INDICE N. 243

PANORAMA STATALE

EDILIZIA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA
Indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI), relativi al mese di ottobre 2017, che si pubblicano ai sensi dell'articolo 81 della legge 27 luglio 1978, n. 392 (Disciplina delle locazioni di immobili urbani), ed ai sensi dell'articolo 54 della legge del 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica). (GU n. 278 del 28.11.17)

ENTI LOCALI

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
DELIBERA 7 agosto 2017. Fondo per lo sviluppo e la coesione 2014 - 2020. Assegnazione di risorse per l'attuazione del «Piano nazionale per la riqualificazione sociale e culturale delle aree urbane degradate» previsto dalla legge 23 dicembre 2014, n. 190. (Delibera n. 73/2017). (GU n. 276 del 25.11.17)

CAMERA DEI DEPUTATI
DELIBERA 21 novembre 2017 .Proroga del termine per la conclusione dei lavori della Commissione parlamentare di inchiesta sulle condizioni di sicurezza e sullo stato di degrado delle città e delle loro periferie. (GU n. 278 del 28.11.17)

PRIVATO SOCIALE

DECRETO 9 ottobre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale Stringi i denti e vai», in Arce e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 268 del 16.11.17)

DECRETO 27 ottobre 2017 . Scioglimento della «Vitae Meneghina soc. coop. sociale», in Milano e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 269 del 17.11.17)

DECRETO 3 ottobre 2017. Liquidazione coatta amministrativa della «Il Dondolo società cooperativa sociale», in Fiano Romano e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 268 del 16.11.17)

DECRETO 9 ottobre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Tersy Logistic società cooperativa sociale», in Monterotondo e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 272 del 21.11.17)

DECRETO 9 ottobre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale San Vincenzo - società cooperativa sociale in liquidazione», in Sarno e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 272 del 21.11.17)

DECRETO 12 ottobre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «La Ficaia cooperativa sociale Onlus», in Massarosa e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 272 del 21.11.17)

DECRETO 12 ottobre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Ever Green'97 società cooperativa sociale», in Roma e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 272 del 21.11.17)

DECRETO 13 ottobre 2017 . Nomina del commissario liquidatore della «Studea et Elabora società cooperativa sociale a r.l. Onlus», in Roma. (GU n. 272 del 21.11.17)

DECRETO 9 ottobre 2017 . Rinnovo della gestione commissariale della «Cooperativa sociale Massimiliano Kolbe Onlus», in Barzanò e nomina del commissario governativo. (GU n. 274 del 23.11.17)

DECRETO 2 novembre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Agreement società cooperativa agricola sociale di tipo "B" O.N.L.U.S. - in sigla Agreement società cooperativa sociale», in Figline e Incisa Valdarno e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 274 del 23.11.17)

DECRETO 2 novembre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «City Services societa cooperativa sociale Onlus», in Pisa e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

DECRETO 27 ottobre 2017 . Scioglimento della «Amica società cooperativa sociale», in Varese e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

DECRETO 27 ottobre 2017 . Scioglimento della «Il Cigno 2 cooperativa sociale - Onlus», in Varese e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

DECRETO 27 ottobre 2017 . Scioglimento della «Società cooperativa sociale Un Sorriso a r.l. Onlus», in Roma e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

DECRETO 27 ottobre 2017 . Scioglimento della «Tecnologie e Sistemi Solidali Società cooperativa sociale Onlus», in Milano e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

DECRETO 30 ottobre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale La Favorita a r.l. in liquidazione», in Milano e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

DECRETO 2 novembre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Interactive solidarietà e lavoro - società cooperativa sociale», in Villareggia e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

DECRETO 2 novembre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «CO.GE.S. Cooperativa sociale», in Loano e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

DECRETO 2 novembre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «CFP - Società cooperativa sociale Onlus», in Ventimiglia e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

SANITA'

MINISTERO DELLA SALUTE
DECRETO 17 ottobre 2017 , n. 166 . Regolamento concernente l'indennizzo a soggetti affetti da sindrome da talidomide, in attuazione dell'articolo 21 -ter del decreto-legge 24 giugno 2016, n. 113, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2016, n. 160. (GU n. 272 del 21.11.17)

DECRETO 19 ottobre 2017 . Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato Fondazione «Stella Maris», in San Miniato e Calambrone.

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO
ACCORDO 2 febbraio 2017 . Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento «La formazione continua nel settore salute». (Rep. Atti n. 14/CSR). (GU n. 274 del 23.11.17)

UNIONE EUROPEA

LEGGE 20 novembre 2017 , n. 167 . Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2017 (GU n. 277 del 27.11.17)

PANORAMA REGIONALE

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

LOMBARIDA
DCR 7 novembre 2017 - n. X/1645 -Risoluzione concernente l'iniziativa per l'attribuzione alla Regione Lombardia di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della costituzione. (BUR n. 47 del 22.11.17)

ANZIANI

MOLISE
DGR 30.10.17, n. 411 - Delibera del CIPE n. 68/2015 - PAR FSC Molise 2007-2013 – asse iv "inclusione e servizi sociali" linea di intervento iv.b "rete sociosanitaria regionale". riprogrammazione economie da finalizzare al servizio di assistenza tutelare di base. (BUR n. 63 del 16.11.17)

ASSISTENZA PENITENZIARIA

ABRUZZO

CONSIGLIO REGIONALE-DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE .11.20, n. AL/AIE/59 Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale, ai sensi dell'art. 6 della L.R. 23 agosto 2011, n. 35, come modificata dall' art. 54, L.R. 10 gennaio 2012, n. 1 e dall'art. 1, comma 1, lett. a) e b), L.R. 30 agosto 2017, n. 48. Rinnovazione procedimento. (BUR n. 45 del 15.11.17

LAZIO
DGR 7.11.17, n. 715 - Modifiche alla Delibera di Giunta Regionale n. 642 del 10/10/2017: "Decreto Ministeriale del 1/10/2012 e Conferenza Unificata n.17 del 26/2/2015. Approvazione dello schema di "Protocollo di intesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente", tra la Regione Lazio e il Ministero di Giustizia." (BUR n. 94 del 23.11.17)

Determinazione 8 novembre 2017, n. G15139 C.U. n. 3 del 22/1/2015. Nomina del medico coordinatore della rete regionale penitenziaria per l'appropriatezza dei trasferimenti dei detenuti per motivi di salute.(BUR n. 94 del 23.11.17)

BILANCIO

CAMPANIA
L.R.20.11.17, n. 32. - Rendiconto generale della Regione Campania per l'esercizio finanziario 2014. (BUR n. 84 del 20.11.17)

DIFESA DELLO STATO

LAZIO
DGR 31.10.17, n. 702 - DGR 575/2011 "Criteri e modalita' per la concessione di contributi per progetti aventi ad oggetto la ristrutturazione, la riqualificazione nonche' la promozione e l'uso sociale di beni immobili confiscati alla criminalita' organizzata di cui alla L. 575/65 e s.m.i. ed alla legge regionale 20 ottobre 2009 n. 24, individuando il Prefetto della Provincia di Roma quale assegnatario delle risorse disponibili sul capitolo R45526 per complessive euro 300.000,00, e sul capitolo R46508, per complessive euro 1.000.000,00, dell'esercizio finanziario 2011". Autorizzazione all'espletamento delle procedure contabili ai fini dell'imputazione delle risorse ai soggetti beneficiari. (BUR n. 92 del 16.11.17)

VENETO
DGR 7.11. 17, n. 1720 - Organizzazione della "giornata della trasparenza". decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, art. 10 comma 6 e dgr n. 39 del 27 gennaio 2017 "piano triennale per la prevenzione della corruzione 2017-2019"..(BUR n. 111 del 20.11.17)

DIPENDENZE

MARCHE
Deliberazione Amministrativa 14 novembre 2017, n. 65 - Piano Regionale Integrato 2017/2018 per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da gioco d'azzardo patologico (GAP) e della dipendenza da nuove tecnologie e social network. Legge Regionale 7 febbraio 2017, n. 3, articolo 9, comma 1.(BUR n. 123 del 23.11.17)

