le procedure relative all'esenzione dal pagamento del ticket sanitario (7,2 per cento);

valutato che

il progetto di legge 228 ter, art . 84 «Farmacie dei servizi» nel promuove la valorizzazione della rete delle farmacie territoriali, affida ad esse, in aggiunta alle funzioni di distribuzione di farmaci e presidi sanitari, una serie di ulteriori prestazioni, indicando altresì che con provvedimento della Giunta regionale potranno essere disciplinati ulteriori servizi;

impegna la Giunta regionale

– a dare piena attuazione a quanto disposto dal progetto di legge n . 228 ter in merito alle farmacie dei servizi, prevedendo adeguate risorse economiche di modo che i cittadini possano beneficiare di prestazioni sociosanitarie anche in questi presidi territoriali, erogatori di servizi alla collettività, senza tuttavia doverne sostenere essi stessi i costi;

– a disporre che la regia di tutte le prestazioni sociosanitarie erogate dalle farmacie dei servizi resti in capo al Servizio sociosanitario regionale e alle ASST

DCR. 21 febbraio 2017 - n. X/1444 Ordine del giorno concernente i centri specialistici della malattia diabetica

Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

– la malattia diabetica, patologia cronica, a prevalenza molto elevata ed in continuo aumento, coinvolge circa 670 mila cittadini lombardi (fonte: Clad Lombardia, audizione in III Commissione «Sanità e Politiche sociali» del 1° febbraio 2017), condizionando pesantemente la qualità della loro vita;

– la patologia può essere prevenuta e ritardata nell'espressione delle sue complicanze e, con adeguati trattamenti, è possibile per il paziente mantenere a lungo il proprio ruolo sociale e la propria attività anche lavorativa;

premessi, altresì, che

– nella malattia diabetica l'impatto sociale, economico e sanitario ha imposto la ricerca di percorsi organizzativi in grado di minimizzare il più possibile l'incidenza degli eventi acuti o delle complicanze invalidanti, che comportano costi elevatissimi, diretti e indiretti;

– è oggi universalmente riconosciuto che un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, con l'attivo coinvolgimento delle persone con diabete, può essere in grado di ottenere i risultati migliori;

– dati di letteratura sottolineano come siano la strutturazione del percorso di cura, la qualità dell'assistenza e il richiamo periodico a garantire la miglior prognosi; considerato che il progetto di legge 228 ter, all'articolo 38 «Piano regionale della cronicità e della fragilità, innovazione ed efficientamento della presa in carico», promuove la diagnosi precoce dei pazienti, l'appropriatezza e la continuità terapeutica, senza tuttavia prevedere l'istituzione di centri specialistici;

impegna la Giunta regionale

a integrare la proposta di legge prevedendo l'istituzione dei centri specialistici per rispondere ai bisogni di cura e prestazioni richieste dalla patologia diabetica, nella convinzione che tali strutture possano ridurre il peso della malattia, contribuendo al miglioramento della qualità di vita delle persone affette da diabete

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1446 Ordine del giorno concernente le iniziative finalizzate al benessere sociale attraverso l'attività fisica. (BUR n. 10 del 9.3.17)

Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

lo sport e la pratica dell'attività fisica, oltre a svolgere importanti funzioni formative ed educative con particolare riguardo ai giovani, assolvono un compito socialmente più rilevante, correlato al mantenimento, al miglioramento e alla cura della salute . Mentre in soggetti in buone condizioni di salute lo sport è, infatti, finalizzato prevalentemente al mantenimento della forma fisica e a un sano

divertimento, in soggetti affetti da determinate patologie la pratica sportiva può diventare parte integrante di una terapia per la guarigione o quantomeno per il recupero delle migliori condizioni di benessere psico-fisico; considerato che continuano a emergere evidenze scientifiche riguardo ai benefici dell'attività fisica sul benessere complessivo del corpo e della mente e sulla connessa riduzione del rischio di contrarre malattie croniche, inoltre la scarsa attività fisica è implicata nell'insorgenza di alcuni tra i disturbi e le malattie oggi più frequenti: diabete di tipo 2, malattie cardiocircolatorie (infarto, miocardico, ictus, insufficienza cardiaca), tumori; evidenziato che le malattie croniche rappresentano, infatti, vere e proprie emergenze sanitarie che impongono di combattere la sedentarietà, sia quale fattore di rischio non trascurabile sia quale elemento di aggravio della patologia quando già in atto. Le malattie croniche, oltre che sul benessere dell'individuo e sull'economia familiare, impattano anche sull'economia a più larga scala, con conseguenti ricadute sui bilanci pubblici a livello sia statale che locale. Ciò è tanto più evidente se si considera che tali patologie rappresentano la prima causa di morte e di infermità in tutto il mondo; ricordato che i dati dimostrano che la sedentarietà è un rischio per la salute perché produce 2 milioni di decessi all'anno nel mondo. In particolare, l'inattività fisica favorisce il 10-16 per cento dei casi di cancro della mammella, del colon e del diabete e il 22 per cento di infarti. I benefici sulla salute portati dal cambiamento nelle abitudini di vita sono dimostrati da uno studio durato 25 anni, nel quale si è dimostrato che un cambiamento dello stile di vita ha ridotto le morti per malattie cardiovascolari (-68 per cento), infarto (-73 per cento), tumore (-44 per cento). La principale conseguenza dell'inattività fisica è il sovrappeso e la successiva obesità. L'obesità di tipo centrale, con l'accumulo di grasso negli organi interni, si associa ad un'aumentata incidenza di complicanze: metaboliche (diabete e/o intolleranza agli idrati di carbonio, dislipidemie, iperuricemia), cardiovascolari (ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco), sistemiche (artrosi, cancro del colon, insufficienza respiratoria, colelitiasi, ecc.). Circa il 50 per cento dei bambini obesi oltre i 6 anni diventa obeso da adulto in confronto del 10 per cento dei bambini non obesi della stessa età. Negli adolescenti obesi tale percentuale sale al 70 per cento e supera l'80 per cento se anche uno dei genitori è obeso. In Italia, il 33,1 per cento della popolazione è in sovrappeso (41 per cento degli uomini e 25,7 per cento delle donne) e il 9,7 per cento è obesa; (Fonte: http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=39905) al fine di avviare un approccio preventivo, consapevole e responsabile, da parte di Regione Lombardia a tutti i livelli, che sia in grado di promuovere e accrescere la motivazione alla partecipazione all'attività fisica nelle differenti popolazioni e contesti socio-culturali; i

mpegna il Presidente della Giunta, la Giunta regionale e l'Assessore competente a riconoscere e promuovere l'attività motoria e sportiva quale strumento di realizzazione del diritto alla salute per la prevenzione in ambito sanitario e per la terapia e la riabilitazione in persone affette da patologie croniche non trasmissibili, in condizioni cliniche stabili, o a rischio di patologie per le quali è clinicamente dimostrato il beneficio prodotto dalla pratica di esercizio fisico strutturato

DCR. 21 febbraio 2017 - n. X/1447 Ordine del giorno concernente la riduzione dell'inquinamento atmosferico e prevenzione delle malattie respiratorie. (BUR n. 10 del 9.3.17)

Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

– lo stato di qualità dell'aria in Regione Lombardia è caratterizzato dal mancato raggiungimento dei limiti previsti dalla normativa vigente nazionale e comunitaria per alcuni inquinanti, in particolare polveri sottili e ossidi di azoto;

– l'inquinamento atmosferico e il PM (polveri sottili) sono stati inseriti dallo IARC - l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro - nell'elenco delle sostanze cancerogene per l'uomo;

– i dati registrati dalla rete di rilevamento della qualità dell'aria gestita da ARPA, evidenziano il ruolo rilevante sullo stato di qualità dell'aria da parte del settore traffico - in particolare diesel;

premessi, inoltre, che

– il PRIA (Piano regionale degli interventi per la qualità dell'aria), approvato con d . g . r . n . 593 dell'11 settembre 2013, è lo strumento di pianificazione e programmazione per la qualità dell'aria di Regione Lombardia, fino al 2020;

– gli obiettivi del piano sono: riduzione del PM10 al 2015 del 27 per cento e del 41 per cento al 2020, riduzione del NO2 al 2015 del 28 per cento e del 49 per cento al 2020;

constatato che

– negli ultimi mesi in Lombardia i livelli di PM 10 e NO2 sono saliti enormemente, superando i livelli di legge e facendo mettere in campo alcune azioni da parte delle Istituzioni per tamponare l'emergenza;

– l'allarme smog sta interessando tutta l'Italia e anche in altri paesi d'Europa vi sono situazioni di allarme;

– i livelli di inquinamento continuano ad essere elevati in Lombardia e le misure straordinarie servono solo a far rientrare l'emergenza ma non hanno la funzione di migliorare la qualità dell'aria della Lombardia; constatato, inoltre, che la qualità dell'aria influisce sulla salute della popolazione e gli apparati più soggetti agli effetti delle sostanze immesse in atmosfera sono quelli deputati alla respirazione, le sostanze più dannose sono quelle di tipo gassoso e le particelle più sottili riescono ad arrivare nelle profondità dell'apparato respiratorio superando le barriere di difesa presenti nelle vie aeree superiori e determinando patologie conseguenti che possono perciò interessare i bronchi, il parenchima o la pleura .

considerato che

– la Commissione dell'Unione europea ha dato il via alla seconda fase della procedura d'infrazione contro l'Italia e altri Paesi - Germania, Francia, Spagna e Gran Bretagna - per l'inquinamento eccessivo da biossido d'azoto (NO2) riscontrato nell'aria di città come Milano;

– viene contestata la violazione della direttiva europea del 2008 e viene chiesto ai paesi fuori norma di spiegare - entro due mesi - come intendano mettersi in regola; (<http://eurinfra.politichecomunitarie.it/ElencoAreaLibera.aspx>; http://www.ansa.it/canale_ambiente/notizie/istituzioni/2017/02/15/smog-italia-ue-apre-secondafase-infrazione_b40c5904-d9ba-4fe4-a5e0-6fbf5a2268e8.html)

ritenuto che

data la grave situazione legata all'inquinamento atmosferico, rilevata anche dall'Unione Europea, che può gravare sulla salute dei cittadini lombardi, sarebbe opportuno mettere in campo azioni sinergiche tra gli assessorati all'Ambiente e al Welfare di Regione Lombardia , al fine di mettere a punto azioni di prevenzione sia ambientale che sanitaria .

sottolineato che

il progetto di legge n . 228 ter all'articolo 2 « Norme in materia di prevenzione e promozione della salute» declina tra l'altro nei suoi articoli (dal 55 al 58):

– interventi che hanno come finalità la realizzazione di ambienti favorevoli alla salute; – eliminazione o contenimento dei rischi di salute per i singoli e per le collettività;

– campagne di informazione e di comunicazione , con il concorso delle ATS, dell'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA), con particolare riguardo alle iniziative coordinate con altri enti e amministrazioni interessate per individuare e rimuovere le cause di effetti nocivi e di malattie di origine ambientale; (Link consultati <http://www.epicentro.iss.it/temi/ambiente/AriaEuropa2015.asp> <http://www.consilium.europa.eu/it/policies/clean-air/> http://ec.europa.eu/environment/basics/health-wellbeing/air-pollution/index_it.htm <http://www.eea.europa.eu/it/segnali/segnali-2013/articoli/la-qualita-dellaria-in-europa-oggi> http://www.repubblica.it/ambiente/2016/11/23/news/smog_467mila_morti_1_anno_in_europa_-152607450/)

impegna il Presidente della Giunta regionale, Roberto Maroni, e la Giunta regionale

– ad attuare politiche più efficaci finalizzate alla riduzione dell'inquinamento atmosferico, anche al fine di evitare l'ennesima sanzione europea;

– ad attuare politiche integrate tra gli assessorati all'ambiente e al welfare al fine di fare prevenzione finalizzata a limitare patologie legate all'inquinamento atmosferico;

– ad attuare ulteriori programmi di monitoraggio sia delle sostanze inquinanti nell'aria e nell'acqua sia dello stato di salute, prevalentemente legato alle patologie riferibili all'inquinamento ambientale, in collaborazione tra ARPA e ATS del territorio lombardo .»

DCR. 21 febbraio 2017 - n. X/1448 Ordine del giorno concernente la diabetologia pediatrica

. (BUR n. 10 del 9.3.17)

Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

– il diabete è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) e dovuta a un'alterata quantità o funzione dell'insulina . L'insulina è l'ormone, prodotto dal pancreas, che consente al glucosio l'ingresso nelle cellule e il suo conseguente utilizzo come fonte energetica . Quando questo meccanismo è alterato, il glucosio si accumula nel circolo sanguigno;

– nell'articolo 2 del progetto di legge 228 ter – che reca le modifiche relative al Titolo IV della l.r. 33/2009 (Testo unico delle leggi in materia di sanità) - vediamo che vi è una parte dedicata alla malattia diabetica;

sottolineato che

– ci sono diverse forme di diabete: 1) diabete 1: riguarda circa il 10 per cento delle persone con diabete e in genere insorge nell'infanzia o nell'adolescenza; 2) diabete tipo 2: è la forma più comune di diabete e rappresenta circa il 90 per cento dei casi di questa malattia; 3) a ciò si aggiungono altre forme genetiche meno frequenti che sono: il MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young), il Diabete Mitocondriale e il Diabete Neonatale; In tutto il mondo è stato documentato il progressivo aumento della malattia diabetica che si accompagna a un abbassamento dell'età di esordio . I bambini e gli adolescenti, essendo soggetti in fase di continua crescita ed evoluzione, presentano bisogni particolari e mutevoli . Nell'età evolutiva, il diabete mellito è caratterizzato da una forte instabilità e, quindi, da una gestione estremamente difficile in relazione a peculiarità fisiologiche, psicologiche e nutrizionali; evidenziato che – il diabete interferisce in ogni aspetto della vita e delle esperienze del bambino/adolescente, imponendo un peso che deve essere sopportato anche dai genitori, dai fratelli, dai parenti, dalla scuola e dalla comunità in genere;

– poiché nella popolazione esiste una scarsa consapevolezza del carico umano e sociale che grava sul bambino/adolescente affetto da diabete, la cura deve essere impostata non solo sotto il profilo biomedico, ma anche sotto quello psicosociale;

– a oggi non tutti i casi di diabete in età evolutiva sono gestiti in area pediatrica; al contrario essi sono in parte gestiti in strutture ove opera personale formato per assistere soggetti adulti, in particolare per il DMT2;

– è necessario che la prevenzione, la diagnosi e la cura siano affrontate in area pediatrica, da personale dedicato e con specifica formazione; ciò è indispensabile per consolidare gli interventi di prevenzione e per migliorare l'assistenza ai bambini/adolescenti affetti da diabete;

– inoltre è necessario che le due aree della diabetologia, pediatrica e dell'adulto, siano fra di loro collegate, in particolare al momento della transizione dal servizio pediatrico a quello dell'adulto; evidenziato, inoltre,

che il Piano nazionale sulla malattia diabetica - approvato in Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2012 - definisce obiettivi, generali e specifici, strategie e linee di indirizzo prioritarie: – vengono disegnate alcune modalità di assistenza alle persone con diabete .

Tutto questo nella convinzione che tali indirizzi possano ridurre il peso della malattia con un miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete, e con una riduzione dei costi per il Sistema Sanitario; – vengono indicate alcune aree ritenute allo stato prioritarie per il miglioramento della assistenza diabetologica, finalizzate a eventuali progetti obiettivi, nella considerazione che il Piano costituisca la piattaforma su cui costruire programmi di intervento specifici scelti e condivisi con regioni e province autonome; sottolineato che il Piano nazionale sulla malattia diabetica dedica un intero paragrafo ai: «Livelli assistenziali di intervento per il diabete in età pediatrica» . E nello

specifico: «Bambini e adolescenti (0-18 aa) devono essere seguiti in ambiente pediatrico dedicato e specializzato (l . 176/91 «Convenzione di New York sui diritti del fanciullo») con interventi strutturati in funzione dei diversi tipi di diabete e fasce di età . Inoltre devono essere curati in ospedale solo nel caso in cui l'assistenza di cui hanno bisogno non possa essere fornita a pari livello a domicilio o presso ambulatori o in Day Service . La base per una ottimale e uniforme modalità di prevenzione, diagnosi e cura è rappresentata dall'attivazione di una Rete Regionale basata su almeno due livelli assistenziali: a) Livello di base «Ancora oggi il diabete è riconosciuto tardivamente con evidenti rischi per il paziente ed extra costi per il SSN . Il ritardo diagnostico è imputabile principalmente al tardivo ricorso alla consultazione medica da parte dei genitori, che sottostimano la presenza di segni della malattia per scarsa informazione . È quindi necessaria una maggiore attenzione da parte degli attori dell'assistenza primaria (PLS e MMG) nella individuazione dei soggetti a rischio, dato che le condizioni di prediabete, ridotta tolleranza al glucosio e DMT2 spesso non vengono diagnosticate in bambini e adolescenti in eccesso ponderale . La condivisione di percorsi assistenziali e di protocolli tra i vari attori della rete è indubbiamente lo strumento più idoneo a generare risultati in questo ambito...»; b) Livello specialistico «Le funzioni specialistiche, anche quando fisicamente allocate in ambito ospedaliero, devono indirizzarsi prevalentemente verso l'attività ambulatoriale, assicurando tutte le attività intra ed extra murali previste dalla l . 115/87 e dalle linee guida delle Società Scientifiche, facendo ricorso al ricovero solo nei casi di acuzie e di particolare impegno assistenziale . Inoltre, le funzioni specialistiche devono integrarsi nei programmi informativi e educativi nei contesti di vita (es . campi scuola, attività sportive) . Per garantire la continuità assistenziale al bambino con diabete sia nella fase di stabilità, quando è in carico alla struttura ambulatoriale specialistica, sia nella fase di acuzie, quando è in carico alla struttura pediatrica ospedaliera, devono essere definiti dei protocolli di integrazione tra i diversi livelli e i differenti attori . Le Regioni individueranno le formule organizzative più adeguate al proprio contesto nel rispetto della norma vigente, individuando Centri Regionali di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica (legge 115/87) e Centri Satellite (ISPAD Consensus Guidelines 2000, ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009), anche con riguardo ad aree vaste, macro aree o bacini sanitari comprendenti più province . Il livello specialistico ha compiti di formazione per la prevenzione, diagnostici, terapeutici, educativi e di follow-up nei confronti delle varie forme di diabete, in collaborazione con gli altri attori della rete, in modo da garantire un intervento multi-professionale integrato . Responsabile della funzione/ struttura specialistica sarà uno specialista in pediatria con documentati titoli accademici o di carriera in diabetologia, secondo la normativa vigente (rif . Atto d'intesa StatoRegioni 1991, d . p . r . 483/97 e 484/97 su disciplina concorsuale per la dirigenza medica e branche equipollenti e affini) .L'attività di un singolo pediatra diabetologo, senza un supporto dedicato ed esperto in diabetologia pediatrica (infermieristico, dietologico, psicologico, socio-sanitario, ecc .), non è coerente con le funzioni assistenziali richieste per gestire tale complessa patologia pediatrica .»; preso, infine, atto che il 23 settembre 2014 il Consiglio regionale della Lombardia votava, in modo unitario, a favore della risoluzione n . 17 - predisposta dalla III commissione «Sanità e Politiche Sociali» - avente per oggetto«Determinazioni in ordine al piano sulla malattia diabetica» . Detta risoluzione impegnava, tra l'altro, la Giunta regionale: a recepire in tempi brevi il piano sulla malattia diabetica e dare completa attuazione alla circolare regionale 12 luglio 2005, n . 30 concernente (Linee guida sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico); Link consultati: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf - www.salute.gov.it/stiliVita/stiliVita.jsp - www.epicentro.iss.it/igea - www.epicentro.iss.it/passi - www.epicentro.iss.it/okkioallasalute - www.hbsc.unito.it Quadro normativo consultato specifico per l'assistenza diabetologica in età evolutiva: Legge 16 marzo 1987, n . 115 «Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito» . Legge 27 maggio 1991, n . 176 «Convenzione sui Diritti del Fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989» . Legge 28 agosto 1997, n . 285 «Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza» . D . m . 24 aprile 2000 »Adozione del Progetto obiettivo materno infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il

triennio 1998/2000» . D .p .r . 13 giugno 2000 »Approvazione del Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per il biennio 2000/2001» . Decreto legislativo 19 giugno 1999, n . 229 «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale» . Legge 8 novembre 2000, n . 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» . Legge 28 marzo 2003, n . 53 «Delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istituzione e formazione professionale .» Decreto legislativo 15 aprile 2005 n . 76 «Definizione delle norme generali sul diritto dovere all'istruzione e alla formazione, a norma dell'art .2, comma 1, lettera c), legge 28 marzo 2003 n . 53» . Raccomandazioni del 25 novembre 2005 dei Ministeri della Salute e dell'Istruzione «Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico» . impegna la Giunta regionale

ad attivarsi per individuare, all'interno del progetto di legge n . 228 ter, secondo quanto previsto dal Piano nazionale sulla malattia diabetica, le formule organizzative più adeguate al proprio contesto, individuando Centri regionali di riferimento per la diabetologia pediatrica e centri satellite, considerando aree vaste, macro aree o bacini sanitari comprendenti più province .» .

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1449 Ordine del giorno concernente la malattia diabetica. (BUR n. 10 del 9.3.17)

Presidenza del Presidente Cattaneo
Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

- il diabete è una malattia cronica in cui si ha un aumento della glicemia, ovvero dei livelli di zucchero nel sangue, che l'organismo non è in grado di riportare alla normalità;
- questa condizione può dipendere da una ridotta produzione di insulina, l'ormone secreto dal pancreas per utilizzare gli zuccheri e gli altri componenti del cibo e trasformarli in energia, oppure dalla ridotta capacità dell'organismo di utilizzare l'insulina;
- livelli elevati di glucosio nel sangue, se non corretti con una cura adeguata, possono nel tempo favorire la comparsa delle complicanze croniche della malattia, come danni a reni, retina, nervi periferici e sistema cardiovascolare (cuore e arterie);
- è possibile convivere con il diabete e prevenire attivamente le complicanze, ma è fondamentale conoscere che cosa, nella vita di ogni giorno, causa un aumento o una diminuzione della glicemia in modo da mantenerla il più possibile vicino ai livelli normali fin dall'esordio della malattia e per tutta la vita . In altri termini una buona conoscenza ed una gestione attiva da parte del paziente della malattia sono la base indispensabile per una buona cura del diabete; preso atto che 500 mila sono le persone lombarde che soffrono di patologia diabetica . I due terzi, circa 350 mila, sono in terapia, di questi 100 mila sono in terapia insulinica . La restante parte circa 150 mila pazienti sono in terapia dietetica;

evidenziato che

- i 100 mila lombardi in terapia insulinica devono effettuare misurazioni giornaliere del loro livello di glucosio nel sangue: sei punture al dì per il prelievo della goccia di sangue capillare dal polpastrello del dito . Solo così possono conoscere l'esatto valore glicemico e di conseguenza dosare correttamente l'insulina da inoculare .
- possiamo quindi affermare che l'automisurazione della glicemia è una delle grandi conquiste del trattamento del diabete; evidenziato, inoltre, che l'attribuzione del codice 013 permette alle persone diabetiche di accedere gratuitamente all'erogazione di alcuni dispositivi medici utili per l'automisurazione e l'automonitoraggio della propria glicemia e per la terapia insulinica . Il codice di esenzione 013 è attribuito a tutti i diabetici, qualunque sia la natura della loro malattia: diabete di tipo 1, diabete di tipo 2, diabete durante la gravidanza (diabete gestazionale) o di altro tipo . In pratica, il Servizio Sanitario Nazionale concede ai diabetici la possibilità di ricevere gratuitamente

una serie di dispositivi medici e/o presidi necessari al controllo e alla terapia insulinica della patologia: strisce reattive per la misurazione della glicemia, aghi pungidito (lancette), aghi per iniettori a penna per la somministrazione di incretine;

evidenziato, infine, che

possiamo affermare che i presidi per il controllo giornaliero della glicemia sono essenziali per la vita del paziente diabetico . Purtroppo siamo venuti a conoscenza d' inspiegabili differenze - da una ex Asl (ora ATS) all'altra - per il numero di dispositivi/presidi erogati . Carenza che costringe il paziente diabetico ad acquistare di tasca propria l'ausilio mancante: il riferimento è soprattutto per gli aghi per iniettori a penna; sottolineato che se la misurazione della glicemia è dolorosa, fastidiosa e invalidante per un adulto, possiamo ben capire cosa prova un bambino diabetico che si deve sottoporre a più prelievi giornalieri . Quindi ogni innovazione tecnologica che possa andare nel segno di un miglioramento della qualità della vita, crediamo che debba essere presa in considerazione e avere un giusto spazio nel modo scientifico; sottolineato, ancora, che dal 2014 esiste un dispositivo che consente ai diabetici di controllare il proprio livello di glicemia senza sottoporsi a fastidiosi e dolorosi prelievi più volte al giorno . La lettura del glucosio viene effettuata grazie ad un sensore che si applica come un cerotto sulla parte posteriore del braccio (si può tenere fino a 14 giorni) e trasmette, senza punture, ad un lettore i dati sui livelli di zucchero presenti nel sangue . Questo dispositivo si chiama FreeStyle Libre di Abbot, è il primo sistema di controllo flash della glicemia, ed acquistabile solamente online;

sottolineato, infine, che

le regioni italiane che - fino a questo momento - hanno adottato provvedimenti sul dispositivo FreeStyle Libre sono: – l'Emilia-Romagna è stata la prima regione in Italia in cui è prevista la prescrizione e rimborsabilità di FreeStyle Libre, grazie a una circolare della Regione; – la Basilicata; – la Toscana dove con una delibera (n . 829 del 30-08-2016) è prescritto e rimborsato dal SSN ed è per tutte le persone affette da diabete; – il Lazio dove è prescritto e rimborsato dal SSN come indicato nella determinazione n . G08900 del 3 agosto 2016;

preso atto che

– il progetto di legge n . 228 ter interviene in merito alle reti assistenziali per malattie croniche a maggior impatto sul SSL, modificando al Titolo IV «Norme relative ai trapianti, all'assistenza a domicilio del paziente emofilico, alla dialisi a domicilio e all'assistenza del paziente diabetico» della l . r . 33/2009;

– il progetto di legge n . 228 ter, modificando l'articolo 39 della l . r . 33/2009, in modo particolare, dispone in tema di malattia diabetica . Si parla di una corretta gestione del modello di rete clinico-assistenziale sia in età pediatrica sia adulta;

– il comma 3 dell'articolo 39 si sofferma e declina le competenze e quello che dovrà garantire la rete clinico-assistenziale: – gestione integrata del paziente diabetico attraverso una forte integrazione tra le diverse professionalità . . . ; – promuovendo la presa in carico del paziente . . . ; – garantendo continuità assistenziale, continuità assistenziale programmata in filiera domicilio, territorio, ospedale . . . ; – linee guida per il costante miglioramento dei percorsi di cura e per l'implementazione delle conoscenze tra i professionisti delle diverse strutture sanitarie; – implementazione appropriata dell'innovazione tecnologica e terapeutica . . . ; Link consultati http://www.corriere.it/salute/esperto/diabete/diabete_cure_diffusione_trapiano_isole_pancreatiche_microinfusori_glicemia_bcb648e4-8951-11dd-823500144f02aabc.shtml <http://www.giornale-diabetici.ch/archivio/archivio/ autocontrollo-della-glicemia-1372/> <http://www.diabete.com/autocontrollo-del-diabete-che-cosa-prevede-esenzione-con-codice-013/> <http://www.dire.it/23-02-2016/39320-niente-piu-puntureora-il-diabete-si-misura-con-un-sensore/> <http://www.freestylelibre.it/products.html> (<http://www.osservatorioinnovazione.net/schede/schfrees.pdf>)

<http://www.osservatorioinnovazione.net/schede/schfrees.pdf>

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1450 Ordine del giorno concernente le azioni di contrasto al tabagismo. . (BUR n. 10 del 10.3.17)

: “Il Consiglio regionale della Lombardia
premesse che

- l’abitudine al fumo (tabagismo) rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale ed è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie;

- secondo i dati dell’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) il fumo rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile; l’Oms calcola che quasi 6 milioni di persone perdono la vita ogni anno per i danni da tabagismo, fra le vittime oltre 600 mila sono non fumatori esposti al fumo passivo Il fumo uccide una persona ogni sei secondi ed è a tutti gli effetti un’epidemia tra le peggiori mai esistite a livello globale;

- secondo il Rapporto Fumo 2015 in Italia fumano circa 10,9 milioni di persone, di cui il 25,4 per cento maschi e 18,9 per cento femmine e si stima che, in Italia, siano attribuibili al fumo di tabacco dalle settantamila alle ottantamila morti l’anno, oltre il 25 per cento di questi decessi è compreso tra i 35 e i 65 anni (dati Istat 2012);

considerato che

- il fumo non è responsabile solo del tumore al polmone ma rappresenta anche il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie non neoplastiche, tra cui la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ed è uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare; un fumatore ha un rischio di mortalità, a causa di una coronaropatia, superiore da 3 a 5 volte rispetto a un non fumatore;

- dal punto di vista epidemiologico si ha, nei fumatori, un aumento di rischio per gravi patologie: cardiopatie, malattie respiratorie, tumori e, non ultimo, ictus E’ importante sottolineare come altri disturbi e patologie siano innescati o aggravati dall’abitudine al fumo: irritazione delle mucose, aumento dello stress ossidativo, aumento del carico delle sostanze tossiche, accumulo dei tessuti connettivi, resistenza insulinica che, senza entrare nei dettagli, significa che il fumo aumenta del 65 per cento le possibilità di sviluppare il diabete;

preso atto che

- la Lombardia la prevenzione del tabagismo rappresenta, da diversi anni, un’attività di rilievo, attraverso una serie di iniziative che hanno portato ad avere, oggi, norme e regolamenti volti al contrasto del tabagismo e sono stati istituiti i centri antifumo: 44 presso le sedi delle ex ASL (dati aggiornati al 2007);

- nel settembre del 2001 è stato istituito il «Gruppo di studio per la prevenzione del tabagismo»; richiamati

- le «Linee guida per la prevenzione del tabagismo» pubblicate la prima volta nel BURL n 13, 1° s s , del 28 marzo 1995, aggiornate successivamente e pubblicate nel BURL n 13, 2° s s , del 28 marzo 2000; – la circolare n 2/SAN/2005 del 14 gennaio 2005 «Direttive in applicazione della normativa in materia di divieto di fumo»;

- il decreto n 12408 del 24 novembre 2009 «Linee di indirizzo «Centri per il trattamento del tabagismo: requisiti metodologici-organizzativi e raccomandazioni cliniche»;

impegna la Giunta regionale

- a elaborare un piano regionale antifumo per potenziare e uniformare le azioni a contrasto del tabagismo in tutta la regione;

- a favorire la nascita di almeno un centro antifumo nell’ambito di ogni distretto e a garantire adeguati finanziamenti a supporto dell’attività dei centri antifumo;

- a promuovere una campagna regionale attraverso strumenti informativi finalizzata a promuovere corretti stili di vita soprattutto nei confronti delle giovani generazioni;

- a promuovere la realizzazione di un percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (PDTA) per la gestione della bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1451 Ordine del giorno concernente la valorizzazione delle professioni alla luce dei nuovi compiti di prevenzione. . (BUR n. 10 del 10.3.17)

“Il Consiglio regionale della Lombardia
premesse che

– le modifiche al Titolo VI della legge regionale 33/2009 introduce nuove e più stringenti competenze in capo ai Dipartimenti e alle Unità Operative che si occupano di promozione della salute e prevenzione, punto di partenza importante per il rilancio del sistema della prevenzione lombarda;

– è in riduzione il numero degli operatori impiegati nel SSR, in modo particolare nell’assistenza e nella prevenzione, oltre al fatto che, in ragione del blocco del turn-over, è esplosa l’età media delle professioni sanitarie e i relativi pensionamenti e le risorse sono in costante calo da anni;

considerato che

– con l’ordine del giorno n. 26085 (d.c.r. 1349/2016) concernente l’utilizzo dei proventi delle attività sanzionatorie» viene indicata la necessità che le risorse delle sanzioni tornino alla prevenzione (scelta amministrativa ormai compiuta da quasi tutte le regioni);

– l’art. 58 del nuovo Titolo VI indica che «in funzione delle necessità territoriali, degli indicatori epidemiologici, della necessità di accessibilità e di prontezza degli interventi, dei rischi ambientali e dei flussi turistici, con particolare riguardo all’Area Metropolitana ed ai territori montani...» è possibile prevedere, nei POAS, ulteriori Unità Operative;

– l’art. 60 quater, comma 1, lett. a) del nuovo Titolo VI indica che, per il perseguimento degli obiettivi di prevenzione collettiva, la Regione annualmente destina, oltre al 5 per cento del fondo sanitario regionale, «una quota degli introiti derivanti dalla irrogazione di ammende e sanzioni a seguito delle attività di controllo in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro» (d.lgs. 81/2008);

impegna la Giunta regionale e l’Assessore competente

– a valorizzare le professioni sanitarie della prevenzione, in particolare i tecnici della prevenzione e gli assistenti sanitari, anche al fine di porre un freno all’emorragia di professioni e rendere più efficaci i compiti più stringenti e numerosi loro affidati dalla legge;

– a potenziare altre figure professionali laureate, come ingegneri, chimici, fisici, biologi, psicologi del lavoro, indispensabili per gestire la complessità degli aspetti impiantistici, tecnologici, ambientali e dell’organizzazione del lavoro; – a rafforzare la rete dei laboratori di prevenzione;

– a garantire il rinnovamento culturale grazie a un turn-over da realizzare attraverso i piani assunzionali;

– a dare efficacia attuativa a quanto previsto dall’articolo 60 quater, comma 1, lett. a), utilizzando gli introiti delle sanzioni e dei controlli per la valorizzazione e il potenziamento delle figure professionali della prevenzione

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1452 Ordine del giorno concernente le azioni realizzate con i fondi derivanti dalle attività sanzionatorie. (BUR n. 10 del 10.3.17)

«Il Consiglio regionale della Lombardia
premesse che

– il decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e successive modificazioni all’articolo 13, comma 6 stabilisce che «l’importo delle somme che l’ASL, in qualità di organo di vigilanza, ammette a pagare in sede amministrativa ai sensi dell’articolo 21, comma 2, primo periodo, del decreto legislativo 19 dicembre 1994, n. 758, integra l’apposito capitolo regionale per finanziare l’attività di prevenzione nei luoghi di lavoro svolta dai dipartimenti di prevenzione delle AA SS LL »;

– il Piano nazionale della prevenzione 2017-2019 delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Tale scelta strategica va ricondotta alla convinzione, suffragata da numerosi elementi della letteratura scientifica di settore, che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull’evidenza scientifica, costituisce una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale;

– negli atti di indirizzo del 2017 del Ministero della Salute si afferma che «la promozione della salute e la tutela del benessere psicofisico della persona richiedono strategie intersettoriali e trasversali nelle quali siano coinvolte le istituzioni centrali e locali e la società civile. Ciò appare necessario per sviluppare politiche integrate e per agire sui principali determinanti di salute»; considerato che

– nella deliberazione della Giunta regionale 20 febbraio 2009, n. 9014 (Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento (a seguito di intesa della competente commissione consiliare ai sensi dell'art. 4, comma 4, della l.r. 31/97) si prevede (Allegato 2) che i proventi derivanti da sanzioni amministrative irrogate in relazione alle attività di controllo di competenza dei dipartimenti di prevenzione restino in disponibilità alle ASL con vincolo di destinazione per lo sviluppo delle stesse attività di prevenzione e controllo;

– con la deliberazione della Giunta regionale X/6105 è stato approvato il Piano regionale della prevenzione (PRP) 2014/2018 in cui si afferma che «la prevenzione declina i propri interventi per ridurre o rimuovere i danni alla salute delle persone di ogni età, ceto sociale, in attività lavorativa, coinvolgendo il più ampio schieramento di risorse e competenze, sviluppando la capacità di dialogo e di valorizzazione degli apporti di soggetti che hanno altre finalità o interessi, ma che su obiettivi concreti e misurabili di guadagno di salute possono fornire un contributo di risorse e competenze molto importante»;

– nella deliberazione della Giunta regionale 5954/2016 (Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017) si evidenzia l'importanza della prevenzione nelle sue varie declinazioni; visto che nella seduta del Consiglio regionale del 21 dicembre del 2016 è stato approvato l'ordine del giorno n. 26085 con deliberazione X/1349 concernente l'utilizzo dei proventi delle attività sanzionatorie da reinvestire in prevenzione;

invita il Presidente e la Giunta regionale

a predisporre una relazione da inviare al Consiglio regionale entro il 31 ottobre 2017 in cui si descrivono le azioni realizzate con i fondi derivanti dalle attività sanzionatorie previste all'articolo 60 quater (Risorse) del progetto di legge n. 228 ter «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli IV, VI e VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)» »

DCR 21 febbraio 2017 - n. X/1453 Ordine del giorno concernente i percorsi terapeuticoassistenziali e attività fisica. (BUR n. 10 del 10.3.17)

«Il Consiglio regionale della Lombardia
premesse che

il progetto di legge in discussione interviene nella modifica delle norme in materia di prevenzione e promozione della salute, adeguando il testo alle mutate condizioni sociosanitarie della popolazione lombarda, all'affinamento delle terapie e profilassi mediche e farmacologiche, e alle possibilità di spesa; visto che tra le azioni di prevenzione si collocano il sostegno a stili di vita sani, la realizzazione di ambienti favorevoli alla salute e l'eliminazione o quantomeno il contenimento dei rischi di insorgenza di patologie gravi; ritenuto che, come citato nella norma in approvazione, all'articolo 56, comma 4, e in aderenza a programmazioni sovra regionali, la pratica dell'esercizio fisico risulta essere tra le azioni maggiormente dotate a fornire un miglioramento dei cicli di vita sana perché aiuta a prevenire malattie cardiovascolari, ictus, diabete, obesità, alcuni tipi di tumore aiutando anche a migliorare le condizioni psichiche e sociali attraverso la promozione dell'autonomia personale, della socializzazione, della responsabilità civile;

considerato che

– tale indirizzo è stato seguito anche da altre regioni (Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana) promuovendo e diffondendo la pratica dell'esercizio fisico nella prevenzione agli stati di salute critici, per il completamento delle terapie riabilitative o nelle terapie prescritte a persone con patologie croniche;

– nei fatti riconoscendo all’attività fisica pari dignità terapeutica della farmacologia; ricordando, comunque, che i programmi di esercizio fisico necessitano di standard di servizio adeguati che – come a esempio riconosciuto nella legislazione della Regione Veneto – richiedono uno svolgimento sicuro e da attivare sotto il controllo di un laureato magistrale in scienze motorie nell’ambito di idonee strutture, pubbliche o private, dette «palestre della salute», riconosciute dalla Regione attraverso procedura di certificazione; valutando come necessario l’impegno regionale per una politica di prevenzione complessiva in cui l’attività fisica sia uno dei perni inalienabili; impegna la Giunta regionale a sviluppare attenzione all’attività fisica quale azione primaria di prevenzione, anche attraverso l’apporto del sistema di competenze universitario e di ricerca lombardo, in linea con le finalità contenute dalle norme in materia di prevenzione e promozione della salute e previste nell’evoluzione del sistema sociosanitario lombardo »

PIEMONTE

DGR 13.2.17, n. 28-4666 - Disposizioni alle Aziende Sanitarie in materia di assunzioni di personale.(BUR n. 9 del 2.3.17)

Note

Viene disposto per l’anno 2017 quanto segue:

1. TETTI DI SPESA

- permanendo anche per il 2017, come disposto dall’art. 1, comma 584 della legge n. 190 del 23/12/2014, il vincolo stabilito dall’art. 2, comma 71, della legge n. 191 del 23/12/2009, che, definisce l’obiettivo di riduzione del costo del personale dell’1,4% rispetto ai valori dell’anno 2004, l’assunzione di personale, secondo le modalità di cui al successivo punto, è autorizzata per ciascuna Azienda del SSR nei limiti del tetto di spesa ad essa assegnato.