VENETO
DGR 7.11.17, n. 1762 - Assegnazione all'azienda ulss n. 4 Veneto orientale, in qualità di capofila, di un contributo per la realizzazione di un progetto di prevenzione al gioco d'azzardo patologico dal

titolo "safe night in game" in materia di prevenzione, contrasto e riduzione del rischio di dipendenza del gioco d'azzardo patologico (gap). (BUR n. 112 del 20.11.17)

DGR 7.11.17, n. 1763 - finanziamento progettualità socio-sanitarie in materia di dipendenze da sostanze d'abuso di cui alla dgr n. 2138 del 7/9/2010 e decreto n. 155 del 26/11/2014. (BUR n. 112 del 20.11.17)

GIOVANI

PIEMONTE
DGR 27.10.17, n. 22-5836 - L.R. 16/1995 e L.R. 44/2000. Fondo nazionale per le politiche giovanili 2017. Approvazione della proposta progettuale "UNDER 35 - DIGITAL VIDEO CONTEST – Giovani protagonisti" di cui all'art. 2, comma 5 dell'Intesa n. 53/CU. (BUR n. 46 del 16.11.17)

IMMIGRATI

UMBRIA
DD 2 novembre 2017, n. 11355. - Avviso pubblico regionale per la presentazione di candidature per la individuazione di enti ed organismi di cui all'art. 3, lett. b), c), d), e), g), l) della legge regionale 18 aprile 1990, n. 18, in ordine alla costituzione della Consulta regionale dell'immigrazione.(BUR n. 49 del 15-.11.17)

VENETO
DGR 7.11. 17, n. 1776 - Sostituzione partner progettuale progetto "asis - accompagnamento scolastico all'integrazione sociale" a valere sull'obiettivo specifico 2 integrazione e migrazione legale del fondo europeo fondo asilo migrazione e integrazione fami 2014-2020, cup h19d17000560007. approvazione schema di addendum alla convenzione di paternariato.(BUR n. 112 del 20.11.17)

INTERVENTI ASSISTENZIALI

PUGLIA
L.R. 15.11.17, n. 45 - Interventi a sostegno dei coniugi separati o divorziati che versano in particolari condizioni di disagio economico. (BUR n. 130 del 16.11.17)

MINORI

PIEMONTE
DGR 27.10.17, n. 35-5849 - Rettifica della D.G.R. n. 49-5480 del 03/08/2017 avente ad oggetto: "Ridefinizione fabbisogno delle Comunita' Terapeutiche e delle Comunita' Riabilitative Psicosociali per minori". Sostituzione dell'Allegato 1 alla D.G.R. n. 49-5480 del 03/08/2017. (BUR n. 46 del 16.11.17)

TOSCANA
MOZIONE 7 novembre 2017, n. 1012 - In merito alle politiche di sostegno per i minori fuori dalla famiglia. .(BUR n. 46 del 15.1117)

NON AUTOSUFFICIENTI

CAMPANIA
L.R. 20.11.17, n. 33. - Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare**.** (BUR n. 84 del 20.11.17)

UMBRIA
DGR 30.10.17, n. 1251 - Approvazione della Linea guida in materia di assistenza familiare delle persone anziane in condizione di dipendenza assistenziale o di non autosufficienza. (BUR n. 49 del 15.11.17)

PARI OPPORTUNITA'

VENETO
DGR 7.11.17. n. 1787 -Attribuzione di indennità mensili alle consigliere di parità del veneto di ruolo effettivo e supplente per gli anni 2015 e 2016. art. 35 comma 2 del decreto legislativo n. 151/2015.(BUR n. 112 del 20.11.17)

PERSONE CON DISABILITÀ

LAZZIO
DGR 31.10.17, n. 703 - D.G.R. 817/14 concernente "Definizione di un quadro programmatico in materia di azioni ad elevata integrazione socio-sanitaria, volto alla realizzazione di modelli di intervento innovativi in favore di persone disabili non collaboranti, replicabili sul territorio regionale. Approvazione schema di Protocollo d'Intesa". Approvazione Addendum Protocollo e finalizzazione dell'importo complessivo di euro 90.000,00 sul capitolo di spesa H41903, esercizio finanziario 2017. (BUR n. 92 del 16.11.17)

DGR 7.11.17, n. 718 Approvazione dello schema di Accordo di Programma fra la Regione Lazio e l'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi" per la prosecuzione annuale dei servizi in favore dei cittadini ciechi e con pluridisabilità, di cui alla legge 28 agosto 1997 n. 284, art. 3, alla legge regionale 14 gennaio 1987 n. 8 e alla legge regionale 28 dicembre 2007 n. 26, art. 17.

Determinazione 8 novembre 2017, n. G15084 Avviso pubblico di manifestazione di interesse per l'individuazione di un patrimonio immobiliare solidale da destinare alle finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e del Decreto Interministeriale di attuazione del 28/11/2016.

PIEMONTE
DGR 27.10.17, n. 25-5839 - Legge 22 giugno 2016, n. 112. Fondo per l'assistenza alle persone con disabilita' grave prive del sostegno familiare. Approvazione Programma attuativo anno 2017 e criteri di riparto delle risorse ministeriali agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali. (BUR n. 46 del 16.11.17)

D.D. 7 novembre 2017, n. 1088 POR FSE 2014-2020. Attivita' di formazione iniziale finalizzata ad assolvere all'obbligo di istruzione e al diritto/dovere anno formativo 2017/2018 di cui alla D.D. n. 646 del 04/08/2015. Approvazione e autorizzazione integrazioni per disabili/EES per allievi inseriti nelle terze annualita' per un importo pari a euro 876.000,00.(BUR n. 47del 23.11.17)

TOSCANA
MOZIONE approvata nella seduta della Quarta Commissione Consiliare del 17 ottobre 2017, n. 803 Tariffe agevolate per persone diversamente abilie/o invalidi civili nel contratto di servizio Regione Toscana Toremar.(BUR n. 46 del 15.1117)

DGR 13.11.17, n. 1245 - Approvazione elementi essenziali per avviso contributi a valere sul Fondo regionale per l'occupazione dei disabili Legge 68/99. .(BUR n. 46 del 15.1117)

POLITICHE SOCIALI

ABRUZZO
DGR 15.9.17, n. 501- L.R. 24 giugno 2011, nr. 17 - Formale costituzione del Consiglio di Amministrazione dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona ASP n. 2 della Provincia di L'Aquila.

CALABRIA
REG. REG.LE 10.11.17, n. 18 (BUR n. 116 del 15.11.17)odifiche al regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17 (regolamento sulle procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socioassistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità)" di cui alla dgr n. 449/2016 e s.m.i.. (BUR n. 116 del 15.11.17)

LAZIO
Decreto del Presidente della Regione Lazio 16 novembre 2017, n. T00214 II.PP.A.B. ex ECA "Fondazione Giovanni Torre" e "Opera Pia Giovanni Albricci". Nomina del Commissario Straordinario. (BUR n. 94 del 23.11.17)

PIEMONTE
DGR 3.11.17, n. 8-5863 -Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Opera Pia Lotteri", con sede nel Comune di Torino. Nomina Commissario liquidatore ai sensi dell'art. 7 della L.R. 12 del 02/08/2017 "Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza". (BUR n. 47del 23.11.17)

D.D. 19 ottobre 2017, n. 996 - Approvazione di una convenzione tra la Regione Piemonte e il Banco Alimentare del Piemonte. Impegni di complessivi euro 300.000,00 (100.000,00 per ciascuna annualita' 2017, 2018 e 2019) sul cap. 180684 del bilancio di previsione 2017 - 2019 e liquidazione finanziamento 2017 di euro 100.000,00. (BUR n. 47 del 23.11.17)

POVERTA' INCLUSIONE SOCIALE

MARCHE
L.R. 13.11.17, n. 32 - Interventi di economia solidale, lotta agli sprechi e prime azioni di prevenzione della produzione dei rifiuti. Modifica alla legge regionale 5 febbraio 2013, n. 3 "Interventi regionali per il recupero, la restituzione e la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità".(BUR n. 121 del 16.11.17)