Temporaneamente, i tetti di spesa per il personale sono quelli approvati, per l’anno 2016, con la D.G.R. n. 36 – 1483 del 25/05/2015 e ad essa allegati per farne parte integrante e sostanziale, con le seguenti eccezioni:

□□□ASL Città di Torino: il tetto di spesa da considerare per la nuova Azienda cittadina deriva dalla somma dei tetti di spesa assegnati per il 2016 dalla D.G.R. del 25/05/2015 per le disciolte ASL TO 1 e ASL TO 2

□□□AOU Città della Salute e della Scienza di Torino: il tetto di spesa è costituito dai valori individuati nel Piano di efficientamento da approvarsi in attuazione dell’art. 1, commi dal 521 al 547 della legge n. 208(2015 (Legge di stabilità 2016)

I tetti di spesa, comprensivi degli effetti economici/finanziari indotti dalla normativa di settore, avranno validità fino all’approvazione dei nuovi tetti che saranno rideterminati alla luce di possibili variazioni in base al nuovo assetto organizzativo del SSR, tenendo conto dell’obbligo dei bilanci di esercizio aziendali di conseguire un risultato di equilibrio in relazione alle risorse che saranno assegnate in sede di riparto del fondo sanitario.

2. ASSUNZIONI DI PERSONALE

Nei limiti dei suddetti tetti di spesa, nella programmazione delle assunzioni le Aziende del SSR dovranno attenersi, tra l’altro, alle seguenti disposizioni:

□□□le Aziende del SSR sono autorizzate ad assumere personale del ruolo sanitario e dei profili professionali di operatore socio – sanitario ed assistente sociale. Tale autorizzazione ad assumere si applica anche al personale convenzionato specialista ambulatoriale. Le Aziende hanno, inoltre, facoltà di richiedere alla Direzione regionale Sanità eventuali deroghe, legate a conclamate e comprovate esigenze, per professionalità altamente specialistiche dei ruoli professionale e tecnico, la cui carenza comporterebbe concrete pesanti ricadute nell’erogazione dei servizi.

□□□l’ AOU Città della Salute e della Scienza di Torino è tenuta a programmare il fabbisogno di personale in coerenza con le azioni previste dal Piano di efficientamento che sarà approvato in applicazione dell’art. 1, commi dal 521 al 547 della legge n. 208/2015.

□□□per quanto attiene il personale della Croce Rossa transitato o che transiterà, ai sensi dell'art. 1, comma 397 lettera d) della legge 28 dicembre 2015 n. 208, all'interno del SSR, si precisa che la spesa per il medesimo non deve essere computata nei tetti di spesa assegnati a ciascuna Azienda.

□□□le Aziende del SSR dovranno verificare la coerenza delle assunzioni alla luce della nuova configurazione del SSR, con particolare riferimento al riordino della rete ospedaliera di cui alla D.G.R. n. 1 – 600 del 19/11/2014 e s.m.i., nonché al riordino della rete territoriale di cui alla D.G.R. n. 26 – 1653 del 29/06/2016. Le nuove assunzioni dovranno, inoltre, tener conto, di quanto disposto dalla D.G.R. n. 3 – 4287 del 29/11/2016 con la quale sono stati individuati gli interventi regionali e le linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute nonché dalla D.G.R. n. 25 – 1513 del 03/06/2015 (Piano Regionale della Prevenzione) e n. 31 – 1747 del 13/07/2015 (Piano Regionale Integrato per la Sicurezza alimentare - 2015- 2018). Infine, le assunzioni dovranno contribuire al miglioramento dei tempi d'attesa.

□□□le Aziende del SSR dovranno, altresì, verificare la compatibilità delle assunzioni rispetto alla disciplina regionale per la ricollocazione e per la mobilità aziendale ed interaziendale.

□□□le Aziende del SSR dovranno privilegiare le assunzioni tese a ridurre le forme contrattuali atipiche, applicando le disposizioni di cui al D.P.C.M. 06/03/2015 recante “Disciplina delle procedure concorsuali riservate per le assunzioni di personale precario del comparto sanità” ed operare in coerenza con quanto disposto all'art. 1, commi 541, 542 e 543 della legge n. 208 del 28/12/2015 e s.m.i.

□□□le Aziende del SSR dovranno programmare le assunzioni finalizzate a garantire la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di articolazione dell'orario di lavoro.

Si conferma, inoltre, che:

- le Aziende Sanitarie, per favorire il contenimento dei costi e la celerità dell'azione amministrativa operano al fine di consentire l'utilizzazione delle graduatorie dei propri concorsi ai sensi dell'art. 4, comma 3 ter del d.l. n. 101/2013, convertito nella legge n. 125/2013;
- la mobilità volontaria del personale di tutti i ruoli è consentita tra le Aziende Sanitarie della Regione Piemonte nel rispetto dei tetti di spesa assegnati;
- la mobilità intercompartimentale e quella tra Aziende Sanitarie piemontesi ed Aziende Sanitarie di altre Regioni si configura come nuova assunzione e, pertanto, è soggetta ai limiti di cui ai punti precedenti;
- è consentita la mobilità di compensazione per il personale di tutti i ruoli;
- per quanto attiene le assunzioni obbligatorie delle c.d. categorie protette trova applicazione l'art. 7, comma 6 del d.l. n. 101/2013, convertito nella legge n. 125/2013;
- per quanto attiene la spesa per studi ed incarichi di consulenza, continua trovare applicazione l'art. 6, comma 7 del d.l. n. 78/2010 e s.m.i., il quale stabilisce che la medesima non può essere superiore al 20% di quella sostenuta nell'anno 2009;
- il trattenimento in servizio di personale non rientra nelle limitazioni di cui sopra qualora la vigente normativa non consenta valutazioni discrezionali da parte dell'Azienda;
- per quanto attiene il conferimento degli incarichi ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs. n. 502/92 e s.m.i., si precisa che:

□□□fino ad avvenuta completa realizzazione nella Regione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti strutture complesse, in applicazione dell'art. 15, comma 13, lett. c) del d.l. n. 95/2012, convertito con modificazioni nella legge n. 135/2012, le Aziende Sanitarie non possono procedere al conferimento o al rinnovo di qualsiasi tipologia di incarico ex art. 15 – septies del d.lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

□□□ai sensi dell'art. 4, comma 1, lett. d) del d.l. n. 158/2012, convertito con modificazioni, nella legge n. 189/2012, per il conferimento di incarichi di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'art. 15 – septies del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

□□□ tutte le disposizioni che precedono si applicano anche alle strutture a direzione universitaria nonché al personale universitario convenzionato.

3. da mandato al competente Settore della Direzione Sanità della Regione di trasmettere la presente deliberazione alle Aziende ed Enti del SSR;

4. da mandato alle Aziende ed Enti del SSR a dare immediata attuazione alle disposizioni contenute nel presente provvedimento, con riserva regionale di adeguarle, se opportuno e necessario, nel corso del periodo di riferimento.

DGR 13.2.17, n. 29-4667 - Screening neonatale esteso per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie: ulteriore sviluppo del programma di screening. (BUR n. 9 del 2.3.17)

Note

Viene ampliato il programma di screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche Ereditarie.

Viene confermato presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino il Laboratorio di screening neonatale, il Laboratorio per i test di conferma diagnostica ed il Centro clinico.

Viene approvata l'organizzazione del sistema di screening neonatale così come dettagliato nell'Allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si fa rinvio),

DGR 20.2.17, n. 22-4690 D.lgs. 502/1992 e s.m.i. Individuazione sede Comitato Etico di riferimento dell'ASL "Città di Torino". (BUR n. 9 del 2.3.17)

Note

Viene individuato, in armonia con il disposto dell'art. 12, comma 10, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e con le indicazioni operative formulate dalla conferenza regionale per le sperimentazioni cliniche, il Comitato Etico sede dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino quale comitato di riferimento dell'ASL "Città di Torino" confermando che il Comitato Etico sede dell'AOU S. Luigi Gonzaga di Orbassano continuerà ad essere il comitato di riferimento per le aziende sanitarie locali TO3 - TO4 - TO5.

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 28 del 7-3-2017 12927

PUGLIA

DGR 23.2.17, n. 218 - Misure urgenti in ambito sanitario - Affidamento all'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.) dello sviluppo di un progetto finalizzato all'istituzione di un sistema di Logistica regionale farmaceutica centralizzata (HUB) a tecnologia avanzata. (BUR n. 28 del 7.3.17)

Note

Viene demandato all'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.) della Puglia, quale Agenzia Strategica volta all'exploration, caratterizzata da maggiore flessibilità e dinamicità, orientata all'innovazione ed alla creazione di nuova conoscenza, lo sviluppo di un progetto finalizzato all'implementazione di un sistema di logistica farmaceutica regionale centralizzata (HUB) a tecnologia avanzata.

In linea con la programmazione delle azioni previste nella proposta di Programma Operativo 2016-2018, l'A.Re.S. Puglia è tenuta a portare a termine lo sviluppo di tale progetto entro e non oltre il termine del 30/06/2017.

;

DGR 23.2.17, n. 219 - DGR n. 251 del 26/02/2009. DGR n. 1827 del 04/08/2010. DGR n. 424 del 10/3/2011. Percorso per l'erogazione a carico del SSR dei prodotti privi di glutine a favore degli assistiti celiaci della regione Puglia – Dematerializzazione dei buoni. (BUR n. 28 del 7.3.17)

Note

Viene disposto l'avvio del progetto pilota di gestione online del processo di erogazione dei prodotti privi di glutine a carico del SSR agli assistiti pugliesi affetti da celiachia a far data dal 1 aprile 2017

per la durata minima di tre mesi, da attuare presso la ASL BT, propedeutico all'estensione sull'intero territorio regionale.

Viene approvato il flusso operativo gestionale per la dispensazione dei prodotti privi di glutine a carico degli assistiti come descritto in narrativa ed in dettaglio nell'allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si fa rinvio).

Le farmacie, le parafarmacie e gli esercizi commerciali convenzionati con le ASL per l'erogazione dei prodotti privi di glutine a carico del SSR sono tenuti a conformarsi alle nuove modalità di gestione telematica del processo, che contemplano anche la possibilità di utilizzare direttamente la web application del sistema Edotto, senza ulteriori oneri per la struttura erogante;

DGR 23.2.17, n. 220 DGR n. 1667 del 26/10/2016 "Regolamento Regionale 8 luglio 2016, n. 9 "Rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria per i Disturbi dello Spettro Autistico. Definizione del fabbisogno e dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali. Disposizioni attuative." Modifica. (BUR n. 28 del 7.3.17)

Note

Gli Enti Gestori, fermo restando il limite di massimo 3 moduli per struttura, possano richiedere l'attivazione di massimo 3 Moduli Terapeutico-Ri/Abilitativi intensivi ed estensivi dedicati ai soggetti in età evolutiva con Disturbi dello spettro Autistico (ASD) per ciascuna ASL .

DGR 28.2.17, n. 236 - D.lgs. 37/2010. Art. 24 del Patto della Salute 2014/2016. Costituzione della rete regionale della dispositivo vigilanza. (BUR n. 28 del 7.3.17)

Note

Viene istituita la Rete regionale per la Dispositivo vigilanza, costituita dai Responsabili delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere Universitarie, degli IRCCS pubblici e privati e degli Enti Ecclesiastici della Regione e coordinata dal Servizio Politiche del Farmaco della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche.

I Direttori Generali delle suddette Aziende sono tenuti a provvedere entro il termine di 30 giorni dalla notifica della presente a nominare il responsabile aziendale della Dispositivo vigilanza tra le professionalità con specifica competenza in materia.

La rete regionale per la dispositivo vigilanza si potrà avvalere del supporto tecnico-scientifico dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

DGR 28.2.17, n. 239 Approvazione: "Regolamento Regionale: Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015". (BUR n. 28 del 7.3.17)

Note

Viene approvato il Regolamento Regionale: "Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai Sensi Del D.M. N. 70/2015 e delle Leggi Di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015", cui all'Allegato A, composto da n. 41 (quarantuno) pagine, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;

Entro il mese di marzo 2017, si completino le preintese con le strutture private accreditate, in coerenza con i criteri definiti dal D.M. n. 70/2015;

REG.REG.LE 10 marzo 2017, n. 6 - "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento della Rete di assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare. Fabbisogno". (LR 28-5-2004, n. 8 e ss. mm. ed ii. - art.3 - comma 1 - lett. a)." (BUR n. 32 del 14.3.17)

ART.1

LIVELLI ASSISTENZIALI SPECIFICI PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1. La Rete di assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), alla luce delle modalità organizzative principalmente raccomandate dalle Linee Guida internazionali (NICE 2004, APA 2006), dalla Conferenza di Consenso sui DCA dell'Istituto Superiore di Sanità del 2012, dal Documento "Adeguatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione" pubblicato sui Quaderni del Ministero della Salute n.17/22 del 2013, si articola su cinque livelli assistenziali, come di seguito riportato:

I. Ambulatori Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

II. Ambulatorio Specialistico (a gestione pubblica)

III. Ambulatorio Intensivo - Day service (a gestione pubblica)

IV. Residenza riabilitativa extraospedaliera

V. Ricovero in reparto ospedaliero ordinario/ Day hospital nei casi in cui le condizioni cliniche lo richiedano

e per emergenze/urgenze (internistico, pediatrico, psichiatrico, chirurgico).

2. Il modello organizzativo per la gestione dei DCA è multidimensionale, multidisciplinare e multi-professionale integrato.

3. Il setting terapeutico è flessibile e personalizzato, in funzione dell'età, del tipo di DCA, della gravità, del decorso del disturbo specifico, della fase del disturbo, comprendendo la gamma di interventi che vanno dal trattamento ambulatoriale al ricovero ospedaliero in caso di urgenza, non necessariamente in sequenza.

4. L'équipe dell'Ambulatorio Specialistico o dell'Ambulatorio Intensivo - Day service è responsabile della presa in carico dei soggetti con DCA ed ha il compito di valutare, in base alle caratteristiche e alla complessità del caso clinico, la rispondenza ai criteri di adeguatezza dei Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA). Effettua, inoltre, prevenzione delle ricadute, follow-up a breve, medio e lungo termine per verificare l'efficienza e l'efficacia degli interventi. Assicura la continuità e l'adeguatezza degli interventi nei diversi livelli di cura e riabilitazione, di norma dal livello meno intensivo di cura ai trattamenti più intensivi in caso di mancato miglioramento.

ART.2

RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

1. Il Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di Libera Scelta individuano i casi in cui il sospetto diagnostico può essere chiarito meglio in un Ambulatorio specialistico o Intensivo, fornendo supporto e motivazione ad un trattamento adeguato.

2. L'équipe dell'Ambulatorio specialistico o Intensivo coinvolge il MMG o PLS nel monitoraggio del paziente.

ART.3

NORME GENERALI ORGANIZZATIVE DELLA RETE DI ASSISTENZA PER I DCA

1. I Servizi per i DCA del Dipartimento di Salute Mentale hanno competenze di prevenzione sociale, diagnosi, cura e riabilitazione e devono essere preferibilmente ubicati in strutture sanitarie aziendali territoriali (Poliambulatori/ Presidi Territoriali Assistenziali/ Ospedali riconvertiti) e, comunque, in strutture aziendali ove presenti altri servizi assistenziali territoriali.

2. Al fine di assicurare un efficace e continuo approccio multidimensionale e multidisciplinare, i Servizi per i DCA sono dotati di una équipe pluri-professionale, stabile, adeguata numericamente, costituita da psichiatri, psicologi, internisti, specialisti in scienze dell'alimentazione o biologi specialisti in scienze della nutrizione umana, neuropsichiatri infantili, dietisti, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, fisioterapisti, infermieri, operatori socio sanitari, esperti artistici e culturali.

3. Il medico psichiatra, con comprovata esperienza nel campo dei DCA, coordina i componenti dell'équipe multidisciplinare ed ha un ruolo fondamentale nel governo clinico.

4. L'équipe deve avere specifica formazione e comprovata competenza ed esperienza nel campo dei DCA; deve, inoltre, essere programmata la formazione continua e specifica.

5. La valutazione diagnostica di soggetti affetti da DCA deve comprendere l'ambito psichiatrico e psicologico tanto quanto l'ambito della salute fisica e dei bisogni familiari e sociali.
6. Tutto il percorso di presa in carico deve prevedere il monitoraggio costante del rischio fisico e psichico e valutazioni periodiche di outcome e follow-up.
7. I Servizi per i DCA del DSM devono essere in raccordo stabile con tutte le strutture necessarie per garantire l'intero percorso dell'utente anche tramite procedure concordate e protocolli di intesa.
8. Il ricovero (internistico, endocrinologico, pediatrico, psichiatrico, chirurgico) è indicato in tutti quei casi in cui vi siano condizioni cliniche che possono compromettere la salute/sopravvivenza del paziente o vi sia elevato rischio psichico.
9. Il ricovero è finalizzato al raggiungimento di un minimo di equilibrio e stabilità delle condizioni psico-fisiche ed è, dunque, di breve durata e propedeutico ad un ricovero in regime residenziale o, comunque, a un trattamento specifico per DCA e deve vedere coinvolto il Servizio per i DCA di riferimento del paziente.
10. In ogni caso, il ricovero ospedaliero deve essere seguito dall'invio del soggetto con DCA al Servizio del DSM dedicato per la presa in carico.
11. Nella Rete di assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare devono essere attivati Punti di Ascolto per le attività di informazione, accoglienza, orientamento e sostegno degli utenti, attraverso la stipula di appositi protocolli operativi con le Associazioni, secondo quanto previsto dall'art.7 del presente Regolamento.

ART.4

AMBULATORIO SPECIALISTICO

1. L'Ambulatorio specialistico per i DCA afferisce al Dipartimento di Salute Mentale della ASL; è a gestione pubblica e rappresenta il 2° livello della Rete.

Il trattamento ambulatoriale specialistico è indicato per la maggior parte dei pazienti se affetti da una forma leggera di DCA, non cronica, non complicata da altra patologia medica o psichiatrica, con la possibilità di accedere a livelli più intensivi di trattamento in caso di mancato miglioramento.

2. REQUISITI ORGANIZZATIVI

2.1 L'apertura dell'ambulatorio specialistico è assicurata per almeno 38 ore settimanali e per almeno 5 giorni alla settimana, garantendo quanto più possibile l'apertura pomeridiana.

2.2. L'équipe deve essere composta dalle seguenti figure professionali:

N. 1 Psichiatra a tempo pieno (con funzioni di responsabile)

N. 2 Psicologi-psicoterapeuti a tempo pieno

N. 1 Medico internista/Endocrinologo/Specialista in Scienze dell'Alimentazione e, in presenza di utenza minorile, NPIA a tempo parziale e con accessi programmati (anche provenienti da altri Servizi

ASL o in convenzione)

N. 1 Educatore professionale/Tecnico della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno

N. 1 Dietista a tempo pieno

N. 1 Infermiere a tempo pieno

N. 1 OSS a tempo pieno

N. 1 Amministrativo a tempo parziale e con accessi programmati, pari ad almeno n.6 h settimanali (anche proveniente da altri Servizi ASL)

2.3 L'équipe dell'Ambulatorio specialistico deve garantire, oltre il rispetto delle norme di cui all'art.3 del presente Regolamento, le seguenti attività:

- Accoglienza e informazione;

- Valutazioni di tipo psichiatrico, psicologico e psicometrico, internistico e nutrizionale;

- Valutazioni specialistiche specifiche per chirurgia bariatrica;

- Presa in carico di soggetti con disturbo lieve e non complicato per interventi singoli o combinati di tipo psichiatrico, psicologico, psicoterapico, counseling di tipo internistico e nutrizionale, attraverso visite e colloqui, attività psicoterapica e psicoeducazionale per pazienti e familiari, interventi psiconutrizionali e gruppi di auto-mutuo aiuto guidato;

- Elaborazione/rimodulazione del Progetto terapeutico-riabilitativo individuale per i soggetti che necessitano di intervento intensivo in regime residenziale e monitoraggio dell'andamento del progetto nel tempo, in collegamento con l'Ambulatorio Intensivo/ Day Service;
- Interventi di mantenimento dei risultati raggiunti e di prevenzione secondaria e terziaria.

3. REQUISITI STRUTTURALI

Superficie totale minima di 150 mq

Spazi distinti dedicati alle funzioni direzionali e per le riunioni d'équipe

Sala d'attesa

Sala accettazione e amministrazione

Sala visite e valutazioni multi-dimensionali

Sale terapie individuali, di gruppo e familiari

Servizi igienici distinti per utenti e personale (di cui almeno 1 per disabili)

Spazio/armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni

Spazio/armadi per archivio per la conservazione dei dati sensibili

Locale medicheria con armadio farmaceutico

Nell'Ambulatorio deve essere garantita la privacy degli utenti

4. REQUISITI TECNOLOGICI

N.2 computer

N.2 linee telefoniche

N.1 bilancia pesa-persone elettronica con altimetro

Materiale psicodiagnostico

Strumentazione sanitaria di base, strumentazione per attività amministrative (fotocopiatrice, ecc.)

ART.5

AMBULATORIO INTENSIVO — DAY SERVICE

1. L'Ambulatorio Intensivo - Day Service per i DCA afferisce al Dipartimento di Salute Mentale della ASL, è a gestione pubblica e rappresenta il 3° livello della Rete. Fornisce le attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con intensità di valutazione e di assistenza e gestione della complessità crescente, sulla base delle caratteristiche e della gravità del disturbo.

Il trattamento Ambulatoriale Intensivo - Day service è indicato per i pazienti che presentino una risposta insoddisfacente ad un trattamento adeguato effettuato dall'Ambulatorio specialistico e/o hanno un disturbo a maggiore complessità clinica e sociale.

Gli utenti devono avere una discreta motivazione alla cura e il contesto familiare e sociale deve essere in grado di fornire un minimo di supporto.

Inoltre, l'Ambulatorio Intensivo - Day Service è indicato nel caso di necessità di parziale allontanamento dalle dinamiche familiari.

2. REQUISITI ORGANIZZATIVI

2.1 L'apertura dell'Ambulatorio Intensivo - Day Service è assicurata per almeno 5 giorni alla settimana ed almeno dalle ore 10 alle ore 18.

2.2 L'Ambulatorio Intensivo - Day Service fornisce la sua attività con intensità assistenziale crescente, sulla base della gravità e/o complessità del disturbo per i soggetti che non richiedono trattamenti h24.

2.3 L'équipe deve essere composta dalle seguenti figure professionali, che, se a tempo parziale e con accessi programmati, possono essere in convenzione o provenire da altri Servizi:

N. 3 Psichiatri a tempo pieno (di cui uno con funzione di responsabile)

N. 3 Psicologi - psicoterapeuti a tempo pieno

N. 2 Medici Specialisti di cui uno in Scienze dell'Alimentazione a tempo pieno ed uno Internista/Endocrinologo a tempo parziale con accessi programmati

N. 3 Educatori professionali/Tecnici della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno

N. 1 Fisioterapista a tempo parziale con accessi programmati pari ad almeno 12h settimanali

N. 2 Dietisti a tempo pieno

N. 3 Infermieri a tempo pieno

N. 2 OSS a tempo pieno

N. 1 Assistente sociale a tempo parziale e con accessi programmati

N. 1 Amministrativo a tempo parziale

Esperti in arti visive, espressive, teatro, scrittura, tecniche artigianali, espressione corporea in convenzione

2.4 L'équipe dell'Ambulatorio Intensivo - Day service deve garantire, oltre il rispetto delle norme di cui all'art.3 del presente Regolamento e le attività in capo all'Ambulatorio Specialistico, anche:

- Indagini di laboratorio e strumentali
- Consulenze specialistiche in collegamento con Poliambulatori e/o Ospedali
- Pasti assistiti
- Valutazioni specialistiche per chirurgia bariatrica
- Gruppi su: diario alimentare, programmazione e revisione del tempo libero, espressione delle emozioni, sessualità, ecc.
- Gestione di complicanze e comorbidità mediche e psichiatriche lievi o moderate
- Terapie infusive
- Laboratori espressivi
- Valutazioni periodiche di outcome e di follow-up semplici

3. REQUISITI STRUTTURALI

Superficie totale minima: 300mq

Spazi distinti dedicati alle funzioni direzionali e per le riunioni d'équipe

Sala d'attesa

Sala accettazione e amministrazione

Sale visita e valutazioni multidimensionali

Sale terapie individuali, di gruppo e familiari

Sale per terapie espressive e attività psicosociali

Sala pranzo/tempo libero per minimo nr 15 utenti

Servizi igienici distinti per utenti e per il personale (di cui almeno uno per disabili)

Spazio/locale per deposito di materiale pulito

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 32 del 14-3-2017 **13989**

Spazio /locale per deposito di materiale sporco

Spazio /armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni

Spazio /armadi per archivio per la conservazione dei dati sensibili

Locale spogliatoio

Locali medicheria con armadio farmaceutico; il locale deve esser attrezzato per eventuali terapie infusive

Sale per laboratori

Cucina, piastrellata sino a 2 metri di altezza a partire da terra, per la distribuzione dei pasti, attrezzata anche per lo svolgimento di laboratori di cucina con gli utenti

Nell'Ambulatorio Intensivo - Day service deve essere garantita la privacy dell'utenza

4. REQUISITI TECNOLOGICI

N.2 computer per le attività relative ai sistemi informativi, attività gestionali e Amministrative, attività psicodiagnostiche

N. 2 linee telefoniche

N. 1 bilancia pesa-persone con altimetro

N. 1 bioimpedenziometro

N. 1 lettino per terapie infusive

N. 1 sfigmomanometro, fonendoscopio

Strumentazione sanitaria di base, attrezzature per attività psicosociali ed i Laboratori espressivi

Materiale psicodiagnostico

Strumentazione per attività amministrative (fotocopiatrice, ecc.)

ART.6

RESIDENZA TERAPEUTICO-RIABILITATIVA EXTRAOSPEDALIERA

1. Nell'organizzazione dei percorsi di cura aziendali dedicati ai DCA su cinque livelli assistenziali specifici, la residenza terapeutico-riabilitativa extra-ospedaliera fa parte del circuito della Riabilitazione del DSM della ASL in cui insiste e rappresenta il IV livello.

2. La residenza extraospedaliera, con 20 posti letto, suddivisi per Moduli, per utenti di entrambi i sessi e di età, di norma, superiore ad anni 14, svolge funzioni terapeutiche e riabilitative intensive per quei soggetti affetti da forme severe e/o croniche della patologia alimentare o con importanti comorbidità mediche o psichiatriche, che tuttavia non richiedono ricovero in ambiente ospedaliero, e/o con dinamiche familiari e/o relazionali fortemente disturbate.

3. Allorché i ricoveri riguardino i soggetti affetti da Disturbo da Abbuffate Compulsive con grado severo di Obesità, il trattamento, oltre che per la patologia psichiatrica, deve mirare alla riduzione del peso corporeo ed al controllo/risoluzione delle patologie metaboliche ad esso correlate (diabete, ipertensione, patologie cardiache-osteoarticolari — polmonari). In caso di comorbidità con un Disturbo da abuso o dipendenza di sostanze e/o alcool, che aggrava il DCA e non ne consente la guarigione/miglioramento, è previsto il coinvolgimento clinico del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche.

4. E' possibile che il 20% dei posti letto siano dedicati ad assistenza terapeutico-riabilitativa semiresidenziale.

5. I trattamenti integrati e multidisciplinari intensivi offerti sono di tipo psichiatrico, psicologico, psicoeducazionale, internistico e nutrizionale: colloqui psichiatrici; colloqui psicologici/psicoterapici; terapie farmacologiche mediche e psichiatriche; terapia psicoeducazionale; colloqui con i familiari; riabilitazione psiconutrizionale con pasti assistiti; gruppi su: diario alimentare, programmazione e revisione del tempo libero, espressione delle emozioni; terapie non-verbali e laboratori espressivi.

6. REQUISITI ORGANIZZATIVI

6.1 L'équipe deve essere composta dalle seguenti figure professionali:

N.1 Psichiatra a tempo pieno (con funzione di responsabile)

N.1 Psicologo-psicoterapeuta a tempo pieno

N.1 Medico Internista con accessi programmati pari a n.12 ore settimanali

N.1 Specialista in Scienze dell'Alimentazione con accessi programmati pari a n. 12 ore settimanali

N.1 Medico NPIA con accessi programmati pari a n.6 ore settimanali

N. 9 Educatori professionali / Tecnici della riabilitazione psichiatrica/ Infermieri a tempo pieno

N.1 Dietista

N.1 Assistente sociale con accessi programmati pari a n.24 ore settimanali

N.1 Fisioterapista con accessi programmati pari a 24 ore settimanali

N.2 Operatori socio sanitari a tempo pieno

Esperti in convenzione nelle diverse forme espressive (arti visive, teatro, scrittura, tecniche artigianali, ecc.) e per le attività di danza, rilassamento, yoga, ginnastica

6.2 L'accesso e la dimissione dei pazienti nella Residenza terapeutico-riabilitativa avviene in base ad un progetto riabilitativo personalizzato, concordato e periodicamente verificato, tra l'équipe dell'Ambulatorio Specialistico/Intensivo, l'équipe della Struttura riabilitativa, il paziente e le persone di riferimento.

6.3 L'équipe della struttura residenziale mantiene contatti informali con l'équipe dell'Ambulatorio Specialistico/ Intensivo del DSM inviante per aggiornarla sull'andamento del programma, redigendo una relazione intermedia e finale prima della dimissione e, comunque, prima della scadenza del percorso riabilitativo previsto sugli obiettivi raggiunti.

6.4 La durata del trattamento prevede di norma una permanenza sino a 150 giorni; in via eccezionale,

l'équipe dell'Ambulatorio Specialistico/Intensivo competente, in base alla relazione intermedia inviata dall'équipe della struttura residenziale ed alla valutazione clinica diretta, può prorogare il trattamento rimodulando gli obiettivi.

6.5. In fase di dimissione, l'équipe della Struttura residenziale provvede a concordare con quella dell'Ambulatorio Specialistico/Intensivo la prima data utile per riprendere il progetto terapeutico individuale.

6.6 I Moduli di cui al comma 2 devono essere costituiti in relazione all'età dei soggetti, al disturbo dell'alimentazione presentato, all'intensità assistenziale assicurata e dotati di spazi fisici differenti.

6.7 Nella struttura residenziale devono essere formalmente documentati gli interventi in condizioni di emergenza-urgenza e le modalità con cui viene garantita la continuità terapeutica.

6.8 Deve essere disponibile una scorta di farmaci e materiale sanitario per le evenienze patologiche più frequenti.

6.9 Vi deve essere la disponibilità di mezzi di trasporto adeguati al numero di utenti.

6.10 Il DSM competente territorialmente regola, tramite specifico protocollo d'intesa con la struttura residenziale terapeutico riabilitativa presente sul proprio territorio, la gestione della lista di attesa dei soggetti da avviare al percorso terapeutico-riabilitativo residenziale, dando priorità agli utenti residenti nella Macro-Area regionale e, in subordine, agli utenti regionali e, successivamente, agli extraregionali.

6.11 Nelle Macro aree che comprendono più ASL va stipulato un Protocollo di intesa tra le ASL interessate per definire le modalità di utilizzo della Struttura.

7. REQUISITI STRUTTURALI

7.1 La struttura residenziale deve essere ubicata in strutture territoriali extra-ospedaliere, nel centro abitato, vicino preferibilmente all'Ambulatorio Specialistico/Intensivo del DSM e possibilmente anche ad altri servizi sanitari aziendali.

7.2 I locali devono essere dotati di arredi, attrezzature e materiali specifici per le attività svolte, anche in ragione delle diverse fasce di età degli utenti trattati. In tutti i locali devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturale o artificiale, secondo la normativa vigente.

7.3 La dotazione minima di ambienti della struttura è costituita da:

Superficie totale minima 500 mq + spazi esterni

Spazi distinti dedicati alle funzioni direzionali e alle riunioni d'équipe

Sala accettazione e amministrazione

Spazi adeguati dedicati alla degenza (camera individuale di non meno di 9 mq; camere doppie di non meno di 16 mq; arredi adeguati per ogni singolo ospite). Ogni camera deve avere servizi igienici con dotazioni complete, di cui almeno uno per disabili Sale per visite mediche, medicheria (attrezzata anche per eventuali terapie infusive) con armadio farmaceutico, minimo 9 mq

Locali per colloqui e terapie individuali

Sala per terapie di gruppo, minimo 35 mq

Sale per terapie espressive, ludiche, occupazionali minimo 50 mq

Sala per le terapie corporee/palestra, minimo 50 mq

Sala pranzo/tempo libero/TV, minimo 35 mq

Cucina piastrellata sino a 2 metri di altezza a partire da terra, con possibilità di preparazione /riscaldamento dei pasti, utilizzabile anche per lo svolgimento di laboratori di cucina (minimo 10 mq

Servizi igienici per il personale

Locale/spazio per deposito di materiale pulito

Locale/spazio per deposito di materiale sporco

Spazio/armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni

Spazio/armadi per archivio per la conservazione dei dati sensibili

Locale spogliatoio

Giardino/spazio all'aperto

8. REQUISITI TECNOLOGICI

N.3 computer per le attività gestionali e amministrative, attività psicodiagnostiche e per le attività riabilitative

N.2 linee telefoniche, di cui una a disposizione degli utenti

N.1 fotocopiatrice

N.2 TV, apparecchio audio hi-fi e similari N.2 lettini per terapie infusive

N.1 lettino per FKT

N.2 sfigmomanometri, fonendoscopi

N.1 bilancia pesa-persone con altimetro

Materiale psicodiagnostico

ART.7

RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI

1. Le Associazioni di familiari/genitori e utenti presenti sul territorio Aziendale, preventivamente accreditate, operano in sinergia e integrazione con i Servizi specialistici della Rete, attraverso la stipula di apposite convenzioni, e svolgono le seguenti attività:

- a) Informazione, accoglienza, orientamento e sostegno degli utenti nelle fasi più critiche del percorso, dall'esordio della malattia al più adeguato reinserimento sociale e lavorativo, anche attraverso specifici progetti e la realizzazione di Punti di Ascolto dedicati, con apertura programmata e da dislocarsi strategicamente sul territorio provinciale;
- b) Attività di consultazione e di proposta nella programmazione e gestione dei Servizi per i DCA;
- c) Sostegno alla famiglia, attraverso interventi educativi e di mutuo□aiuto, avvalendosi eventualmente della consulenza di esperti per affrontare tematiche specifiche legate alla gestione della sofferenza e delle difficoltà relazionali.

ART. 8

AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

1. L'autorizzazione all'esercizio degli Ambulatori Specialistici e Ambulatori Intensivi - Day service è rilasciata dal Comune secondo le procedure di cui all'art. 8 della L.R. 28 maggio 2004, n.8 e smi.

2. Le residenze terapeutico-riabilitative sono soggette all'autorizzazione alla realizzazione ai sensi dell'art.8- ter, commi 1 e 3 del D. Lgs. n.502/92 e smi, in relazione al fabbisogno definito dal presente Regolamento; con riferimento alla procedura per la richiesta del parere di compatibilità si rinvia a quanto previsto dall'art.7 della L.R. 28 maggio 2004, n.8 e smi.

3. L'autorizzazione all'esercizio delle residenze terapeutico-riabilitative è rilasciata dalla Regione secondo le procedure di cui all'art. 8 della L.R. 28 maggio 2004, n.8 e smi.

4. L'accreditamento delle strutture della Rete di Assistenza DCA è rilasciato dalla Regione.

ART.9

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO

1. Il fabbisogno dei Servizi e delle Strutture della Rete di assistenza per i DCA è così determinato:

- a) Nell'ambito di ciascuna ASL almeno nr 1 Ambulatorio Specialistico e nr 1 Ambulatorio Intensivo-Day service a gestione pubblica. La localizzazione degli Ambulatori è definita da ciascuna ASL.
- b) In ciascuna delle tre Macro Aree, come definite dalla L.R. n. 23/2008 (ASL FG e ASL BAT; ASL BA; ASL BR, LE e TA): una residenza terapeutico-riabilitativa; la gestione può essere pubblica o privata. Le ASL, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento, con deliberazione del/dei Direttore/i Generale/i, possono manifestare, previa eventuale concertazione di cui va dato atto nella deliberazione medesima, l'interesse ad attivare la residenza terapeutico-riabilitativa a gestione pubblica, con indicazione del territorio aziendale sul quale allocare la struttura . I soggetti privati interessati possono presentare al Comune competente istanza di autorizzazione alla realizzazione decorso il suddetto termine di 60 giorni.

ART.10

NORME DI RINVIO

1. Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, si rinvia alla normativa regionale vigente in materia, ed in particolare alla L. R. 8/2004 e s.m.i. e al Regolamento Regionale n.3/2005 e smi.