PUGLIA
DGR 30.10.17, n. 1719 -L.r. n. 14 marzo 2016, n. 3 "Reddito di dignità regionale e politiche per l'inclusione sociale attiva" e Reg.R. n. 8 del 23 giugno 2016 attuativo. Approvazione indirizzi

operativi transitori per la chiusura della II annualità del Reddito di Dignità rispetto al D.Lgs. n. 147 del 15 settembre 2017 per l'introduzione del Reddito di Inclusione. (BUR n. 132 del 21.11.17)

TOSCANA
DPGR 10 novembre 2017, n. 167 - Rete della protezione e dell'inclusione sociale. Designazione componente. (BUR n. 47 del 22.11.17)

PRIVATO SOCIALE

LAZIO
Determinazione 10 novembre 2017, n. G15236 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "NOA' Societa' Cooperativa Sociale" codice fiscale 13307031008, con sede in Roma via Lubriano, 40 c.a.p. 00189 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione A. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15237 LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "INNOVACTION EUROPE Cooperativa Sociale" codice fiscale 02784370591, con sede in Latina, via Don Morosini, 1 c.a.p. 04100 - Diniego d'iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione A. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15238 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "OFFICINA DELLA CARTA Cooperativa Sociale" codice fiscale 07663440589 - Cancellazione dall'Albo Regionale delle Cooperative Sociali. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15239 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "HEDERA societa' cooperativa sociale a r.l." codice fiscale 02033800596 Cancellazione dall'Albo Regionale delle Cooperative Sociali. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15240 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "COSTRUIRE INSIEME Societa' Cooperativa Sociale" codice fiscale 10541981006 - Cancellazione dall'Albo Regionale delle Cooperative Sociali. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15241 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "CLICK societa' cooperativa sociale a r.l." codice fiscale 01803380565 Cancellazione dall'Albo Regionale delle Cooperative Sociali. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15242 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "ZINGARI 59 - Cooperativa Sociale a responsabilita' limitata" codice fiscale 06390911003 - Cancellazione dall'Albo Regionale delle Cooperative Sociali dalla sezione B e diniego per la sezione A. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15243 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "Effata' Societa' Cooperativa Sociale" codice fiscale 02789570609, con sede in Arpino (Fr), via Civita Falconara, 16 c.a.p. 03033 - Diniego d'iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali – sezioni A e B. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15244 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "SOSTENERTI - Societa' Cooperativa Sociale" codice fiscale 12536661007, con sede in Roma, via Fogliano, 14/b c.a.p. 00199 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezione A. (BUR n. 94 del 23.11.17)

PIEMONTE

D.D. 19 ottobre 2017, n. 996 - Approvazione di una convenzione tra la Regione Piemonte e il Banco Alimentare del Piemonte. Impegni di complessivi euro 300.000,00 (100.000,00 per ciascuna annualita' 2017, 2018 e 2019) sul cap. 180684 del bilancio di previsione 2017 - 2019 e liquidazione finanziamento 2017 di euro 100.000,00. (BUR n. 47 del 23.11.17)

PUGLIA
REG. REG.LE 15 novembre 2017, n. 22 - Iscrizione e tenuta dell'albo regionale delle Cooperative di Comunità" della LR 23/2014" in attuazione dell'art. 5 della L.R. 23/2014. BUR n. 130 del 16.11.17)

PROGRAMMAZIONE

MARCHE
Deliberazione Amministrativa 17 ottobre 2017, n. 62, concernente: Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) 2018/2020 della Regione Marche. (BUR n. 121 del 16.11.17)

PSICOLOGI

ABRUZZO
QUINTA COMMISSIONE CONSILIARE - RISOLUZIONE 03.08.2017, N. 35 - Istituzione del Servizio di Medicina Comportamentale per lo Psicologo delle cure primarie (BUR n. 45 del 15.11.17

SANITA'

BASILICATA
DGR 3.11.17, n.1154 Riparto delle risorse del F.S.R. di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata. Riparto provvisorio anno 2018. Deliberazione 03 novembre 2017, n.1154(UR n. 5 del 16.11.17)

DGR 7.11.17, n.1174 - Direttiva vincolante in materia di convenzioni delle aziende ed enti del SSR di Basilicata.(BUR n. 45 del 16.11.17)

LAZIO
Decreto del Commissario ad Acta 2 novembre 2017, n. U00464 - Approvazione dei Bilanci d'Esercizio 2015 delle Aziende Sanitarie Locali Roma A e Roma E. (BUR n. 92 del 16.11.17)

Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00467 - Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel Lazio. Documento tecnico di programmazione. (BUR n. 92 del 16.11.17)

LOMBARDIA
DGR 20.11.17 - n. X/7383 - Approvazione del «Manuale della documentazione del percorso di Terapia farmacologica» (BUR n. 47 del 22.11.17)

PIEMONTE
DGR 20.10.17, n. 51-5813 - Rinnovo del Protocollo d'Intesa tra la Regione Piemonte e l'Istituto nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro (INAIL), ai sensi dell'Accordo Quadro, di cui all'art. 9, comma 4, lettera d-bis) del D.Lgs. 09.04.2008, n. 81, per la definizione delle

modalita' di erogazione di prestazioni sanitarie da parte dell'INAIL, di cui alla D.G.R. n. 41- 6093 del 12.07.2013. (BUR n. 46 del 16.11.17)

DGR 27.10.17, n. 33-5847 - DGR n. 16-3734 del 27.7.2016**. -** Indirizzi per la stipula del Protocollo tra la Regione Piemonte e le farmacie pubbliche e private convenzionate con il SSR per la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2017-2018 nell'ambito sperimentale della "Farmacia dei servizi".(BUR n. 46 del 16.11.17)

DD 15 novembre 2017, n. 721 Indizione Bando per la partecipazione alla procedura di accreditamento dei Centri di formazione abilitati allo svolgimento dei "Corsi di rianimazione cardiopolmonare adulto e pediatrico e utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno" e abilitati al rilascio dell' autorizzazione all'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici esterni (AED) in ambiente extra ospedaliero. (BUR n. 47 del 23.11.17)

PUGLIA

DGR 30.10.17, n. 1745 - Interventi infrastrutturali di potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari della ASL di Brindisi. Supporto tecnico dell'AREM Puglia alla ASL di Brindisi. Atto di indirizzo. (BUR n. 132 del 21.11.17)

DGR 7.11.17, n. 1786 - Programma operativo 2016-2018. intervento " GOTER 02.04: rete dell'assistenza riabilitativa e socio-riabilitativa residenziale, semiresidenziale e domiciliare per persone con disturbi mentali". revocadgr n. 1630 del 17 ottobre 2017 e costituzione gruppo di lavoro**.**(BUR n. 132 del 21.11.17)

TOSCANA

MOZIONE 8 novembre 2017, n. 933- In merito al sostegno alla medicina di genere e ai centri di senologia operanti nel territorio toscano. (BUR n. 47 del 22.11.17)

MOZIONE 8 novembre 2017, n. 948 - In merito all'implementazione dello screening neonatale oculistico. (BUR n. 47 del 22.11.17)

MOZIONE 7 novembre 2017, n. 1019 - In merito al riconoscimento di un codice identificativo di patologia per la fibromialgia, un pacchetto di prestazioni regionali. Il riconoscimento quale patologia cronica della stessa e la relativa esenzione dal costo del ticket, ai sensi del DM 329/1999.. (BUR n. 47 del 22.11.17)

UMBRIA

DGR 16.10.17, n. 1179 - Integrazione composizione "Commissione tecnico-scientifica per la programmazione e la valutazione delleattività vaccinali" di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 762 del 3 luglio 2017.

VENETO

DGR 24.10.17, n. 1693 - Definizione del modello organizzativo integrato per la prevenzione, diagnosi precoce e trattamento del carcinoma della mammella. modifica ed integrazione della dgr n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i.. deliberazione n. 70/cr del 4 luglio 2017. (BUR n. 108 del 14.11.17)

DGR 24.10.17, n. 1694 -Finanziamento della rete regionale per i disturbi del comportamento alimentare (dca) e determinazioni conseguenti la messa a regime.(BUR n. 108 del 14.11.17)

DGR 24.10.17, n. 1715 - Comitato etico per la pratica clinica pediatrica dell'azienda ospedaliera di Padova. nuove disposizioni. (BUR n. 108 del 14.11.17)

DGR 7.11.17, n. 1737 - Convenzione tra la regione del veneto e la provincia autonoma di Trento per la regolamentazione dell'erogazione dei trattamenti e dei ricoveri in urgenza/emergenza per i cittadini residenti nei comuni dell'alto Garda e zone limitrofe e delle prestazioni in ambito cardiologico per i pazienti dell'ospedale di Malcesine da parte della struttura ospedaliera di rovereto dell'azienda provinciale servizi sanitari di Trento. (BUR n. 109 del 17.11.17)

DGR 7.11.17, n. 1810 - Assegnazione alle aziende sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2017 e 2018 - art. 41 l.r. 5/2001. dgr 07/02/2017 n. 7/cr.(BUR n. 109 del 17.11.17)

DGR . 14.11.17, n. 1831 Accordo integrativo regionale in attuazione dell'accordo collettivo nazionale reso esecutivo in data 17/12/2015, mediante intesa conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di trento e bolzano, per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ex art. 8 d.lgs. 30/12/1992, n. 502. (BUR n. 109 del 17.11.17)

DGR 7.11.17, n. 1732 - Adozione della guida all'applicazione dei requisiti generali di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale di cui alla dgr n. 2266 del 30 dicembre 2016. l.r. 22 del 16 agosto 2002.(BUR n. 111 del 20.11.17)

DGR 7.11.17, n. 1739 - Disposizioni in merito alla remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per i drg (diagnosisrelatedgroups) chirurgici diurni e ordinari 0-1 giorno ricompresi nell'elenco di cui agli allegati 6 e 6a al d.p.c.m. 12 gennaio 2017, per l'assistenza ospedaliera erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto..(BUR n. 111 del 20.11.17)

DGR 7.11.17, n. 1742 Formazione delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione tramite i corsi di laurea e corsi di laurea magistrale delle università degli studi di Padova e di Verona. attivazione corsi di studio e definizione obbligazione massima di spesa - anno accademico 2017/2018. d.lgs del 30.12.1992, n. 502, s.m.i. - dgr n. 581 del 5/5/2016..(BUR n. 111 del 20.11.17)

TUTELA DEDI DIRITTI

FRIULI V.G.
L.R.1.11.17, n. 38 Modifiche alla legge regionale 17/2000 (Realizzazione di progetti antiviolenza e istituzione di centri per donne in difficoltà). (BUR n. 47 del 22.11.17)

LAZIO
Determinazione 2 novembre 2017, n. G14863 - Integrazione e chiarimenti sull'ambito di applicazione dell'art 13 e 7 dell'Avviso Pubblico approvato con determina 02.11.2016, n. G12775 per la presentazione delle domande relative a: "Progetti per la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere" ai sensi della DGR del 11 ottobre 2016 n . 591. (BUR n. 92 del 16.11.17)

MARCHE
DGR 7.11.17, n. 1311 - L.R. n. 32/2008 - Politiche di prevenzione e contrasto alla violenza di genere: perfezionamento del modello di governance regionale e territoriale - istituzione della Rete regionale antiviolenza delle Marche: approvazione del testo del Protocollo d'Intesa inter-

istituzionale ad oggetto: “Rete regionale antiviolenza delle Marche: azioni integrate per la prevenzione ed il contrasto alla violenza di genere”.(BUR n. 121 del 16.11.17)

MOLISE

DGR 23.10.17, n. 395 - Convenzione, tra la regione Molise ed il comune di Campobasso, per conto dell'ambito territoriale sociale di Campobasso per la realizzazione e la gestione di un centro antiviolenza e di una casa rifugio per l'assistenza a donne, sole o con figli minori, vittime di violenza. proroga. (BUR n. 63 del 16.11.17)

PIEMONTE

D.D. 9 novembre 2017, n. 1097 - L.R. n. 5/16, art. 13: approvazione proposta di Protocollo di Intesa tra Regione Piemonte e il Comune di Asti in materia di iniziative contro le discriminazioni. . (BUR n. 46 del 16.11.17)

D.D. 14 novembre 2017, n. 1104 - LR 4/2016 e DGR n. 38-5908 del 10.11.2017. Approvazione delle modalita' di accesso ai finanziamenti per la realizzazione di interventi per gli autori di violenza di genere contro le donne e della relativa modulistica. Impegno tecnico di Euro 115.570,00 (capitoli vari del bilancio regionale 2017/2018)

VENETO

DGR 14.11.17, N. 1856- Interventi in materia di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne. concessione dei contributi, anno 2017, rivolti a finanziare le attività e le strutture di cui alla l.r. 23 aprile 2013 n. 5 e riportate negli elenchi aggiornati e approvati con dgr n. 761 del 29 maggio 2017. approvazione bando. (BUR n. 109 del 17.11.17)

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 30 NOVEMBRE 2017, arretrati compresi

EDILIZIA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

Indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI), relativi al mese di ottobre 2017, che si pubblicano ai sensi dell'articolo 81 della legge 27 luglio 1978, n. 392 (Disciplina delle locazioni di immobili urbani), ed ai sensi dell'articolo 54 della legge del 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica). (GU n. 278 del 28.11.17)

Gli indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, senza tabacchi, relativi ai singoli mesi del 2016 e 2017 e le loro variazioni rispetto agli indici relativi al corrispondente mese dell'anno precedente e di due anni precedenti risultano:

NB

SI FA RINVIO ALLA LETTURA INTEGRALE DEL TESTO

ENTI LOCALI

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

DELIBERA 7 agosto 2017. Fondo per lo sviluppo e la coesione 2014 - 2020. Assegnazione di risorse per l'attuazione del «Piano nazionale per la riqualificazione sociale e culturale delle aree urbane degradate» previsto dalla legge 23 dicembre 2014, n. 190. (Delibera n. 73/2017). (GU n. 276 del 25.11.17)

IL COMITATO INTERMINESTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

Visto il decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88, e in particolare l'art. 4, il quale dispone che il Fondo per le aree sottoutilizzate (FAS) di cui all'art. 61 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (legge finanziaria 2003) e successive modificazioni, sia denominato Fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC) e finalizzato a dare unità programmatica e finanziaria all'insieme degli interventi aggiuntivi a finanziamento nazionale rivolti al riequilibrio economico e sociale tra le diverse aree del Paese;

Visto l'art. 7, commi 26 e 27, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, il quale attribuisce al Presidente del Consiglio dei ministri la gestione del FAS (ora FSC) e la facoltà di avvalersi per tale gestione del Dipartimento per lo sviluppo e la coesione economica (DPS), ora istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri (PCM) e denominato Dipartimento per le politiche di coesione (DPCoe) con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 15 dicembre 2014, in attuazione dell'art. 10 del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito con modificazioni dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica in data 12 dicembre 2016, con il quale, tra l'altro, è stato nominato Ministro senza portafoglio il professor Claudio De Vincenti e visti il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri pari data con il quale allo stesso Ministro è conferito l'incarico relativo alla coesione territoriale e al Mezzogiorno e il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 gennaio 2017 recante la delega di funzioni al Ministro stesso;