ART.11

NORMA TRANSITORIA

Considerato che il presente regolamento ha definito i livelli di complessità della Rete di Assistenza DCA, determinando i relativi modelli organizzativi e definendo la titolarità della gestione dei diversi livelli e le procedure di autorizzazione, le istanze trasmesse precedentemente all'entrata in vigore del presente Regolamento devono ritenersi inammissibili

DGR 28.2.17, n. 250 - Misure urgenti per la razionalizzazione della spesa farmaceutica - Interventi volti ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci Inibitori della Pompa Protonica (IPP). (BUR n. 32 del 14.3.17)

Note

Viene dato atto dei dati di spesa e di consumo sui farmaci IPP rilevati dal Servizio Politiche del Farmaco regionale mediante il Sistema Informativo Tessera Sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze, riportati nella tabella n. 1 dell'Allegato "A", che per l'anno 2016 evidenziano importanti disallineamenti per la Regione Puglia rispetto alla media nazionale;

Viene altresì dato atto dei dati rivenienti dal calcolo degli *indicatori di appropriatezza prescrittiva*, pubblicati sul Rapporto Osmed AIFA 2015, a conferma del fatto che a livello regionale l'elevata spesa e l'elevato consumo registrati per i farmaci IPP sono riferibili, per oltre il 56%, a prescrizioni che non rispettano i criteri imposti dalle Note Limitative AIFA e che, pertanto, il margine di riduzione della spesa farmaceutica su tale categoria ATC è potenzialmente molto elevato.

Vengono richiamati i medici prescrittori al rispetto delle limitazioni previste dalle Note AIFA 1 e 48 e ad una maggiore aderenza alle linee di indirizzo regionali sui farmaci IPP, approvate dalla Regione Puglia con D.G.R. 2835 del 30/12/2014, nonché alle raccomandazioni del NICE per la gestione della Malattia da Reflusso Gastroesofageo (MRGE), che suggeriscono la continua rivalutazione del paziente al fine di riconsiderare la necessità di proseguire il trattamento farmacologico.

Viene adottato un adeguato sistema di monitoraggio sui farmaci IPP che preveda:

- a) in ambito ospedaliero, la verifica, da parte delle Direzioni sanitarie e mediche di presidio, con il supporto dei Servizi di Farmacia Ospedaliera di ASL/AO/I.R.C.C.S pubblici, sulla corretta applicazione delle indicazioni limitative di cui alle Note AIFA 1 e 48, con particolare riferimento alle terapie farmacologiche prescritte in maniera informatizzata sul sistema informativo Edotto per il Primo Ciclo terapeutico da erogare in Distribuzione Diretta a seguito di Dimissione da Ricovero/Visita Specialistica Ambulatoriale, in considerazione dell'effetto induttivo che tali prescrizioni hanno sulla spesa farmaceutica convenzionata;
- b) in ambito territoriale, la restituzione dei dati ai MMG 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;

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 effettuano bimestralmente una verifica sulla corretta applicazione della presente deliberazione, esaminando, 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 IPP di almeno lo 80% del gap riscontrato rispetto alla media nazionale (Tabella 1 dell'Allegato A).

Vengono organizzati eventi formativi mirati e finalizzati all'uso appropriato dei farmaci IPP, anche mediante l'Organismo di Formazione regionale incardinato all'interno dell'A.Re.S. Puglia.

DGR 23.2.17, n. 226 - Approvazione del percorso di definizione dei Piani Diagnostico Terapeutici (PDT) e dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le Malattie rare – Istituzione “Tavolo farmaco/PDTA per le Malattie Rare”. (BUR n. 31 del 13.3.17)

Note

Viene istituito il “Tavolo farmaco/PDTA per le Malattie Rare” composto da:

- CoReMaR;
- Componente del Servizio Politiche del Farmaco del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti;
- Componente del Servizio Strategie e Governo dell’Assistenza Territoriale del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti;
- Componente della Sezione Farmacologia nell’ambito del Dipartimento Farmaco-Biologico dell’Università degli Studi di Bari;
- Direttori di Area Farmaceutica delle ASL;
- un Direttore di farmacia Ospedaliera per ciascuna ASL ed Ente Pubblico del SSR;
- Responsabili di Presidi Nazionali della Rete (PRN) pediatrici;
- Responsabili di Presidi Nazionali della Rete (PRN) dell’Adulto;
- un rappresentante per ciascuna associazione di pazienti della specifica malattia/gruppo di malattia;
- un rappresentante della Rete A.Ma.Re Puglia.

I PDT ed i PDTA per malattia/gruppo di malattia elaborati dal “Tavolo farmaco/PDTA per le Malattie Rare” saranno trasmessi alla Sezione Strategie e Governo dell’Offerta del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per tutti ai fini della successiva approvazione da parte della Giunta regionale;

DGR 28.2.17, n. 253 - Aggiornamento della Rete dei Presidi della Rete Nazionale (PRN) e Nodi della Rete Regionale Pugliese (RERP) accreditati per le malattie rare. (BUR n. 32 del 14.3.17)

Note

Viene approvato , nel rispetto delle prescrizioni previste dal D.M. del 18/05/2001 n. 279, l’aggiornamento della rete di Presidi della Rete Nazionale (PRN) e nodi della Rete Regionale Pugliese (ReRP) accreditati per le malattie rare, di cui **all’Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si fa rinvio).

Viene approvato il documento denominato “Coordinamento Regionale Malattie Rare - Criteri utilizzati per il riconoscimento a PRN e Nodo della Rete regionale Malattie rare” di cui **all’Allegato B**, parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si fa rinvio).

SICILIA

DASS 3 febbraio 2017 - Linee guida di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici ed assistenziali per i disturbi del comportamento alimentare. Approvazione standards. GURS n. 9 del 3.3.17)

Art. 1

Per le ragioni di cui in premessa che qui si intendono richiamate, è approvato il documento “Linee guida di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici ed assistenziali per i disturbi del comportamento alimentare– Standards delle strutture”- (Allegato 1) - facente parte integrante del presente decreto (a cui si fa rinvio).

DASS 7 febbraio 2017. - Recepimento dell’Intesa n. 121/CSR del 7 luglio 2016 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul “Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxi-emergenze”. (GURS n. 9 del 3.3.17)

TOSCANA

DGR 21.2.17, n. 132 - Approvazione delle Linee di indirizzo per le aziende sanitarie regionali per la somministrazione dei medicinali OSP in ambiente assimilabile all'ambiente ospedaliero predisposte dalla Commissione terapeutica regionale. (BUR n. 9 del 1.3.17)

Note

Viene approvato il documento "Linee di indirizzo" - Allegato 1 alla presente delibera (a cui si fa rinvio).

Le direzioni delle aziende sanitarie regionali vengono impegnate alla stesura dei protocolli operativi per la concreta attuazione delle "Linee di indirizzo".

Le "Linee di indirizzo" sono rivolte agli assistiti con residenza o con domicilio sanitario nella Regione Toscana.

I costi dei medicinali erogati in conformità alle "Linee di indirizzo" siano posti a carico della azienda sanitaria di residenza del paziente.

I medicinali erogati in conformità alle "Linee di indirizzo" vengano rendicontanti all'interno del flusso FED con modalità di erogazione moderato="04" (erogazione per assistenza domiciliare) o con modalità di erogazione moderato="05" (erogazione per assistenza residenziale o semiresidenziale) a seconda della casistica.

UMBRIA

DGR 20.2.17, n. 134 - Presa d'atto Accordo di programma integrativo del 12 dicembre 2016 tra Regione Umbria e Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze, per il settore degli investimenti sanitari ex art. 20, legge n. 67/1988. (BUR n. 10 dell'8.3.17)

VENETO

DGR 21.2.17, n. 176 - Riapertura dei termini per la presentazione delle candidature per la designazione dei componenti di nomina regionale dei collegi sindacali delle aziende sanitarie ed ospedaliere del veneto. (BUR n. 24 del 3.3.17)

Note

A seguito dell'approvazione della l.r. n. 19/2016, che ha ridefinito l'assetto delle aziende sanitarie e ospedaliere del veneto e dell'adozione della dgr n. 2112/2016, relativa al nuovo trattamento economico annuo dei direttori generali delle aziende ulss, vengono riaperti i termini per la presentazione delle candidature per la nomina regionale dei componenti del collegio sindacale delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

TUTELA DEI DIRITTI**LAZIO**

Determinazione 24 febbraio 2017, n. G02255 Costituzione della Commissione di valutazione dei progetti di cui all'Avviso pubblico concernente il Piano di interventi ed azioni per la prevenzione, gestione e contrasto del fenomeno del bullismo e del cyber-bullismo di cui alla L.R. 24 Marzo 2016, n. 2, approvato con la Determinazione 23 dicembre 2016, n. G15946. (BUR n. 19 del 7.3.17)

Note

Vengono nominati i seguenti dipendenti regionali quali componenti della Commissione interna di valutazione:

- Avv. Elisabetta Longo – Presidente (Direttrice della Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo Studio)

- Marco Ciarlantini – Componente (Funzionario della Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo Studio)
- Salvatore Segreto – Componente (Funzionario della Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo Studio).

La partecipazione alla Commissione di valutazione è a titolo gratuito.

DGR 22.2.17, n. 81 Legge regionale 19 marzo 2014 n. 4 e legge regionale 31 dicembre 2016 n. 17. Finalizzazione di risorse finanziarie per garantire la funzionalità e l'erogazione di servizi dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio istituite dalla Città metropolitana di Roma Capitale, dal 1 marzo 2017 al 31 marzo 2018. Importo: euro 720.357,17 Cap H41909 Missione 12.programma 04. Aggregato 1.04.04.01.000 es. fin 2017. Euro 216.107,15 Cap. H41909 Missione 12.programma 04. Aggregato 1.04.04.01.000, es. fin 2018. (BUR n. 19 del 7.3.17)

Note

Viene garantita, tramite le procedure previste dalla normativa vigente, la funzionalità e l'erogazione dei servizi dei Centri antiviolenza e Case rifugio di seguito indicati, dal 1 marzo 2017 al 31 marzo 2018:

Centro antiviolenza per donne che non vogliono più subire violenza ubicato in Roma, Viale di Villa Pamphili, 71;

Centro provinciale di accoglienza e assistenza sociale per donne in difficoltà “La Ginestra” ubicato a Valmontone, Via Colle Tocciarelo, 1;

Centro Provinciale per donne in difficoltà sole o con figli minori “Maree” ubicato in Roma, Via Monte delle Capre, 23;

LOMBARDIA

DD. 1 marzo 2017 - n. 2167 Modalità attuative per l'attivazione di nuove reti territoriali interistituzionali antiviolenza e di nuovi centri antiviolenza all'interno di reti già attive mediante la sottoscrizione di accordi di collaborazione finalizzati allo sviluppo dei servizi e delle azioni per la prevenzione, il sostegno e il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne di cui alla d.g.r. n. 5878 del 28 novembre 2016. (BUR n. 10 del 7.3.17)

Note

Viene approvato l'allegato A), «Termini e modalità di attivazione di nuove reti territoriali interistituzionali antiviolenza e nuovi centri antiviolenza per la prevenzione e il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne di cui alla d.g.r. 5878 del 28 novembre 2016», nonché la modulistica per la presentazione delle istanze di sottoscrizione degli accordi di collaborazione, allegato B) e sub-allegati B1) e B2), quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

Viene approvato l'allegato C), «Linee guida per la gestione, monitoraggio e rendicontazione dei progetti oggetto degli accordi di collaborazione sottoscritti da Regione Lombardia e i comuni capifila di reti territoriali interistituzionali antiviolenza», e la relativa modulistica, allegati C) e sub-allegati C1), C2), C3) foglio 1 e C3) foglio 2, C4) foglio 1 e C4) foglio 2, C5), C6) e C7), tutti quali parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Viene altresì approvata quale parte e sostanziale del presente provvedimento la scheda informativa di cui all'allegato B ai sensi della d.g.r. 2 agosto 2016, n. 5500, debitamente compilata; 4. di pubblicare il presente provvedimento e i suoi allegati parte integrante atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito istituzionale della Regione Lombardia, sezione Bandi. La dirigente

Termini e modalità di attivazione di nuove reti territoriali interistituzionali antiviolenza e nuovi centri antiviolenza per la prevenzione e il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne di cui alla d.g.r. 5878 del 28/11/2016

A. INTERVENTO, SOGGETTI, RISORSE

A.1 FINALITÀ E OBIETTIVI

Il “Piano quadriennale regionale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne” (di seguito “Piano regionale”) prevede, al punto 2.2, tra le finalità strategiche, lo sviluppo di Reti interistituzionali antiviolenza al fine di consolidare e rendere omogeneo sul territorio un sistema integrato di servizi in grado di far emergere il fenomeno e di accogliere e proteggere le donne vittime di violenza, nonché l’incremento del numero dei centri antiviolenza al fine di garantire la copertura di tutto il territorio regionale.

Obiettivo regionale è quello di incrementare il sistema di “rete aperta” che veda la presenza dei soggetti istituzionali essenziali, così come indicati al punto 3.2.1 del Piano regionale, e in grado di incrementare il numero dei centri antiviolenza.

Così come previsto all’articolo 6 (Lavoro in rete) dell’Intesa Stato-Regioni e dal Piano regionale, l’istituzione e il funzionamento delle Reti territoriali interistituzionali anti-violenza sono regolate da appositi protocolli o accordi territoriali coordinati da Comuni capifila con il coinvolgimento di tutti gli attori sociali, economici e istituzionali del territorio di riferimento coincidente con il territorio indicato dalla pianificazione regionale.

Nell’ottica dell’estensione dei servizi per la prevenzione e il contrasto della violenza contro le donne e in attuazione del punto 3.2.2.1 del Piano regionale, la Regione Lombardia ritiene opportuno promuovere e sostenere l’attivazione di nuove Reti territoriali interistituzionali antiviolenza su tutto il territorio regionale, nonché l’incremento del numero dei centri antiviolenza quali nodi essenziali delle Reti territoriali antiviolenza. Il sostegno alle reti avverrà attraverso la sottoscrizione di accordi di collaborazione ex art. 15, l. 241/90 con i comuni capifila.

La Regione Lombardia, attraverso il presente invito, avvia un programma diretto a sostenere due tipologie di interventi:

Tipologia A) Promuovere nuove Reti territoriali interistituzionali antiviolenza, coordinate da Comuni capifila che non abbiano in corso programmi finanziati da accordi di collaborazione (ai sensi dell’art.15 della legge 241/1990) sulla base della d.g.r. n. 4046 del 18/09/2015 e/o della d.g.r. n. 4955 del 21/03/2016

Tipologia B) Promuovere la nascita di nuovi centri antiviolenza all’interno di Reti territoriali interistituzionali già esistenti e già attivate sulla base della d.g.r. n. 4046 del 18/09/2015 e/o della d.g.r. n. 4955 del 21/03/2016.

A.2 RIFERIMENTI NORMATIVI

decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248 ai sensi dell’art. 5 bis della legge 119/2013

l.r. 3 luglio 2012, n. 11, «Interventi di prevenzione, contrasto e sostegno a favore di donne vittime di violenza»

d.c.r. 10 novembre 2015, n. 894, «Determinazione in ordine alla proposta del piano quadriennale regionale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne» e suo allegato 1, «Piano quadriennale regionale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne 2015/2018»

intesa Stato-Regioni 27 novembre 2014, «Intesa relativa ai requisiti minimi dei centri antiviolenza e delle case rifugio, prevista dall’art. 3, comma 4, del d.p.c.m. del 24 luglio del 2014»

A.3 SOGGETTI BENEFICIARI

A.3.1 - Soggetti che possono presentare la domanda

Date le tipologie A) e B) di cui al precedente punto A.1 del presente invito, possono presentare la domanda di partecipazione:

sulla tipologia A): attivazione nuove reti antiviolenza Possono presentare la domanda di partecipazione i comuni che non hanno in corso accordi di collaborazione ex art.15 della legge 241/1990 con la Regione Lombardia per il sostegno di azioni progettuali coerenti con la finalità

della legge regionale n. 11/2012 e con il Piano regionale quadriennale anti violenza sulla base delle dd.g.r n. 4046 del 18/9/2015, n. 5782 del 8/11/16 o n. 4955 del 21/3/2016.

I comuni di cui sopra possono essere: capofila di Reti territoriali interistituzionali anti violenza che coinvolgono una popolazione complessiva uguale o superiore a 100.000 (centomila) abitanti; capofila di Reti territoriali interistituzionali anti violenza che coinvolgono almeno due ambiti distrettuali vivgentiper i Piani di Zona 2015/2017, indipendentemente dal numero di abitanti.

sulla tipologia B): incremento numero di centri anti violenza all'interno delle reti già attive Possono presentare la domanda i comuni che abbiano già in corso programmi finanziati da accordi di collaborazione ex art.15 della legge 241/1990 con la Regione Lombardia, sulla base delle dd.g.r. n. 4046 del 18/09/2015, n. 5782 del 8/11/16 o n. 4955 del 21/03/2016, per il sostegno di azioni progettuali coerenti con la finalità della legge regionale n. 11/2012 e con il Piano regionale quadriennale anti violenza e che debbano incrementare il numero di centri anti violenza presenti sul loro territorio.

A.3.2 - Caratteristiche essenziali delle Reti Territoriali Interistituzionali e dei soggetti coinvolti

Le Reti territoriali interistituzionali anti violenza, sulla base di quanto previsto dal “Piano quadriennale regionale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne 2015/2018”, al punto 3.2, devono avere le seguenti caratteristiche:

1) Avere stipulato uno specifico protocollo d'intesa tra i soggetti componenti la Rete territoriale interistituzionale anti violenza. All'interno del protocollo devono essere descritti compiti e funzioni dei soggetti sottoscrittori in riferimento alle finalità del protocollo di intesa. Deve inoltre prevedere le modalità di governance della Rete da parte del Comune capofila.

2) È condizione indispensabile la presenza di: un comune in qualità di capofila della Rete territoriale Interistituzionale; uno o più centri anti violenza in possesso dei requisiti stabiliti dall'Intesa Stato-Regioni 27/11/2014 relativa ai requisiti minimi dei centri anti violenza e delle case rifugio ai sensi dell'art. 3, comma 4 del d.p.c.m. 24/7/2014; almeno una casa rifugio in possesso dei requisiti stabiliti dall'Intesa Stato-Regioni 27/11/2014 relativa ai requisiti minimi dei centri anti violenza e delle case rifugio ai sensi dell'art. 3, comma 4 del d.p.c.m. 24/7/2014; soggetti del sistema socio-sanitario (ATS, ASST e/o fondazioni IRCCS, enti di diritto privato accreditati); almeno un soggetto in rappresentanza delle forze di pubblica sicurezza (Polizia di Stato, Carabinieri e/o Prefettura).

I Centri anti violenza e le Case rifugio coinvolti nelle azioni progettuali dovranno garantire:

- il possesso dei requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale;
- la presenza di un'équipe multidisciplinare composta da personale anche volontario, con elevato livello di formazione specialistica e specifica sui temi della violenza di genere, che in una logica integrata e multidimensionale sia in grado di definire il progetto personalizzato di fuoriuscita dalle situazioni di rischio o violenza delle donne prese in carico;
- il costante raccordo con gli altri soggetti essenziali della Rete (servizi sociali dei comuni sistema socio-sanitario, forze dell'ordine ecc.);
- il monitoraggio costante del fenomeno e la rilevazione dei dati relativi a ciascuna donna presa in carico, attraverso l'utilizzo del sistema informatico O.R.A. fornito dalla Regione Lombardia;
- di attenersi alle indicazioni nazionali e regionali per la rilevazione dei fattori di rischio, sulla base del modello sperimentale attualmente in uso, denominato S.A.R.A. Pl.U.s. (Spousal Assault Risk Assessment Plury User), già introdotto dall'Intesa Stato-Regioni del 27/11/2014 per i centri anti violenza e le case-rifugio.

A.4 SOGGETTI DESTINATARI

Donne che si rivolgono o sono già accolte dai centri anti violenza per avviare o portare avanti un percorso di fuoriuscita dalla violenza, ivi compresi la protezione nelle case rifugio, il reinserimento sociale ed economico e l'accompagnamento all'autonomia abitativa.

A.5 SOGGETTI GESTORI

Alle ATS viene demandata la gestione operativa, amministrativa e contabile degli interventi e più precisamente: Istruttoria e verifica dei requisiti formali delle domande presentate dai comuni

capofila ed eventuale richiesta di integrazioni; Trasmissione alla Regione Lombardia dell'elenco dei progetti in possesso dei requisiti formali; Gestione dell'attività amministrativa e contabile secondo le procedure e le modalità previste dalla Regione Lombardia.

A.6 DOTAZIONE FINANZIARIA

Le risorse stanziare sul bilancio regionale 2016 per sostenere progetti in materia di contrasto della violenza di genere attivati da Reti territoriali interistituzionali ammontano a € 1.328.200,34 provenienti dal Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità, di cui all'articolo 19, comma 3, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248 ai sensi dell'art. 5 bis della legge 119/2013.

B. CARATTERISTICHE DELL'AGEVOLAZIONE

B.1 CARATTERISTICHE DELL'AGEVOLAZIONE

Le risorse di cui al precedente punto A.6, ammontanti a € 1.328.200,34 e provenienti dal Fondo nazionale per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità, sono state ripartite tra le ATS sulla base dei criteri stabiliti dall'allegato C) della d.g.r. n. 5878 del 28/11/16 e verranno erogate sotto forma di contributo regionale a fondo perduto.

Il contributo regionale per il sostegno alle azioni e proposte di intervento oggetto dell'accordo di collaborazione non potrà in ogni caso superare la somma di:

Tipologia A - Nuove Reti antiviolenza: € 100.000,00

per ciascuna nuova rete antiviolenza

Tipologia B - Nuovi Centri antiviolenza: € 60.000,00 per ciascun nuovo centro antiviolenza

B.2 PROGETTI FINANZIABILI

B.2.1 - Caratteristiche delle azioni progettuali oggetto dell'accordo di collaborazione

Le azioni progettuali, oggetto dell'accordo di collaborazione tra Regione e comuni capifila delle Reti, per entrambe le tipologie, A e B, dovranno avere le seguenti caratteristiche: analisi puntuale del contesto del territorio di riferimento e criticità che si intendono affrontare; attivazione o incremento e potenziamento dei servizi rivolti alle donne vittime di violenza di genere o stalking e alle/ai loro eventuali figli/e minori; coerenza tra le azioni proposte, le risorse richieste e tempi di realizzazione; sostenibilità dei servizi attivati e delle azioni del progetto nel tempo; presenza di procedure standardizzate per il monitoraggio e la valutazione in itinere e finale degli interventi anche atte a garantire un percorso continuo di miglioramento dei servizi erogati; declinazione delle modalità di accesso, accoglienza, presa in carico, messa in protezione e definizione del percorso personalizzato per la fuoriuscita dalla condizione di vittima di violenza di genere.

B.3 SPESE AMMISSIBILI E SOGLIE MINIME E MASSIME DI AMMISSIBILITÀ

B.3.1 Spese ammissibili

I servizi e le attività oggetto dell'accordo di collaborazione devono essere attivate direttamente dal Comune che ha sottoscritto l'accordo di collaborazione con la Regione Lombardia attraverso specifiche procedure di evidenza pubblica che garantiscano trasparenza e assicurino la massima partecipazione.

Il contributo regionale non potrà in nessun caso coprire costi per spese generali o spese per il personale dipendente di enti pubblici.

L'attività di volontariato non potrà essere retribuita in alcun modo dai soggetti beneficiari. Alle/ai volontari/e potranno essere rimborsate le spese effettivamente sostenute nell'ambito del progetto dall'Ente di appartenenza, entro limiti precedentemente stabiliti dalle stesse (art. 2, commi 1,2,3, 1. 266/1991).

Sono ammissibili le seguenti voci di spesa per i progetti di tipologia A, purché strettamente finalizzate al conseguimento degli obiettivi del progetto:

Retribuzioni e oneri per l'acquisizione di consulenze specialistiche da parte del Comune capofila per le attività di coordinamento del progetto. In questa voce potrà essere compreso solo il costo del personale non dipendente da enti pubblici, dal Comune capofila o dai partner (max. 15% del contributo); Oneri per acquisizione consulenze specialistiche riferite alle attività dei centri

antiviolenza e delle case rifugio; Costo per l'ospitalità delle donne messe in protezione; Costi di comunicazione e formazione (max. 10 % del contributo); Spese sostenute per l'affitto delle sedi dei Centri antiviolenza; Spese generali dei centri antiviolenza: cancelleria, acquisto materiale di consumo assicurazioni, manutenzione ordinaria, servizi e valori postali, utenze, rimborso viaggi; Acquisto (fino a un costo unitario minore o uguale a € 516,46), noleggio e leasing attrezzature informatiche e telefoniche (max. 3% del contributo).

Potranno essere considerate ammissibili le spese sostenute a partire dalla data di sottoscrizione dell'accordo di collaborazione.

Nel computo delle spese ammissibili, relativamente alle singole voci di spesa, può essere inclusa l'I.V.A., qualora la stessa non possa essere recuperata, rimborsata o compensata dal soggetto beneficiario.

Sono ammissibili le seguenti voci di spesa per i progetti tipologia B, purché strettamente finalizzate al conseguimento degli obiettivi del progetto:

Retribuzioni e oneri per l'acquisizione di consulenze specialistiche da parte del Comune capofila per le attività di coordinamento del progetto. In questa voce potrà essere compreso solo il costo del personale non dipendente da enti pubblici, dal Comune capofila o dai partner (max. 5% del contributo); Oneri per acquisizione consulenze specialistiche riferite alle attività dei centri antiviolenza e delle case rifugio; Costo per l'ospitalità delle donne messe in protezione; Costi di comunicazione e formazione (max. 10 % del contributo); Spese sostenute per l'affitto delle sedi dei Centri antiviolenza; Spese generali dei centri antiviolenza: cancelleria, acquisto materiale di consumo assicurazioni, manutenzione ordinaria, servizi e valori postali, utenze e rimborso viaggi; Acquisto (fino a un costo unitario minore o uguale a € 516,46), noleggio e leasing attrezzature informatiche e telefoniche (max. 3% del contributo).

Potranno essere considerate ammissibili le spese sostenute a partire dalla data di sottoscrizione dell'accordo di collaborazione. Nel computo delle spese ammissibili, relativamente alle singole voci di spesa, può essere inclusa l'I.V.A., qualora la stessa non possa essere recuperata, rimborsata o compensata dal soggetto beneficiario.

C. FASI E TEMPI DEL PROCEDIMENTO

C.1. PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

I comuni capifila di Reti territoriali interistituzionali in possesso dei requisiti di cui al punto A.3.1 inviano alle ATS di riferimento la "Domanda di sottoscrizione dell'accordo di collaborazione (allegato B), e la "Scheda tecnica" (allegato B1 per i progetti di tipologia A; e allegato B2 per i progetti di tipologia B) contenente le azioni progettuali oggetto dell'accordo di collaborazione con la Regione Lombardia.

La domanda dovrà essere sottoscritta elettronicamente dal legale rappresentante del comune che la presenta. Ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea n. 910/2014, cosiddetto regolamento "eIDAS" (electronic IDentification Authentication and Signature - Identificazione, Autenticazione e Firma elettronica), la sottoscrizione della documentazione utile alla partecipazione all'invito potrà essere effettuata con firma digitale o firma elettronica qualificata o firma elettronica avanzata. È ammessa quindi anche la firma con Carta Regionale dei Servizi (CRS) o Carta Nazionale dei Servizi (CNS), purché generata attraverso l'utilizzo di una versione del software di firma elettronica avanzata aggiornato a quanto previsto dal d.p.c.m. del 22/2/2013 "Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b), 35, comma 2, 36, comma 2, e 71" (il software gratuito messo a disposizione dalla Regione Lombardia è stato adeguato a tale decreto a partire dalla versione 4.0 in avanti).

La domanda di sottoscrizione di accordo di collaborazione con la Regione Lombardia ai sensi dell'art. 15 della legge 241/90 (allegato B) e la scheda tecnica (allegato B1 per i progetti di tipologia A; e allegato B2 per i progetti di tipologia B), firmata come sopra indicato e corredata di tutti gli allegati dev'essere inviata all'ATS di riferimento esclusivamente tramite posta elettronica certificata, entro il 30 giugno 2017.

Alla domanda e alla scheda tecnica dovranno essere allegati i seguenti documenti:

1. Uno specifico protocollo d'intesa di costituzione della Rete territoriale interistituzionale in corso di validità, avente come finalità il sostegno alle donne vittime di violenza con le caratteristiche di cui al punto 3 del presente allegato. Per i progetti di tipologia B, il protocollo d'intesa di Rete deve essere integrato con il/i nuovo/i centro/i anti violenza. 2. I verbali delle assemblee dei sindaci dei piani di zona o le delibere in caso di Comuni singoli di adesione al protocollo d'intesa. 3. Il verbale dell'incontro della Rete territoriale, debitamente sottoscritto da tutti i soggetti, da cui si evince la condivisione delle proposte progettuali previste dalla Scheda Tecnica; 4. L'atto amministrativo con cui il Comune capofila approva la presentazione della domanda di sottoscrizione dell'accordo di collaborazione e la Scheda Tecnica, contenete le azioni progettuali, oggetto dell'accordo di collaborazione con Regione Lombardia.

La domanda non deve essere perfezionata con il pagamento dell'imposta di bollo in quanto esente ai sensi del d.p.r. 642/1972, all. b), art. 16.

Elenco delle ATS

Agenzia Indirizzo PEC Telefono ATS della Montagna - Sondrio protocollo@pec.ats-montagna.it 0342/555111 ATS di Brescia - Brescia protocollo@pec.ats-brescia.it 030/38381 ATS della Brianza - Monza protocollo.aagg@aslmb.it 039/2384.1 ATS della Val Padana - Mantova protocollo@pec.ats-valpadana.it 0376/334.1 (Mantova) 0372/497.1 (Cremona) ATS di Pavia - Pavia protocollo@pec.ats-pavia.it 0382/431.1 ATS di Bergamo - Bergamo protocollo.generale@ats-bg.it 035/385111 ATS dell'Insubria - Varese protocollo@pec.ats-insubria.it 0332/277111 (Varese) 031/370111 (Como) ATS Città Metropolitana di Milano protocollo.generale@pec.ats-milano.it 02/8578.1

C.2. PROCEDURA PER L'ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE

I Comuni capifila di Reti territoriali interistituzionali in possesso dei requisiti di cui al punto 1 inviano alle ATS di riferimento la "Domanda di sottoscrizione dell'accordo di collaborazione (allegato B), e la "Scheda tecnica" (allegato B1 per i progetti di tipologia A; e allegato B2 per i progetti di tipologia B) contenente le azioni progettuali oggetto dell'accordo di collaborazione con la Regione Lombardia.

L'ATS verifica la presenza dei requisiti formali delle domande di cui ai punti A.3 e C.1 del presente allegato e procede a eventuali richieste di integrazione.

L'ATS trasmette alla Regione Lombardia l'elenco dei progetti pervenuti, una relazione che evidenzi l'attività istruttoria e la documentazione relativa ai progetti che possiedono i requisiti di ammissibilità e formali, al fine di permettere alla Regione Lombardia di attivare con ciascun comune capofila l'analisi condivisa.

La Regione Lombardia convoca la Cabina di regia regionale interdirezionale, che incontrerà i comuni per l'analisi condivisa del progetto e per l'assegnazione delle risorse.

Al termine dell'analisi condivisa verrà sottoscritto un verbale di condivisione delle azioni progettuali proposte, che saranno oggetto dell'accordo di collaborazione, e verrà definita l'entità del finanziamento concedibile.

La Regione Lombardia approverà con apposito decreto l'elenco dei comuni capifila di Reti territoriali interistituzionali con i quali verrà sottoscritto un accordo di collaborazione ai sensi della d.g.r. n.5878 del 28/11/2016.

C.3. ISTRUTTORIA

C.3.a Modalità e tempi del processo

Entro il 31 luglio 2017 le ATS provvedono all'esame delle domande pervenute al fine di verificare il possesso dei requisiti formali per l'ammissione, la presenza degli allegati elencati al precedente punto C.1, provvedendo eventualmente alla richiesta di integrazioni documentale. Le integrazioni documentali dovranno pervenire all'ATS di riferimento entro i sette giorni successivi al ricevimento della richiesta. Indi trasmettono alla Regione Lombardia, come indicato al punto 6, allegato A) della d.g.r. 5878, l'elenco dei progetti pervenuti, una relazione che evidenzi l'attività istruttoria e la documentazione relativa ai progetti che possiedono i requisiti di ammissibilità e formali.

C.3.b Verifica dell'ammissibilità delle domande

Non saranno considerate ammissibili le domande: presentate oltre il 30 giugno 2017; presentate da soggetti diversi da quelli indicati al precedente punto A.3.1; trasmesse con modalità diverse da quelle indicate al precedente punto C.1; prive della scheda tecnica; per la TIPOLOGIA A presentate da Comuni che hanno già in atto accordi di collaborazione con la Regione Lombardia nell'ambito delle d.g.r. n. 4046 del 18/09/2015 e n. 4955 del 21/03/2016 in caso di domanda; per la TIPOLOGIA B, presentate da Comuni che non hanno in atto accordi di collaborazione con la Regione Lombardia nell'ambito delle d.g.r. n. 4046 del 18/09/2015 e n. 4955 del 21/03/2016.

C.3.c Valutazione delle domande

Ai fini della valutazione di merito delle domande pervenute, la Regione Lombardia istituirà un'apposita Cabina di regia interdirezionale, governata da Regione Lombardia, per assicurare una governance omogenea degli interventi di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne con la finalità di analizzare la validità tecnica delle proposte progettuali.

La Cabina di regia incontrerà ogni Comune per l'esame congiunto delle azioni progettuali presentate, sulla base dei requisiti di merito indicati al precedente punto B.2.1. Il processo negoziale si concluderà entro il 29 settembre 2017 con la sottoscrizione del verbale di condivisione oggetto dell'accordo di collaborazione da parte della Regione e del comune capofila interessato.

Successivamente, entro il 17 ottobre 2017 il comune capofila dovrà trasmettere l'atto amministrativo di approvazione della proposta progettuale così come condivisa con la Regione Lombardia.

La domanda decade: per la mancata sottoscrizione del verbale di condivisione delle azioni progettuali oggetto dell'accordo di collaborazione con Regione Lombardia di cui al punto C.2; per la mancata trasmissione dell'atto amministrativo del Comune capofila di approvazione della proposta progettuale (scheda tecnica) a seguito della condivisione con la Regione Lombardia.

C.3.d Integrazione documentale

In questa fase del procedimento non sono previste integrazioni documentali. Per le integrazioni in fase istruttoria, vedere il precedente punto C.3.a.

C.3.e Concessione delle agevolazioni e comunicazione degli esiti dell'istruttoria

Concessione delle agevolazioni

Per la realizzazione delle azioni oggetto dell'accordo di collaborazione, la Regione Lombardia concorre riconoscendo al Comune, in qualità di capofila della Rete territoriale interistituzionale, un contributo che viene erogato in due fasi successive:

1. Il 60% delle risorse verrà concesso a seguito della condivisione della scheda tecnica progettuale presentata dal Comune, oggetto dell'accordo di collaborazione; 2. La restante quota delle risorse, pari al 40%, verrà concessa a seguito della rendicontazione finale delle spese progettuali, come quota di saldo.

Comunicazione degli esiti dell'istruttoria La Regione Lombardia, con apposito atto amministrativo, pubblicherà l'elenco dei comuni con i quali sottoscriverà l'accordo di collaborazione e l'entità del contributo assegnato. L'atto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul portale regionale.

C.4. MODALITÀ E ADEMPIMENTI PER L'EROGAZIONE DELLE AGEVOLAZIONI

C.4.a Adempimenti post-concessione

A seguito della pubblicazione dell'elenco dei comuni con i quali verrà sottoscritto l'accordo di collaborazione ai sensi dell'art. 15 della l. 241/1990 per la realizzazione degli interventi oggetto del presente invito, i comuni interessati dovranno sottoscrivere con la Regione l'accordo di collaborazione costituito dall'allegato B) alla d.g.r. n. 5878 del 28/11/2016.

C.4.b Modalità e tempi della concessione dell'agevolazione

L'agevolazione concessa sarà erogata in due diverse tranches.

L'erogazione della prima tranche verrà liquidata a seguito della sottoscrizione dell'accordo di collaborazione da parte di entrambi i contraenti, che dovrà avvenire entro il 30 ottobre 2017.

La Regione Lombardia comunicherà all'ATS di riferimento l'avvenuta sottoscrizione e quest'ultima liquiderà la prima tranche del contributo, pari al 60% del totale del contributo assegnato, entro il 15 novembre 2017.

La seconda tranche a saldo, pari al 40% del contributo assegnato, sarà erogata a seguito dell'esame della rendicontazione di seguente punto C4.c del presente documento.

C.4.c Caratteristiche della fase di rendicontazione

Le spese dovranno essere sostenute entro e non oltre il termine del 30 ottobre 2018 e secondo le modalità previste dall'allegato C), "Linee guida per la gestione, monitoraggio e rendicontazione dei progetti oggetto degli accordi di collaborazione sottoscritti da Regione Lombardia e i Comuni capifila di Reti territoriali interistituzionali anti violenza", al decreto di approvazione del presente invito. Le spese sostenute dovranno essere saldate e certificate entro il termine di presentazione della rendicontazione, fissato al 30 novembre 2018.

A dimostrazione degli interventi realizzati, il Comune invierà alle ATS e alla Regione Lombardia, unitamente alla richiesta di saldo, la relazione tecnica finale che evidenzia, in coerenza con il progetto approvato, le spese sostenute, i risultati raggiunti e le criticità riscontrate. Alla scheda di relazione finale dovranno essere allegati tutti i documenti indicati nell'allegato C) "Linee guida per la gestione, monitoraggio e rendicontazione dei progetti oggetto degli accordi di collaborazione sottoscritti da Regione Lombardia e i Comuni capifila di Reti territoriali interistituzionali anti violenza" al decreto di approvazione del presente invito.