Vista la legge 27 dicembre 2013, n. 147 (legge di stabilità 2014) ed in particolare il comma 6 dell'art. 1, che individua in 54.810 milioni di euro le risorse del FSC per il periodo di

programmazione 2014-2020 iscrivendone in bilancio l'80 per cento (43.848 milioni di euro) destinandole a sostenere esclusivamente interventi per lo sviluppo, anche di natura ambientale, secondo la chiave di riparto 80 per cento nelle aree del Mezzogiorno e 20 per cento in quelle del Centro-Nord nonché la legge 11 dicembre 2016, n. 232 (legge di bilancio 2017) che, per gli anni 2020 e successivi, integra la dotazione FSC 20142020 della restante quota del 20 per cento inizialmente non iscritta in bilancio (pari a 10.962 milioni di euro);
Vista la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015) ed in particolare il comma 703 dell'art. 1, il quale, ferme restando le vigenti disposizioni sull'utilizzo del FSC, detta ulteriori disposizioni per l'utilizzo delle risorse assegnate per il periodo di programmazione 2014-2020;
Vista la citata legge n. 190/2014 e, in particolare, l'art. 1, commi da 431 a 433 i quali prevedono la predisposizione di un Piano nazionale per la riqualificazione sociale e culturale delle aree urbane degradate e le relative modalità operative e procedure attuative;
Visto altresì il successivo comma 434 dello stesso art. 1 della medesima legge n. 190/2014 il quale prevede che «per l'attuazione degli interventi di cui ai commi da 431 a 433, a decorrere dall'esercizio finanziario 2015 e fino al 31 dicembre 2017, è istituito, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, un fondo denominato "Somme da trasferire alla Presidenza del Consiglio dei ministri per la costituzione del Fondo per l'attuazione del Piano nazionale per la riqualificazione sociale e culturale delle aree urbane degradate". A tal fine è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro per l'anno 2015 e di 75 milioni di euro per ciascuno degli anni 2016 e 2017»;
Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 15 ottobre 2015 e il bando di domanda ad esso allegato, che ha disciplinato le modalità e le procedure di presentazione dei progetti per la predisposizione del Piano nazionale per la riqualificazione sociale e culturale delle aree urbane degradate prevedendo quale dotazione del Fondo per l'attuazione del citato Piano nazionale euro 44.138.500,00 per il 2015 e di euro 75.000.000,00 per ciascuno degli anni 2016 e 2017, per complessivi euro 194.138.500,00;
Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 giugno 2017 con il quale sono stati inseriti nel Piano nazionale per la riqualificazione sociale e culturale delle aree urbane degradate i progetti in graduatoria allegata al decreto dal numero 1 al numero 46 compreso, con l'indicazione che sono finanziati i comuni in graduatoria dal numero 1 al numero 46 compreso e che gli ulteriori progetti potranno essere finanziati con le risorse eventualmente resesi disponibili entro tre anni dalla data di pubblicazione del decreto;
Udita in seduta l'illustrazione della proposta da parte del Ministro per la coesione territoriale e il Mezzogiorno, di cui alla nota predisposta dal Dipartimento per le politiche di coesione (DPCoe) acquisita in seduta con la quale, per l'attuazione del Piano nazionale per la riqualificazione sociale e culturale delle aree degradate, viene proposta l'assegnazione, a valere sulle risorse FSC 2014-2020, di un importo complessivo di 90 milioni di euro - 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019, 2020 e 2021 e 10 milioni di euro per l'anno 2022 - destinato alla copertura degli ulteriori progetti inseriti utilmente in graduatoria dal n. 47 in avanti, fino alla copertura di tutti i progetti presentati dai comuni che ricadono nelle regioni del Mezzogiorno;
Tenuto conto che nel corso dell'odierna seduta questo Comitato ha deliberato in ordine alla rimodulazione dell'articolazione finanziaria annuale dell'assegnazione al Piano banda ultra larga prevista dalla delibera CIPE n. 65/2015 anche ai fini della determinazione del profilo di impiego delle risorse di cui alla proposta a base della presente delibera;
Tenuto conto, che in data 6 luglio 2017 la Cabina di regia - istituita con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 25 febbraio 2016 per lo svolgimento delle funzioni di programmazione del FSC 2014-2020 previste dalla lettera c) del citato comma 703 dell'art. 1 della legge di stabilità 2015 - ha condiviso l'opportunità dí finalizzare una quota delle risorse del Fondo sviluppo e coesione 2014-2020 alla copertura dei progetti in graduatoria non provvisti di copertura finanziaria; Visti l'art. 11 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e gli articoli 3 e 6 della legge 13 agosto 2010, n. 136 in materia di codice unico di progetto (CUP) e le relative delibere attuative di questo Comitato (n. 143/2002 e n. 24/2004);

Tenuto conto dell'esame della proposta svolto ai sensi del vigente regolamento di questo Comitato (art. 3 della delibera 30 aprile 2012, n. 62);
Vista l'odierna nota n. 4048-P, predisposta congiuntamente dal Dipartimento programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Ministero dell'economia e delle finanze e posta a base presente della presente delibera con le osservazioni e le prescrizioni da recepire nella presente delibera; Su proposta del Ministro per la coesione territoriale e il Mezzogiorno;
Delibera:
1. Assegnazione di risorse
È disposta l'assegnazione di 90 milioni di euro a valere sulle risorse del Fondo sviluppo e coesione (FSC) 2014-2020 per il finanziamento dei progetti inseriti Piano nazionale per la riqualificazione sociale e culturale delle aree urbane degradate, come individuati dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 giugno 2017 e inseriti utilmente in graduatoria dal n. 47 in avanti, fino alla copertura di tutti i progetti presentati dai comuni che ricadono regioni del Mezzogiorno.
2. Trasferimento delle risorse e modalità di attuazione
Le risorse saranno trasferite secondo quanto già previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 giugno 2017 cui si rinvia anche per quanto riguarda le modalità di attuazione e rendicontazione dei progetti. Il profilo di impiego delle risorse è il seguente: 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019, 2020 e 2021 e 10 milioni di euro per l'anno 2022.
3. Norma finale
Per tutto quanto non specificamente indicato nella presente delibera, si applicano le regole di funzionamento del FSC 2014-2020 di cui alla delibera n. 25/2016 di questo Comitato.
Roma, 7 agosto 2017
Il Presidente G ENTILONI SILVERI
Il Segretario: LOTTI
Registrata alla Corte dei conti il 6 novembre 2017 Ufficio controllo atti Ministero economia e finanze, reg.ne prev. n. 1402

CAMERA DEI DEPUTATI
DELIBERA 21 novembre 2017 .Proroga del termine per la conclusione dei lavori della Commissione parlamentare di inchiesta sulle condizioni di sicurezza e sullo stato di degrado delle città e delle loro periferie. (GU n. 278 del 28.11.17)

Art. 1. Proroga della durata della Commissione
1. All'art. 2, comma 4, della deliberazione della Camera dei deputati 27 luglio 2016, le parole da: «entro dodici mesi dalla data della sua costituzione» fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: «entro la fine della XVII legislatura e presenta alla Camera dei deputati la relazione finale sulle indagini svolte».
Art. 2. Spese per il funzionamento della Commissione
1. All'art. 5, comma 5, della deliberazione della Camera dei deputati 27 luglio 2016, le parole: «di 50.000 euro, di cui 20.000 euro per l'anno 2016 e 30.000 euro per l'anno 2017» sono sostituite dalle seguenti: «di 60.000 euro, di cui 20.000 euro per l'anno 2016 e 40.000 euro per l'anno 2017 e fino alla conclusione dei lavori della Commissione medesima».
Roma, 21 novembre 2017 L a Presidente: BOLDRINI

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO
DECRETO 9 ottobre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale Stringi i denti e vai», in Arce e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 268 del 16.11.17)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO
Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;
Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135;
Visto il decreto direttoriale del 10 giugno 2014, n. 73/ SAA/2014, con il quale la società cooperativa «Cooperativa sociale Stringi i denti e vai» è stata posta in scioglimento per atto dell'autorità con la contestuale nomina a commissario liquidatore del dott. Luca Buerti;
Vista la sentenza n. 417/17 del 3 maggio 2017 del Tribunale di Cassino, con la quale è stato dichiarato lo stato d'insolvenza della suddetta cooperativa, su istanza del commissario liquidatore;
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; Ritenuto di confermare quale commissario liquidatore il professionista già preposto alla procedura di liquidazione; V isto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;
Decreta:
Art. 1.
La società cooperativa «Cooperativa sociale Stringi i denti e vai», con sede in Arce (Frosinone), (codice fiscale 02383000607), è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies del codice civile. C onsiderati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore il dott. Luca Buerti, nato a Frosinone il 6 agosto 1983 (codice fiscale BRTLCU83M06D810Q) e domiciliato in Torrice (Frosinone), in via Selva Piana n. 68.
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, 9 ottobre 2017 Il Ministro: CALENDA