D. DISPOSIZIONI FINALI

D.1 OBBLIGHI DEI SOGGETTI BENEFICIARI

I comuni beneficiari delle agevolazioni previste dal presente invito si impegnano a: individuare al proprio interno un/a dirigente responsabile che avrà il ruolo di referente nei confronti della Regione Lombardia; attuare le azioni progettuali così come definite e descritte nella scheda tecnica approvata con atto amministrativo del Comune entro i termini ivi indicati, assicurando: la condivisione e il coinvolgimento dei soggetti partner della Rete territoriale con i quali sono stati sottoscritti specifici protocolli d'intesa; la verificabilità dei risultati attesi attraverso la definizione di indicatori significativi strettamente correlati agli obiettivi, ai risultati che si intendono raggiungere e agli effetti che si vogliono analizzare o evidenziare; la congruità e coerenza tra obiettivi, costi e tempi di realizzazione;

trasmettere agli uffici di competenza, alla conclusione del progetto e nei termini previsti dalla delibera, pena la revoca del contributo, la relazione finale, corredata della documentazione contabile secondo le modalità previste dalla Regione Lombardia; conservare in originale la documentazione amministrativa e contabile riferita alle attività, come previsto dalle normative vigenti e per il periodo previsto dall'art. 2220 del Codice Civile, garantendo la piena disponibilità e tempestività di adempimento in ordine alle attività di verifica e controllo da parte degli organi competenti; rispettare la normativa in materia fiscale, previdenziale e di sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori nella realizzazione delle attività previste dal progetto; adeguarsi a eventuali variazioni procedurali che potranno essere richieste; partecipare alle attività formative/informative predisposte dalla Regione in relazione a quanto previsto dall'art. 8 della l.r. 11/2012; dare immediata comunicazione a Regione Lombardia e per conoscenza all'ATS competente, qualora intendesse rinunciare al progetto, provvedendo contestualmente alla restituzione dei contributi ricevuti, maggiorati degli interessi di legge dovuti per il periodo di disponibilità delle somme percepite; comunicare a Regione Lombardia e per conoscenza all'ATS competente le eventuali variazioni rispetto a quanto indicato nella domanda, affinché la Cabina di Regia regionale interdirezionale possa effettuare le valutazioni conseguenti; coinvolgere la Regione Lombardia nelle azioni di divulgazione (quali convegni, seminari tematici e altro); rendere visibile su tutti gli strumenti e i prodotti di informazione e comunicazione la partecipazione della Regione Lombardia ai progetti, utilizzando il logo regionale, che dev'essere preventivamente richiesto agli uffici regionali; trasmettere alla Regione Lombardia tutti gli strumenti e i prodotti di informazione e comunicazione, ai fini della condivisione e dell'autorizzazione all'apposizione

del logo regionale; mantenere costanti rapporti con Regione Lombardia e l'ATS competente e fornire dati ed informazioni relative al progetto, eventualmente richieste; collaborare con Regione Lombardia che effettuerà il monitoraggio e il controllo delle attività nelle loro fasi di realizzazione, fornendo tutti i supporti di conoscenza e di concreta collaborazione nel tempo e nei modi necessari. Tale attività potrà essere svolta anche attraverso sopralluoghi, colloqui, interviste da parte di personale appositamente incaricato.

D.2 DECADENZE, REVOCHE E RINUNCE DEI SOGGETTI BENEFICIARI

La decadenza dal contributo può aver luogo nei seguenti casi:

qualora il comune capofila comunichi di non essere più il coordinatore della Rete territoriale interistituzionale antiviolenza; qualora uno dei nodi essenziali della Rete comunichi di non far più parte della rete stessa e non venga sostituito con soggetto rispondente agli stessi requisiti; qualora non venga sottoscritto o rinnovato il protocollo di rete in scadenza.

Il contributo è revocato qualora venga accertata l'impossibilità a svolgere e completare le attività previste o vengano accertate irregolarità attuative o la mancanza dei requisiti e dei presupposti sulla base dei quali il contributo è stato concesso. Il decreto di revoca dispone l'eventuale recupero delle somme già erogate, indicandone le modalità di restituzione. L'ammontare della somma da restituire viene calcolato maggiorato degli interessi di legge maturati.

D.3 PROROGHE DEI TERMINI

Il presente invito non prevede possibilità di proroga dei termini. I progetti devono essere conclusi e rendicontati entro i termini stabiliti.

D.4 ISPEZIONE E CONTROLLI

Sono previsti controlli documentali e in loco a campione al fine di verificare la corretta conservazione dei documenti, nonché la realizzazione delle attività finanziate.

D.5 MONITORAGGIO DEI RISULTATI

D.5.a Monitoraggio Al fine di misurare l'effettivo livello di raggiungimento degli obiettivi di risultato collegati a questa misura/a questo intervento, gli indicatori individuati sono i seguenti: 1. Numero di donne raggiunte 2. Numero di donne prese in carico 3. Numero di donne protette 4. N. di ore per servizio erogate (specificarle sulla base dei singoli servizi) 5. Numero di centri antiviolenza coinvolti nelle reti 6. Numero di case rifugio coinvolte nelle reti 7. Copertura territoriale (n. di abitanti) della Rete

La Regione Lombardia monitora con appositi strumenti e indicatori l'efficacia ed efficienza dei progetti nonché i risultati sul territorio delle azioni svolte nell'ambito dei singoli progetti oggetto degli accordi di collaborazione, secondo le modalità e i tempi indicati nell'allegato C) del presente decreto.

La Regione Lombardia monitorerà, inoltre, attraverso il sistema informativo O.R.A. (Osservatorio Regionale Antiviolenza) il numero complessivo delle donne prese in carico dai Centri antiviolenza in linea con quanto previsto dalla d.g.r 6008 del 19/12/2016. I Centri antiviolenza, convenzionati con i Comuni capifila, dovranno aderire e implementare il sistema informativo O.R.A. (Osservatorio Regionale Antiviolenza).

D.5.b Customer satisfaction In attuazione del disposto normativo nazionale e regionale (art. 7 del d.lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e art. 32, c. 2 bis, lettera c) della l.r. 1/02/2012, n. 1), è possibile compilare un questionario di customer satisfaction, sia nella fase di adesione che di rendicontazione. Tutte le informazioni saranno raccolte ed elaborate in forma anonima dal soggetto responsabile del bando, che le utilizzerà in un'ottica di miglioramento costante delle performance al fine di garantire un servizio sempre più efficace, chiaro ed apprezzato da parte dei potenziali beneficiari. Il questionario verrà somministrato a cura delle ATS di riferimento, a cui la Regione Lombardia trasmetterà le istruzioni per la procedura.

D.6 RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

D.ssa Ilaria Marzi Dirigente dell'Unità Organizzativa Azioni e Misure per l'Autonomia e l'Inclusione sociale Direzione generale Reddito di Autonomia e Inclusione sociale Regione Lombardia

D.7 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Il trattamento dei dati personali relativo alla procedura prevista dal presente invito sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, pertinenza e trasparenza e alla tutela della riservatezza e dei diritti dei soggetti coinvolti. Ai sensi dell'art. 13 della predetta norma, i dati saranno trattati dall'U.O. Azioni e misure per l'Autonomia e l'Inclusione sociale - Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale e utilizzati esclusivamente per l'espletamento delle pratiche relative alle domande e per la corrispondenza e i contatti con i soggetti interessati. I dati saranno trattati in modo informatizzato. Il titolare del trattamento è la Regione Lombardia, con sede in piazza Città di Lombardia, 1 - 20124 Milano. Al titolare del trattamento i soggetti interessati potranno rivolgersi per far valere i propri diritti, così come previsto dagli articoli 7 e 8 del d.lgs. n. 196/03.

D.8 PUBBLICAZIONI, INFORMAZIONI E CONTATTI

Il presente invito è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito istituzionale www.regione.lombardia.it nella sezione Bandi, <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/Bandi>, da dove sarà altresì possibile scaricare la modulistica in formato compilabile.

Per richieste di chiarimento è possibile telefonare ai numeri 02/6765.5207 - 2406 - 6553 o inviare un messaggio di posta elettronica a: politicheantiviolenza@regione.lombardia.it.

D.9 RIEPILOGO DATE E TERMINI TEMPORALI

Entro il 30 giugno 2017: i Comuni aventi le caratteristiche di cui al punto 1 del presente allegato, devono inviare alle ATS di riferimento, previa sottoscrizione da parte del legale rappresentante del Comune capofila, la domanda di sottoscrizione di accordo di collaborazione con la Regione Lombardia, secondo le modalità indicate al punto C.1 del presente invito.

Entro 31 luglio 2017: le ATS trasmettono alla Regione Lombardia, come indicato al punto 6, allegato A) della d.g.r. 5878 e al punto 4 del presente documento, l'elenco dei progetti pervenuti, una relazione che evidenzia l'attività istruttoria e la documentazione relativa ai progetti che possiedono i requisiti di ammissibilità e formali.

Entro il 29 settembre 2017: la Regione Lombardia attraverso la Cabina di regia incontrerà ogni Comune per l'esame congiunto delle azioni progettuali presentate. La Regione e il Comune capofila sottoscriveranno il verbale di condivisione oggetto dell'accordo di collaborazione.

Entro il 17 ottobre 2017: Il Comune capofila trasmette alla Regione il provvedimento amministrativo di approvazione della scheda tecnica contenente le azioni progettuali così come condivise con la Regione Lombardia.

Entro 30 ottobre 2017: sottoscrizione degli accordi di collaborazione tra la Regione Lombardia e i Comuni capifila delle Reti territoriali interistituzionali. La Regione comunica alle ATS l'avvenuta sottoscrizione degli accordi di collaborazione per la liquidazione della prima tranche.

Entro 15 di novembre 2017, le ATS liquidano la prima tranche, pari al 60% del contributo concesso. Entro 31 ottobre 2018: chiusura dei progetti;

Entro 30 novembre 2018: i Comuni capifila trasmettono alle ATS di riferimento e alla Regione Lombardia la rendicontazione finale dei progetti ai fini dell'erogazione del saldo.

NB

Per gli altri allegati si rinvia alla lettura integrale del testo

PIEMONTE

DPGR27 febbraio 2017, n. 6/R. - Regolamento regionale recante: "Attuazione della legge regionale 23 marzo 2016, n. 5 (Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale)". (BUR n. 9 del 2.3.17)

Art. 1.

(Finalità)

1. Il presente regolamento, ai sensi dell'articolo 13, comma 3 della legge regionale 23 marzo 2016, n. 5 (Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale), disciplina modalità e strumenti di attuazione delle politiche regionali contro le discriminazioni in Piemonte nonché gli aspetti connessi alla realizzazione delle pari opportunità tra uomo e donna.

Art. 2.

(Criteri per l'istituzione della Rete regionale contro le discriminazioni in Piemonte)

1. Ai sensi dell'articolo 12 della l.r. 5/2016, è istituita la Rete regionale contro le discriminazioni in Piemonte, con compiti di prevenzione e contrasto delle discriminazioni e assistenza alle vittime nel territorio regionale.

2. La Rete è costituita dal Centro regionale contro le discriminazioni in Piemonte, dai Nodi territoriali e dai Punti informativi come disciplinati dagli articoli 3, 4 e 5.

Art. 3.

(Centro regionale contro le discriminazioni in Piemonte)

1. Il Centro regionale contro le discriminazioni in Piemonte, istituito ai sensi dell'articolo 13, comma 1 della l.r. 5/2016 presso la struttura regionale competente in materia di coesione sociale, svolge i seguenti compiti:

- a) coordinamento, programmazione e gestione delle attività di comunicazione, informazione, formazione ed aggiornamento della Rete regionale di cui all'articolo 12, comma 1 della l.r. 5/2016 e delle attività dei Nodi e dei Punti;
- b) supervisione dell'attuazione del Piano di cui all'articolo 12, comma 3 della l.r. 5/2016;
- c) monitoraggio delle discriminazioni nel territorio regionale;
- d) coordinamento del Gruppo interdirezionale antidiscriminazioni, di cui all'articolo 13, comma 2 della l.r. 5/2016;
- e) gestione dei rapporti con UNAR, enti, istituzioni ed organizzazioni senza scopo di lucro attive sulla materia a livello regionale, nazionale ed internazionale.

2. Al Centro sono, altresì, assegnate tutte le funzioni utili per la promozione della l.r. 5/16 ed i principi in essa sanciti, da attuare sulla base di specifiche collaborazioni con le strutture regionali competenti per materia o attivate attraverso il Gruppo interdirezionale antidiscriminazioni di cui all'articolo 7.

3. La composizione, la collocazione, la dotazione organica, la sede, le risorse finanziarie, le attività e le collaborazioni del Centro sono definite con provvedimento della struttura regionale competente.

4. Le modalità di raccordo tra il Centro e gli organismi esterni alla Regione sono regolati attraverso specifici atti di intesa e collaborazione, sottoscritti di norma per quanto riguarda la Regione dalla struttura regionale competente, che definiscono:

- a) l'oggetto dell'accordo;
- b) i compiti affidati a ciascuno dei contraenti;
- c) le modalità di rinnovo e di finanziamento delle iniziative generate dagli accordi stessi.

Art. 4.

(Nodi territoriali)

1. I Nodi hanno competenza territoriale, di norma corrispondente con i territori provinciali e metropolitano.

2. I Nodi sono parte integrante della Rete regionale contro le discriminazioni in Piemonte, sono coordinati dal Centro regionale contro le discriminazioni in Piemonte e svolgono le seguenti attività:

- a) accoglienza, orientamento, presa in carico delle persone segnalanti e gestione dei casi di discriminazione;
- b) costruzione e coordinamento della Rete territoriale contro le discriminazioni;
- c) monitoraggio del fenomeno delle discriminazioni a livello territoriale.
- d) informazione, comunicazione e sensibilizzazione sulle tematiche antidiscriminatorie nel territorio di competenza, con la supervisione del Centro.

3. Per l'istituzione dei Nodi la struttura regionale competente individua gli enti pubblici adeguati a svolgere le funzioni di cui al comma 2, con i quali stipula apposite intese che definiscono le caratteristiche strutturali del Nodo e del personale addetto e le modalità di collaborazione. Tali intese non sono onerose.

4. Per il funzionamento dei Nodi, la Regione può avvalersi anche del personale e delle strutture regionali dislocati sul territorio.

Art. 5.

(Punti informativi)

1. I Punti informativi, parte della Rete regionale contro le discriminazioni, sono attivati dai Nodi nell'ambito dei propri territori, attraverso la sottoscrizione di un apposito accordo, di concerto con il Centro.

2. I Punti possono essere costituiti da enti, istituzioni, organizzazioni senza scopo di lucro e dipendono dal Nodo attivo sullo stesso territorio, fatte salve le competenze di coordinamento della rete attribuite al Centro.

3. I requisiti necessari per l'individuazione dei Punti sono definiti con apposito provvedimento della struttura regionale competente, di concerto con i Nodi.

4. Svolgono le seguenti attività:

a) diffusione di informazioni sul funzionamento della Rete regionale contro le discriminazioni e sui contenuti della l.r. 5/2016 con riferimento al territorio di propria competenza o per uno specifico target di popolazione;

b) accoglienza, ascolto e riconoscimento di situazioni discriminatorie nell'ambito della propria attività ordinaria di contatto con persone a rischio di discriminazione; orientamento delle stesse al Nodo territoriale di riferimento ed eventuale collaborazione col Nodo per l'individuazione di soluzioni.

5. Ogni Punto redige una relazione annuale sull'attività svolta e partecipa alla progettazione delle attività della Rete regionale contro le discriminazioni e dei Nodi territoriali.

Art. 6.

(Modalità per l'approvazione del Piano contro le discriminazioni)

1. La Giunta regionale, con cadenza triennale, approva il Piano contro le discriminazioni di cui all'articolo 12, comma 3 della l.r. 5/2016 che contiene:

a) gli obiettivi che la Giunta si prefigge nel triennio nella applicazione della legge regionale;

b) le risorse, economiche e umane, individuate per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla lettera a).

2. Alla redazione, realizzazione e verifica del Piano di cui al comma 1, collaborano i seguenti soggetti coordinati dal Centro regionale contro le discriminazioni:

a) il gruppo interdirezionale antidiscriminazioni di cui all'articolo 13, comma 2 della l.r. 5/2016;

b) gli organismi di parità regionali, il cui parere consultivo è raccolto prima dell'adozione del Piano stesso ed ogni qualvolta il Centro e la struttura regionale competente lo ritengono opportuno;

c) il gruppo dei referenti dei Nodi.

3. Prima dell'approvazione del Piano, la relativa documentazione è sottoposta ai soggetti di cui al comma 2 ed i loro pareri, se non accolti dalla Giunta regionale, sono allegati alla documentazione stessa.

4. Lo schema di Piano è altresì sottoposto all'attenzione delle:

a) organizzazioni di settore con sede in Piemonte, identificate, a partire da quelle iscritte agli elenchi di cui agli articoli 5 e 6 del decreto legislativo 9 luglio 2003, n. 215;

b) organizzazioni di settore che rispondono ad uno specifico avviso pubblico, adottato dalla struttura regionale competente, per la ricerca di soggetti interessati all'applicazione della l.r. 5/16 ed al suo Piano triennale;

c) organizzazioni e delle singole persone che vogliano partecipare ad una consultazione pubblica on line su tale documento e/o su altri che il Centro regionale e la struttura regionale competente ritengono di dover porre in consultazione pubblica.

5. La consultazione può avvenire sia in riunioni convocate ad hoc che attraverso l'uso di metodi informatici.

6. La verifica del Piano può essere affidata a un soggetto esterno alla Regione, scelto dalla struttura regionale competente sulla base di specifica competenza nell'attività di valutazione in ambito sociale e con particolare riferimento alle politiche di parità.

Art. 7.

(Criteri operativi del Gruppo di lavoro interdirezionale contro le discriminazioni)

1. Il gruppo di lavoro interdirezionale contro le discriminazioni, di cui all'articolo 13, comma 2 della l.r. 5/2016, coordinato dal Centro regionale contro le discriminazioni in Piemonte, ha il compito di promuovere l'integrazione del principio di non discriminazione nella programmazione e nelle attività regionali nonché di svolgere le azioni di monitoraggio e valutazione previste agli articoli 4, comma 3 e 18, comma 2 della l.r. 5/2016.

2. Il gruppo di lavoro è composto:

- a) da un rappresentante per ciascuna delle direzioni regionali;
- b) da un rappresentante del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni della Regione;
- c) dalla Consigliera o dal Consigliere di parità regionale;
- d) dal Difensore civico regionale;
- e) dal Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale;
- f) dal Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza.

3. Il gruppo di lavoro interdirezionale si riunisce almeno una volta all'anno in seduta plenaria ed organizza le proprie attività, di norma, attraverso Tavoli di lavoro. Ulteriori modalità organizzative e di funzionamento sono definite con apposito provvedimento della struttura regionale competente.

4. Il Gruppo può inoltre avvalersi, qualora necessario, della collaborazione gratuita di ulteriori dipendenti del Consiglio regionale e della Giunta regionale e di altri esperti esterni.

Art. 8.

(Collaborazione della Regione con le istituzioni di parità e antidiscriminatorie)

1. La Regione, anche tramite il Centro regionale contro le discriminazioni, può coinvolgere gli organismi e le istituzioni di parità contro le discriminazioni, di livello regionale, nazionale ed europeo, per l'applicazione della l.r. 5/2016 ed in particolare per il sostegno e l'indirizzo della Rete regionale antidiscriminazioni di cui all'articolo 12 della legge medesima. Di norma il rapporto è regolato attraverso uno specifico accordo che per la Regione è sottoscritto dal responsabile della struttura regionale competente o suo delegato.

Art. 9.

(Verifica sull'attuazione del regolamento)

1. La Regione affida l'istruttoria della verifica del presente regolamento al Gruppo di lavoro di cui all'articolo 7 e ne propone eventuali modifiche ed integrazioni nelle relazioni di cui all'articolo 17 della l.r. 5/2016, valutando l'eventuale contributo di istituzioni, enti ed organizzazioni senza scopo di lucro.

D.D. 13 dicembre 2016, n. 913 - PROTOCOLLO D'INTESA IN MATERIA DI INIZIATIVE CONTRO LE DISCRIMINAZIONI tra UNAR – Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni razziali, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità e REGIONE PIEMONTE – Direzione Coesione sociale. (BUR n. 9 del 2.3.17)

Note

La Legge regionale 23 marzo 2016, n. 5, “Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale”, all'articolo 12, comma 1, prevede “l'istituzione di una Rete regionale contro le discriminazioni in Piemonte, con compiti di prevenzione e contrasto delle discriminazioni e assistenza alle vittime nel territorio regionale, previo accordo con l'Ufficio per la promozione della parità di trattamento e la rimozione delle discriminazioni fondate sulla razza o sull'origine etnica del Dipartimento per le Pari

opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri (UNAR), gli enti locali piemontesi, l'associazionismo e le parti sociali”.