DECRETO 27 ottobre 2017 . Scioglimento della «Vitae Meneghina soc. coop. sociale», in Milano e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 268 del 16.11.17)
IL DIRETTORE GENERALE PER LA VIGILANZA SUGLI ENTI, IL SISTEMA COOPERATIVO E LE GESTIONI COMMISSARIALI
Visto l'art. 12 del decreto legislativo 2 agosto 2002, n. 220;
Visto l'art. 2545 -septiesdecies del codice civile;
Visto l'art. 1 legge n. 400/75 e l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;
Visto il decreto del Ministero dello sviluppo economico in data 17 gennaio 2007 concernente la determinazione dell'importo minimo di bilancio ai fini dello scioglimento d'ufficio ex art. 2545 - septiesdecies del codice civile;
Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 5 dicembre 2013 n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;
Viste le risultanze ispettive effettuate dal revisore incaricato dal Ministero dello sviluppo economico e relative alla società cooperativa sotto indicata, cui si rinvia e che qui si intendono richiamate;
Visti gli ulteriori accertamenti effettuati dall'ufficio presso il registro delle imprese, che hanno confermato il mancato deposito dei bilanci per più di due anni consecutivi;

Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all' art. 7 della legge 7 agosto 1990 n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento al legale rappresentante;
Considerato che la comunicazione di avvio dell'istruttoria, avvenuta tramite posta elettronica certificata inviata al legale rappresentante della società al corrispondente indirizzo, così come risultante da visura camerale, non risulta essere stata consegnata ma può comunque ritenersi assolto l'obbligo di comunicazione sopra citato;
Tenuto conto che l'ente risulta trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 2545 -septiesdecies del codice civile;
Visto il parere espresso dal Comitato centrale per le cooperative in data 6 luglio 2017 favorevole all'adozione del provvedimento di scioglimento per atto d'autorità con nomina di commissario liquidatore;
Ritenuta l'opportunità di disporre il provvedimento di scioglimento per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 -septiesdecies del codice civile, con contestuale nomina del commissario liquidatore;
Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è stato estratto attraverso un sistema informatico, a cura della competente direzione generale, da un elenco selezionato su base regionale e in considerazione delle dichiarazioni di disponibilità all'assunzione dell'incarico presentate dai professionisti interessati, ai sensi della nota in data 25 giugno 2015, contenente «Aggiornamento della banca dati dei professionisti interessati alla attribuzione di incarichi ex articoli 2545 -sexiesdecies , 2545 -septiesdecies , secondo comma e 2545- octiesdecies del codice civile», pubblicata sul sito internet del Ministero;
Decreta:
Art. 1.
La società cooperativa «Vitae Meneghina soc. coop. sociale» con sede in Milano (codice fiscale n. 04300030964), è sciolta per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 -septiesdecies del codice civile;
Art. 2.
Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore la dott.ssa Chiara Rossini, nata a Milano il 19 luglio 1981 (codice fiscale RSSCHR81L59F205R) e ivi domiciliata, via Savona n. 69.
Art. 3.
Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto ministeriale del 3 novembre 2016. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso amministrativo al Tribunale amministrativo regionale ovvero straordinario al Presidente della Repubblica nei termini e presupposti di legge. Roma, 27 ottobre 2017 Il direttore generale: MOLETI

DECRETO 3 ottobre 2017. Liquidazione coatta amministrativa della «Il Dondolo società cooperativa sociale», in Fiano Romano e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 269 del 17.11.17)
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 de «Il Dondolo società cooperativa»;
Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio al 31 dicembre 2014, evidenzia una condizione di sostanziale

insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 99.903,00, si riscontra una massa debitoria di € 113.426,00 ed un patrimonio netto negativo di € - 13.523,00;
Considerato che in data 13 luglio 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;
Considerato che la comunicazione di avvio dell'istruttoria, avvenuta tramite posta elettronica certificata inviata al legale rappresentante della società al corrispondente indirizzo, così come risultante da visura camerale, non risulta essere stata consegnata e che la successiva raccomandata è stata restituita al mittente con la dicitura «sconosciuto» e che quindi la cooperativa risulta non reperibile;
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 articoli 2545 -sexiesdecies , 2545 -septiesdecies , secondo comma e 2545- octiesdecies del codice civile», pubblicata sul sito internet del Ministero;
Decreta:
Art. 1.
«Il Dondolo società cooperativa sociale», con sede in Fiano Romano (RM) (codice fiscale 12513501002) 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. Angelo Rocco Nichilò, nato a Roma il 23 agosto 1972 (C.F. NCHNLR72M23H501J), e ivi domiciliato in piazza Fernando De Lucia n. 37.
Art. 2.
Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del Commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge. Roma, 3 ottobre 2017 Il Ministro: CALENDA

DECRETO 9 ottobre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Tersy Logistic società cooperativa sociale», in Monterotondo e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 272 del 21.11.17)
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 «Tersy Logistic 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 ottobre 2011, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 170.448,00, si riscontra una massa debitoria di € 203.685,00 ed un patrimonio netto negativo di € - 33.383,00;
Considerato che in data 1° febbraio 2017 é 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;

Considerato che la comunicazione di avvio dell'istruttoria, avvenuta tramite posta elettronica certificata inviata al legale rappresentante della società al corrispondente indirizzo, così come risultante da visura camerale, non risulta essere stata consegnata ma può comunque ritenersi assolto l'obbligo di comunicazione sopra citato;

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 articoli 2545 -sexiesdecies , 2545 -septiesdecies , secondo comma e 2545- octiesdecies del codice civile», pubblicata sul sito internet del Ministero;

Decreta:

Art. 1.

La «Tersy Logistic società cooperativa sociale», con sede in Monterotondo (RM) (codice fiscale 11538431005) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies del codice civile. C onsiderati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore il dott. Giuseppe Geraci, nato a Corigliano Calabro (CS) il 10 luglio 1970 (C.F. GRCGPP70L10D005X), e domiciliato in Roma, via Pavia n. 22

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, 9 ottobre 2017 Il Ministro: CALENDA

DECRETO 9 ottobre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale San Vincenzo - società cooperativa sociale in liquidazione», in Sarno e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 272 del 21.11.17)

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'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 per la cooperativa «Cooperativa sociale San Vincenzo - società cooperativa sociale 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 2013, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 1.470.774,00, si riscontra una massa debitoria di € 2.246.332,00 ed un patrimonio netto negativo di € - 1.000.717,00;

Considerato che in data 22 agosto 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;

Considerato che la situazione patrimoniale dell'ente appare ad oggi immutata, a quanto risulta dalla citata documentazione acquisita agli atti, e che il mancato deposito dei bilanci dall'esercizio 2014

concreterebbe comunque una causa di scioglimento dell'ente medesimo, con conseguente liquidazione;
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 articoli 2545 -sexiesdecies , 2545 -septiesdecies , secondo comma e 2545- octiesdecies del codice civile», pubblicata sul sito internet del Ministero;
Decreta:
Art. 1.
La società cooperativa «Cooperativa sociale San Vincenzo - società cooperativa sociale in liquidazione», con sede in Sarno (SA) (codice fiscale 03833980653) 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. Tommaso Nigro, nato a Salerno il 22 luglio 1967 (C.F. NGRTMS67L22H703X) e domiciliato in Eboli (SA) , via San Berardino, n. 12.
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, 9 ottobre 2017 Il Ministro: CALENDA

DECRETO 12 ottobre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «La Ficaia cooperativa sociale Onlus», in Massarosa e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 272 del 21.11.17)
IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO
Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;
Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135;
Vista l'istanza con la quale la Confcooperative ha chiesto che la società «La Ficaia cooperativa sociale Onlus» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;
Viste le risultanze della revisione della Confcooperative dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;
Considerato quanto emerge dalla visura camerale effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese e dalla situazione patrimoniale aggiornata al 31 dicembre 2016, dalla quale si evince una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale pari ad € 133.137,00 si è riscontrata una massa debitoria pari ad € 146.281,00 ed un patrimonio netto negativo pari ad € -23.748,00;
Considerato che in data 17 luglio 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 società ha comunicato formalmente la propria rinuncia alla presentazione di osservazioni e/o controdeduzioni;
Visto l'art. 2545 -terdecies del codice civile e ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società;

Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267; T enuto 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 Ficaia cooperativa sociale Onlus», con sede in Massarosa (Lucca) (codice fiscale 01863110464) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies del codice civile. Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore l'avv. Lorenzo Signorini (codice fiscale SGNLNZ81T29G702X) nato a Pisa il 29 dicembre 1981, ivi domiciliato, via Lungarno Buozzi n. 3.
Art. 2.
Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge. Roma, 12 ottobre 2017 D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto S OMMA

DECRETO 12 ottobre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Ever Green'97 società cooperativa sociale», in Roma e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 272 del 21.11.17)
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 UNICOOP ha chiesto che la «Ever Green'97 società cooperativa sociale» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;
Viste le risultanze della revisione del 12 ottobre 2016, dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;
Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio, presso il competente registro delle imprese, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio al 31 dicembre 2013, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 682.063,00, si riscontra una massa debitoria di € 762,098,00 ed un patrimonio netto negativo di € - 80,035;
Considerato che in data 22 settembre 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, che non hanno formulato osservazioni e/o controdeduzioni;
Visto l'art. 2545 -terdecies del codice civile e ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta, amministrativa della suddetta società;
Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;
Tenuto conto, ai sensi dell'art. 9 della. legge 17 giugno 1975, n. 400, delle designazioni dell'Associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;
Decreta:
Art. 1.
La Ever Green'97 società cooperativa sociale», con sede in Roma (codice fiscale n. 05383131009) 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 rag. Piero Servilii, nato a Roma il 4 novembre 1966 (Codice fiscale SRVPRI66S04H501C), e ivi domiciliato in viale America, n. 11.
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 d'innanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge. Roma, 12 ottobre 2017 D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto S OMMA

DECRETO 13 ottobre 2017 . Nomina del commissario liquidatore della «Studea et Elabora società cooperativa sociale a r.l. Onlus», in Roma. (GU n. 272 del 21.11.17)

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

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

Visti gli articoli 2545 -septiesdecies codice civile e 223 -septiesdecies disp. att. codice civile;

Visti gli articoli 1 legge n. 400/1975 e 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;

Visto il decreto dirigenziale del 6 marzo 2015 n. 2/ SC/2015 del Ministero dello sviluppo economico con il quale la «Studea et Elabora società cooperativa sociale a r.l. onlus», con sede in Roma (codice fiscale 08965381000) è stata sciolta senza far luogo alla nomina del commissario liquidatore, ai sensi dell'art. 223 -septiesdecies disp. att. codice civile;

Vista la nota pervenuta in data 29 marzo 2017, con la quale il Dipartimento Organizzazione e risorse umane di Roma Capitale ha comunicato che la cooperativa stessa risulta debitrice di un contributo concesso nell'ambito delle attività progettuali relative ad un intervento di assistenza all'inserimento e formazione per soggetti disabili;

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

Vista la nota ministeriale prot. n. 227037 del 16 giugno 2017 indirizzata alla Camera di commercio di Roma e, per conoscenza, al legale rappresentante della società cooperativa, nella quale si manifestava l'intendimento dell'amministrazione a procedere alla nomina di un commissario liquidatore e si dichiarava inefficace, per la cooperativa in parola la cancellazione dal registro delle imprese;

Considerato che il provvedimento di cui al decreto dirigenziale del 6 marzo 2015 n. 2/SC/2015 con il quale la società cooperativa citata è stata sciolta ai sensi dell'art. 223 -septiesdecies disp. att. codice civile senza far luogo alla nomina del commissario liquidatore, risulta quindi viziato ai sensi dell'art. 21 -quinquies della legge 7 agosto 1990, n. 241 nella parte in cui non viene nominato un commissario liquidatore per provvedere, tra l'altro, alla liquidazione del debito nei confronti di Roma Capitale;

Ritenuta la necessità di integrare il succitato decreto dirigenziale 6 marzo 2015 n. 2/SC/2015 con la nomina di un commissario liquidatore al fine di verificare la complessiva situazione patrimoniale dell'ente e provvedere alla successiva liquidazione;

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»;

Decreta:

Art. 1.

È nominato, in forza dell'art. 2545 -septiesdecies , secondo comma codice civile, quale commissario liquidatore della già sciolta Studea et Elabora società cooperativa sociale a r.l. onlus, con sede in Roma (codice fiscale 08965381000) ai sensi dell'art. 2545 -septiesdecies primo comma codice civile e 223 -septiesdecies disp. att. codice civile, il dott. Giannantonio Cuomo

nato a Catanzaro, il 7 dicembre 1971 (codice fiscale CMUGNN71T07C352K) residente in Roma, via Massaciuccoli, n. 46.
Art. 2.
Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto ministeriale 23 febbraio 2001. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso amministrativo al Tribunale amministrativo regionale ovvero straordinario al Presidente della Repubblica nei termini e presupposti di legge. Roma, 13 ottobre 2017 Il direttore generale: MOLETI

DECRETO 9 ottobre 2017 . Rinnovo della gestione commissariale della «Cooperativa sociale Massimiliano Kolbe Onlus», in Barzanò e nomina del commissario governativo. (GU n. 274 del 23.11.17)
IL DIRETTORE GENERALE PER LA VIGILANZA SUGLI ENTI, IL SISTEMA COOPERATIVO E LE GESTIONI COMMISSARIALI
Visto l'art. 2545 -sexiesdecies del codice civile;
Vista 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»;
Visto il D.D. n. 8/SGC/2017 del 17 febbraio 2017, con il quale la società cooperativa sociale «Cooperativa sociale Massimiliano Kolbe Onlus», è stata posta in gestione commissariale per un periodo di sei mesi, ai sensi dell'art. 2545 -sexiesdecies del codice civile, e l'avv. Francesca Rusconi ne è stata nominata commissario governativo;
Vista la relazione pervenuta in data 22 agosto 2017 con la quale il commissario governativo — in costanza di prorogatio — ha segnalato la necessità della prosecuzione della gestione commissariale al fine di poter completare la regolarizzazione del funzionamento della gestione societaria;
Considerato che sussistono le ragioni di impedimento derivanti da particolari esigenze di celerità del procedimento di cui all'art. 7, primo comma, della legge n. 241/1990 atteso che dalla predetta relazione del commissario emergono profili che rendono necessario ed urgente il rinnovo della gestione commissariale;
Ritenuto necessario rinnovare la gestione commissariale ai sensi dell'art. 2545 -sexiesdecies del codice civile, ricorrendone ancora le ragioni ed i presupposti al fine di provvedere al completamento degli adempimenti finalizzati al superamento delle irregolarità riscontrate in capo alla cooperativa e ritenuta l'opportunità di procedere ad un avvicendamento nella carica di commissario governativo;
Ritenuto opportuno, quindi, scegliere il nominativo del commissario nell'ambito dei soggetti iscritti nella banca dati del Ministero, 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;
Ritenuti idonei gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , dell'avv. Greta Romani;
Decreta:
Art. 1.
La gestione commissariale della cooperativa «Cooperativa sociale Massimiliano Kolbe Onlus», con sede in Barzanò (Lecco), codice fiscale 02352480137, è rinnovata, ai sensi dell'art. 2545 -sexiesdecies del codice civile, per sei mesi;
At. 2.

L'avv. Greta Romani, nata a Torino il 9 febbraio 1974 (codice fiscale RMNGRT74B49L219B), domiciliata in Torino, via Cordero di Pamparato n. 6, è nominata commissario governativo della suddetta cooperativa per un periodo di sei mesi a decorrere dalla data del presente decreto.

Art. 3.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e il provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo regionale.

Roma, 9 ottobre 2017

Il direttore generale: MOLETI

DECRETO 2 novembre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Agreement società cooperativa agricola sociale di tipo "B" O.N.L.U.S. - in sigla Agreement società cooperativa sociale», in Figline e Incisa Valdarno e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 274 del 23.11.17)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Vista l'istanza con la quale la Confcooperative ha chiesto che la società «Agreement società cooperativa agricola sociale di tipo «B» O.N.L.U.S. - in sigla Agreement società cooperativa sociale» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Viste le risultanze della revisione della Confcooperative dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese e dalla situazione patrimoniale aggiornata al 31 marzo 2017, dalla quale si evince una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale pari ad € 614.209,00 si è riscontrata una massa debitoria pari ad € 1.095.932,00 ed un patrimonio netto negativo pari ad € -489.554,00;

Considerato che in data 10 ottobre 2017 é 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;

Vista la nota della Confcooperative con la quale si richiede con urgenza l'emissione del decreto di liquidazione coatta amministrativa;

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; T enuto 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 «Agreement società cooperativa agricola sociale di tipo «B» O.N.L.U.S. - in sigla Agreement società cooperativa sociale», con sede in Figline e Incisa Valdarno (Firenze) (codice fiscale 01324810538) 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. Marco Marchi (codice fiscale MRCMRA65H29A468Y) nato a Sinalunga (Siena), il 29 giugno 1965, e domiciliato in Bettolle (Siena), piazza del Popolo n. 6b.