Si procede con la sottoscrizione di apposito Protocollo di Intesa UNAR – Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni razziali, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità, in materia di iniziative contro le discriminazioni per l'applicazione della Legge regionale n. 5/2016 e per la ricostituzione della Rete regionale contro le discriminazioni

Allegato

PROTOCOLLO D'INTESA IN MATERIA DI INIZIATIVE CONTRO LE DISCRIMINAZIONI

tra

UNAR – Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni razziali, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità

e

REGIONE PIEMONTE – Direzione Coesione sociale.

Visti:

□ la Direttiva 2000/43/CE del Consiglio del 29 giugno 2000, che attua il principio della parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica; □ il D.Lgs. 9 luglio 2003, n. 215, recante “Attuazione della direttiva 2000/43/CE per la parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica”; □ il D.P.C.M. 11 dicembre 2003, recante “Costituzione e organizzazione interna dell'Ufficio per la promozione della parità di trattamento e la rimozione delle discriminazioni, di cui all'art. 29 della legge comunitaria 1 marzo 2002, n. 39” (di seguito UNAR) istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità;

Visti:

- la Strategia europea per la parità tra donne e uomini 2010-2015 (COM(2010) 491 del 21/9/2010), la Strategia europea sulla disabilità 2010-2020 (COM(2010) 636 del 15/11/2010), il Quadro dell'UE per le strategie nazionali di integrazione dei Rom fino al 2020 (COM(2011) 173 del 5/4/2011), la Strategia nazionale LGBTI (Decreto ministeriale 16 aprile 2013), il Piano Nazionale d'Azione contro il razzismo, la xenofobia e l'intolleranza (Decreto ministeriale 7 agosto 2015);

□ il “Parere del Comitato delle Regioni sulla non discriminazione, pari opportunità e applicazione del principio di parità di trattamento fra le persone” (2009/C 211/12) che ribadisce il reale bisogno di integrazione orizzontale della non discriminazione, possibile soltanto attraverso il coinvolgimento degli enti regionali;

□ la Legge 13 ottobre 1975, n. 654, “Ratifica ed esecuzione della convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale”;

□ la Legge 25 giugno 1993, n. 205 “Misure urgenti in materia di discriminazione razziale, etnica e religiosa”;

□ i Decreti Legislativi n. 215 e n. 216 del 2003, integrati con Legge 101/2008, che hanno recepito le Direttive CE 43/2000 che attua il principio della parità di trattamento tra le persone indipendente-mente dalla razza e dall'origine etnica e 78/2000 che stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e lavoro;

□ il “Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” (D.Lgs 25 luglio 1998 n°286) che afferma che:

“le Regioni, in collaborazione con le Province e con i Comuni, con le associazioni di immigrati e del volontariato sociale [...] predispongono centri di osservazione, di informazione e di assistenza legale per gli stranieri, vittime di discriminazioni per motivi razziali, etnici, nazionali o religiosi”; □ la Legge 4 novembre 2010 n. 183, che all'art. 21 “Misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche” comma 1 che cita “(…)

Le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'as-senza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orien-tamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condi-zioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. (...);

□ il Protocollo d'intesa sottoscritto il 7 aprile 2011 tra l'OSCAD - Osservatorio per la sicurezza contro gli atti discriminatori istituito presso il Ministero dell'Interno (Dipartimento della pubblica sicurezza - Direzione centrale della polizia criminale) e l'UNAR - Ufficio nazionale antidiscriminazioni razziali istituito presso il Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

□ Il Decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" e l'Accordo di collaborazione sottoscritto il 6 otto-bre 2010 tra la Consigliera Nazionale di Parità, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e l'UNAR - Ufficio nazionale antidiscriminazioni razziali istituito presso il Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

VISTI

□ lo Statuto della Regione Piemonte;

□ la Legge Regionale 18 marzo 2009, n. 8 "Integrazione delle politiche di pari opportunità di ge-nere nella Regione Piemonte e disposizioni per l'istituzione dei bilanci di genere", al cui art. 1 è previsto che "(...) la Regione opera affinché le politiche e i relativi interventi di attuazione favoriscano il superamento di ogni discriminazione diretta o indiretta ancora esistente nei confronti delle donne, il rafforzamento della condizione femminile e l'incremento della partecipazione delle donne alla vita politica, economica, sociale, culturale e civile, attraverso l'integrazione della dimensione di genere nella normativa e nell'azione politica e programmatica regionale in coerenza con gli indirizzi della programmazione nazionale ed europea";

□ la Legge regionale 23 marzo 2016, n. 5. "Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle mate-rie di competenza regionale". In particolare l'articolo 12 comma 1 e l'articolo 13 comma 3 che prevedono specifici Accordi di collaborazione tra Regione ed UNAR al fine di sviluppare le iniziative previste nella Legge e sviluppare la Rete regionale contro le discriminazioni;

□ il Progetto denominato "Piemonte contro le Discriminazioni" n. 348, finanziato sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - Obiettivo Specifico 2. Integrazione / Migrazione legale - Obiettivo nazionale 3. Capacity building – lett. I), Contrasto alle discriminazioni, annualità 2016-2018, gestito dal Ministero dell'Interno, Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione;

Tutto ciò premesso, le Parti:

- Regione Piemonte, Direzione Coesione sociale, rappre-sentata dal Direttore, Dottor Gianfranco Bordone, nato ad Alba il 1° dicembre 1959 e residente ai fini del presente atto presso la Regione Piemonte, Via Magenta 12, 10128 Torino;Torino;

- UNAR. Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali, Dipartimento pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, rappresentato dal Dottor Francesco Spano, nato a Pisa il 29 aprile 1977 e residente ai fini del presente atto presso UNAR, Via della Ferratela in Laterano 51, 00184 Roma;

sottoscrivono e convengono quanto segue:

il Protocollo d'intesa è indirizzato a supportare l'implementazione della Rete regionale contro le discriminazioni, parte integrante della Rete nazionale UNAR, le attività svolte e coordinate

dal Centro regionale contro le discriminazioni e le iniziative assunte in materia di lotta alle discriminazioni. L'individuazione dei soggetti aderenti e delle modalità di funzionamento della Rete regionale viene demandata alle intese tra la Regione e gli enti pubblici e privati piemontesi. Nello specifico le parti concordano nella collaborazione rispetto all'applicazione della Legge regionale 23 marzo 2016, n. 5., "Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento nelle materie di competenza regionale" e delle attività promosse e gestite dall'UNAR nei seguenti ambiti:

a. **prevenzione delle discriminazioni:** ovvero azioni promosse al fine di impedire il generarsi o il perdurare di comportamenti e atteggiamenti discriminatori che incidano sul patrimonio culturale e valoriale di tutte/i, e azioni volte alla condivisione e diffusione di buone pratiche sul territorio;

b. **contrasto alle discriminazioni e assistenza alle vittime:** attraverso la rimozione alla base di condizioni che producono discriminazione e la promozione di azioni positive per l'eliminazione dello svantaggio, anche attraverso il supporto delle vittime di discriminazioni;

c. **monitoraggio del fenomeno delle discriminazioni** attraverso la sua costante osservazione sul territorio, coinvolgendo i soggetti istituzionali e del mondo associativo che in vario modo già si occupano o potrebbero occuparsi di prevenzione, contrasto, assistenza alle vittime di discriminazioni.

In riferimento alle azioni indicate al punto b) ed alla gestione dei casi di discriminazione che saranno assegnati e/o intercettati dalla Rete regionale contro le discriminazioni, le parti concordano di firmare uno specifico Accordo che contenga le Linee guida che dovranno essere seguite dai singoli Nodi, dal Centro e dalle Associazioni ed Enti che a vario titolo collaboreranno con la Rete regionale. Nel periodo che va dalla sottoscrizione del Presente Protocollo alla sottoscrizione dell'Accordo citato, saranno applicate le Linee guida per il funzionamento della Rete attualmente vigenti. I casi di rilievo nazionale, che in assenza dell'Accordo di cui sopra saranno di volta in volta individuati, sono trasferiti per il loro trattamento al riferimento nazionale che UNAR individuerà.

Le parti danno atto altresì che la collaborazione dell'UNAR avverrà sulle materie di propria competenza e sulle quali interviene direttamente sia attraverso la Rete nazionale contro le discriminazioni che come UNAR stesso;

Inoltre le parti:

si impegnano a costituire un gruppo di lavoro permanente sulle materie di cui al presente Protocollo; si impegnano a condividere un programma operativo, anche individuando aree tematiche specifiche di sviluppo di singoli interventi ed attività con particolare riferimento a: lavoro, formazione professionale, istruzione, politiche giovanili, assistenza sociale e sanitaria, innovazione e tecnologie, comunicazione;

si impegnano a sottoporre a verifica periodica i contenuti e gli effetti del presente Protocollo,

sulla base dei dati di monitoraggio raccolti e degli obiettivi specifici previsti nella programmazione operativa; si impegnano a diffondere i contenuti della presente intesa e le buone pratiche promuovendone la coerente realizzazione; si impegnano a collaborare per la partecipazione congiunta ad iniziative da candidare a finanziamento a livello nazionale, europeo e internazionale.

Costi

Le parti danno reciprocamente atto che dall'applicazione del presente Protocollo non deriva alcuna spesa obbligatoria per le parti stesse.

Durata del Protocollo

La durata del presente Protocollo è di 3 anni dalla data di firma dello stesso ed è rinnovabile previo Accordo scritto tra le parti. Il presente Protocollo può essere in qualunque momento della sua validità modificato su istanza scritta di almeno una delle parti.

Letto, confermato e sottoscritto (firmato in originale in digitale)

Torino, lì

UNAR UFFICIO NAZIONALE ANTIDISCRIMINAZIONI RAZZIALI Dipartimento per le Pari Opportunità Presidenza del Consiglio dei Ministri Il direttore generale Dottor Francesco SPANO

TOSCANA

RISOLUZIONE 14 febbraio 2017, n. 58 - In merito all'istituzione del Garante unico regionale dei diritti della persona. (BUR n. 9 del 1.3.17)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Richiamati:

- la legge regionale 19 novembre 2009, n. 69 (Norme per l'istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale), che istituisce il Garante dei detenuti, al fine di verificare le condizioni delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale ed il rispetto dei diritti ad esse garantiti;
- la legge regionale 1 marzo 2010, n. 26 (Istituzione del Garante per l'infanzia e l'adolescenza), con la quale viene attuata la previsione di tutela dei diritti dei minori prevista nello Statuto della Regione Toscana, all'articolo 4, comma 1, lettera d), mediante l'istituzione presso il Consiglio regionale della figura del Garante per l'infanzia e l'adolescenza;
- lo Statuto della Regione Toscana, che all'articolo 56, tra gli organi di tutela e garanzia, prevede la figura del Difensore civico regionale, il quale "garantisce a tutti la tutela non giurisdizionale nei casi di cattiva amministrazione, svolgendo anche attività di mediazione" assegnando allo stesso autonomia di funzionamento e risorse finanziarie e di personale adeguate alle funzioni da svolgere, nonché la legge regionale 27 aprile 2009 (Disciplina del Difensore civico regionale), n. 19, che ne disciplina funzioni ed organizzazione.

Premesso che:

- la difesa civica e la salvaguardia dei diritti individuali e collettivi dei cittadini ad ampio raggio rappresentano un parametro di buona amministrazione ed il segno distintivo del buon governo;
- la Regione Toscana è da sempre impegnata nella tutela dei diritti delle persone e, in particolar modo, di quei cittadini che non possono difendersi da soli, oltre ad assicurare, in via generale, il buon andamento, la legalità e l'imparzialità dell'operato della pubblica amministrazione;
- sino ad oggi, tale impegno si è concretizzato nella creazione di organi monocratici competenti a difendere e sostenere i cittadini in singoli specifici ambiti: i garanti istituiti a livello regionale operano, infatti, attualmente su singoli settori di competenza.

Rilevato che:

- tuttavia, le materie di cui si occupano le autorità di garanzia presentano spesso un importante collegamento l'una con l'altra, sia relativamente alle azioni necessarie da mettere in campo, sia in relazione allo studio ed alla formazione di personale relativo alle problematiche oggetto di tutela;

- l'Assemblea generale del Consiglio d'Europa, con risoluzione n. 1959/2013, ha invitato gli stati membri che hanno istituito un numero elevato di garanti, ad assicurare il coordinamento appropriato tra essi, al fine di rendere più accessibile l'istituzione di garanzia e ad evitare la proliferazione di detti organi, per non ingenerare confusione nei cittadini in relazione ai mezzi di tutela attivabili;

- l'invito del Consiglio d'Europa si pone in linea con l'operato della Regione Toscana, che già da tempo ha avviato un percorso di semplificazione e riorganizzazione delle proprie strutture, con la finalità di migliorarne l'operatività e l'efficienza, oltre che eliminare sdoppiamenti di funzioni e rendere maggiore l'interazione tra i diversi organi.

Considerato che:

- attuare una razionalizzazione e semplificazione in detto ambito appare la soluzione ottimale per contribuire a migliorare le prestazioni rese, evitando duplicazioni di competenze ed un migliore coordinamento di azioni e di impegno a favore della cittadinanza;

- la creazione di una figura unitaria di Garante regionale, attuata anche in altre regioni, ha dato ottimi risultati in termini di collegamento funzionale e miglioramento delle prestazioni rese.

Ritenuto che:

- alla luce di ciò, sia opportuno procedere, anche nella nostra Regione, ad un'opera di razionalizzazione delle autorità di garanzia, al fine di individuare un unico centro di gestione della tutela dei diritti dei cittadini toscani ed istituire un organismo unitario che garantisca maggiore efficienza a parità di prestazioni erogate e che riesca a creare un coordinamento funzionale dei diversi settori di tutela dei diritti dei cittadini, per migliorarne l'operatività e con l'obiettivo di semplificare i processi organizzativi e gestionali;

- in particolare, tra le funzioni esercitate attualmente dagli organismi di garanzia e tra quelle necessarie per la corretta difesa dei diritti dei più deboli, occorre che la nuova figura di garante regionale si occupi di esercitare le indispensabili funzioni di tutela, quali:

- la funzione di difesa dei minori e dell'infanzia per la promozione, la salvaguardia e la tutela delle persone di minore età che vivono in Toscana;

- la funzione di difesa delle persone sottoposte a restrizioni della libertà personale, con il compito specifico di vigilare sul rispetto dei diritti dei detenuti, quali il diritto alla salute, al miglioramento della qualità della vita, all'istruzione ed alla formazione professionale ed ogni altra prestazione finalizzata al recupero, alla reintegrazione sociale ed all'inserimento nel mondo del lavoro;

- la funzione di difensore civico, a difesa dei diritti e degli interessi dei cittadini nei rapporti con la pubblica amministrazione, nel rispetto dei principi di imparzialità, efficienza, equità, trasparenza dell'azione amministrativa;

- la funzione di garanzia per le persone a rischio di discriminazione, operante nei confronti di chiunque, per ragioni di ascendenza o di origine nazionale od etnica, condizioni personali e sociali, ivi comprese le condizioni di disabilità temporanee o permanenti, per ragioni di appartenenza religiosa, linguistica o culturale, oppure ancora per età, identità di genere od orientamento sessuale, sia destinatario di comportamenti lesivi dei diritti della persona, anche valutando la costituzione di un osservatorio che raccolga i dati afferenti alle dinamiche ed alle fenomenologie attinenti alla discriminazione ed alla violenza sui soggetti a rischio.

- al fine di realizzare dette funzioni senza sovrapposizioni o sdoppiamenti, garantendone la piena funzionalità, è opportuno prevedere la realizzazione di un organismo di coordinamento, composto da un Presidente con funzioni di organizzazione, raccordo ed indirizzo e da due componenti, ciascuno dei quali chiamato a svolgere i compiti inerenti ad uno specifico ufficio;

- per fornire adeguata autorevolezza all'autorità, occorre, inoltre, che i componenti di detto organo siano selezionati tra persone di indiscussa moralità e comprovata formazione e competenza nelle materie oggetto di tutela, con particolare riguardo alle discipline afferenti alla tutela dei minori, delle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale, della lotta alla discriminazione, in possesso di comprovata esperienza in campo giuridico - amministrativo ed eletti dal Consiglio regionale.

Valutato infine che:

- l'organismo di garanzia debba operare con l'indispensabile requisito dell'indipendenza, svolgendo opportunamente le proprie funzioni quale organismo autonomo;
- per tale ragione, è adeguato che detta autorità sia dotata di autonomia di funzionamento, nonché di un budget autonomo assegnato dal bilancio regionale in modo tale da assicurare un sistema di garanzia imparziale proprio del ruolo di garante.

SI IMPEGNA

- ad elaborare, mediante l'Uffi cio di Presidenza, una normativa volta all'istituzione ed alla disciplina del Garante unico regionale, tenendo conto dei contenuti espressi in narrativa e, in particolare:
 - in relazione alla composizione, dell'opportunità che lo stesso venga costituito da un organismo di coordinamento che svolga le proprie funzioni in autonomia ed indipendenza, che sia composto da un Presidente, con funzioni di raccordo ed indirizzo, e da due altri componenti eletti dal Consiglio regionale;
 - in relazione ai componenti del Garante, così istituito, dell'opportunità che siano selezionati tra persone di indiscussa moralità e comprovata formazione e competenza nelle materie oggetto di tutela, con particolare riguardo agli ambiti afferenti alla tutela dei minori, delle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale, della lotta alla discriminazione e della difesa civica, oltre che di una comprovata esperienza in campo giuridico - amministrativo;
 - in relazione al fondamentale requisito dell'indipendenza dell'organo di garanzia, a prevedere un regime di incompatibilità in relazione ai suoi componenti ed a fornire alla struttura un budget autonomo di spesa assegnato dal bilancio regionale;
 - in relazione all'indennità per i componenti del Garante, a determinare che la stessa sia stabilita nell'ammontare dall'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale;
 - in relazione alle funzioni comuni da svolgere, ferme restando le ulteriori funzioni attribuibili al Garante nell'esercizio delle diverse sfere di competenza, dell'opportunità di prevedere tra le attività inerenti alla tutela dei diritti, le funzioni quali:
 - la promozione e la tutela dei diritti della persona mediante azioni di impulso, facilitazione, accompagnamento, conciliazione e mediazione dei conflitti tra soggetti e istituzioni, favorendo la realizzazione di un effettivo collegamento tra gli enti che operano nei settori attinenti e l'autorità garante;
 - iniziative di studio e ricerca inerenti alle problematiche giuridiche, socio economiche, educative e psicosociali, nonché l'avvio ed il consolidamento di buone pratiche nell'attività di tutela dei diritti della persona;
 - la diffusione della cultura relativa ai diritti della persona attraverso iniziative di sensibilizzazione, informazione e comunicazione;
 - la formazione e l'aggiornamento degli operatori sociali, sanitari ed educativi che svolgono attività nei settori di intervento di competenza del Garante;
 - la formulazione di pareri, osservazioni e rilievi su proposte di legge relative alle materie inerenti all'ambito di lavoro, su richiesta o di propria iniziativa;
 - la sollecitazione di interventi normativi nelle materie di propria competenza laddove ne ravveda la necessità od opportunità.
- a predisporre una specifica proposta di legge statutaria al fine di inserire tale fi gura di garanzia all'interno dello Statuto della Regione Toscana.