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 novembre 2017 d 'Ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto S OMMA

DECRETO 2 novembre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «City Services societa cooperativa sociale Onlus», in Pisa e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

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 Legacoop ha chiesto che la società «City Services societa cooperativa sociale Onlus» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Viste le risultanze della revisione della Legacoop dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio al 31 dicembre 2016, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo circolante di € 465.452,00, si riscontra una massa debitoria a breve di € 484.361,00 ed un patrimonio netto negativo di € -135.744,00;

Considerato che in data 27 luglio 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, 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; T enuto 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 «City Services societa cooperativa sociale Onlus», con sede in Pisa (codice fiscale 01282800505) 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. Marzio Rifiuti (codice fiscale RFTMRZ69S06G843D) nato a Pontedera (SI) il 6 novembre 1969 e domiciliato in Perignano (PI), via Sandro Pertini n. 16.

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 novembre 2017 D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto S OMMA

DECRETO 27 ottobre 2017 . Scioglimento della «Amica società cooperativa sociale», in Varese e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

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

Visto l'art. 12 del decreto legislativo 2 agosto 2002, n. 220; Visto l'art. 2545 -septiesdecies del codice civile;
Visto l'art. 1 legge n. 400/75 e l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;
Visto il decreto del Ministero dello sviluppo economico in data 17 gennaio 2007 concernente la determinazione dell'importo minimo di bilancio ai fini dello scioglimento d'ufficio ex art. 2545 -septiesdecies del codice civile;
Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 5 dicembre 2013 n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;
Viste le risultanze della revisione effettuata dal revisore incaricato dalla Confederazione cooperative italiane e relative alla società cooperativa sotto indicata, cui si rinvia e che qui si intendono richiamate;
Visti gli ulteriori accertamenti effettuati dall'ufficio presso il registro delle imprese, che hanno confermato il mancato deposito dei bilanci per più di due anni consecutivi;
Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990 n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento al legale rappresentante;
Considerato che la comunicazione di avvio dell'istruttoria, avvenuta tramite posta elettronica certificata inviata al legale rappresentante della società al corrispondente indirizzo, così come risultante da visura camerale, non risulta essere stata consegnata ma può comunque ritenersi assolto l'obbligo di comunicazione sopra citato;
Tenuto conto che l'ente risulta trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 2545 -septiesdecies del codice civile;
Visto il parere espresso dal comitato centrale per le cooperative in data 6 luglio 2017 favorevole all'adozione del provvedimento di scioglimento per atto d'autorità con nomina di commissario liquidatore;
Ritenuta l'opportunità di disporre il provvedimento di scioglimento per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 -septiesdecies del codice civile, con contestuale nomina del commissario liquidatore;
Vista la nota con la quale la confcooperative ha comunicato che la cooperativa sotto indicata non è più iscritta all'associazione;
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 l'aggiornamento della banca dati dei professionisti interessati alla attribuzione di incarichi ex articoli 2545 -sexiesdecies , 2545 -septiesdecies , secondo comma e 2545- octiesdecies codice civile è pubblicata sul sito internet del Ministero;
Decreta:
Art. 1.
La società cooperativa «Amica società cooperativa sociale» con sede in Varese (codice fiscale n. 03030340131), è sciolta per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 -septiesdecies del codice civile.
Art. 2.
Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae, è nominato commissario liquidatore l'avv. Alessandro Bottigelli, nato a Busto Arsizio (Varese) l'8 novembre 1972 (codice fiscale BTTLSN72S08B300Y), domiciliato in Samarate (Varese) , via Libertà n. 33.
Art. 3.
Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto ministeriale del 3 novembre 2016. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso amministrativo al Tribunale amministrativo regionale ovvero straordinario al Presidente della

Repubblica nei termini e presupposti di legge. Roma, 27 ottobre 2017 Il direttore generale: MOLETI

DECRETO 27 ottobre 2017 . Scioglimento della «Il Cigno 2 cooperativa sociale - Onlus», in Varese e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

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

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

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

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

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

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

Viste le risultanze della revisione effettuata dal revisore incaricato dalla confederazione cooperative italiane e relative alla società cooperativa sotto indicata, cui si rinvia e che qui si intendono richiamate;

Visti gli ulteriori accertamenti effettuati dall'ufficio presso il registro delle imprese, che hanno confermato il mancato deposito dei bilanci per più di due anni consecutivi, l'impossibilità della cooperativa di raggiungere lo scopo per cui era stata costituita e la mancanza di qualsiasi forma di partecipazione della compagine sociale;

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

Considerato che la comunicazione di avvio dell'istruttoria, avvenuta tramite posta elettronica certificata inviata al legale rappresentante della società al corrispondente indirizzo, così come risultante da visura camerale, non risulta essere stata consegnata ma può comunque ritenersi assolto l'obbligo di comunicazione sopra citato;

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

Visto il parere espresso dal comitato centrale per le cooperative in data 6 luglio 2017 favorevole all'adozione del provvedimento di scioglimento per atto d'autorità con nomina di commissario liquidatore;

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

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Il Cigno 2 cooperativa sociale - Onlus» con sede in Varese, (codice fiscale n. 03056120128), è sciolta per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 -septiesdecies del codice civile.

Art. 2.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore il rag. Pasquale Pizzi, nato a San Lorenzo (RC) il 16 luglio 1944 (codice fiscale PZZPQL44L16H959O), domiciliato in Varese, via Busca,8.

Art. 3.

Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto ministeriale del 3 novembre 2016. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso amministrativo al Tribunale amministrativo regionale ovvero straordinario al Presidente della Repubblica nei termini e presupposti di legge. Roma, 27 ottobre 2017 Il direttore generale: MOLETI

DECRETO 27 ottobre 2017 . Scioglimento della «Società cooperativa sociale Un Sorriso a r.l. Onlus», in Roma e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

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

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

Visto l'art. 2545 -septiesdecies del codice civile; Visto l'art. 1 legge n. 400/75 e l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;

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

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

Visto il decreto dirigenziale del 16 giugno 2016 n. 15/ SGC/2016 con il quale la «Società cooperativa sociale Un Sorriso a r.l. Onlus» è stata posta in gestione commissariale e la dott.ssa Irene Bertucci ne è stato contestualmente nominato commissario governativo;

Considerato quanto emerge dalla relazione, del commissario governativo del 2 febbraio 2017, ed in particolare che la società per due anni consecutivi non ha depositato bilanci e non ha compiuti atti di gestione;

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

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

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

Visto il parere espresso dal Comitato centrale per le cooperative in data 6 luglio 2017 favorevole all'adozione del provvedimento di scioglimento per atto d'autorità con nomina di commissario liquidatore;

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

Considerato che la dott.ssa Irene Bertucci, avendo svolto l'incarico per la procedura di gestione commissariale, è pienamente a conoscenza delle problematiche della cooperativa;

Decreta:

Art. 1.

La «Società cooperativa sociale Un Sorriso a r.l. Onlus» con sede in Roma (codice fiscale 08383551002), è sciolta per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 -septiesdecies del codice civile.

Art. 2.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore la dott.ssa Irene Bertucci, nata a Roma il 26 marzo 1982 (codice fiscale BRTRNI82C66H501N), ivi domiciliata in via Emilio de' Cavalieri n. 12.

Art. 3.

Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto ministeriale del 3 novembre 2016. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale

della Repubblica italiana. Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso amministrativo al Tribunale amministrativo regionale ovvero straordinario al Presidente della Repubblica nei termini e presupposti di legge. Roma, 27 ottobre 2017 Il direttore generale: MOLETI

DECRETO 27 ottobre 2017 . Scioglimento della «Tecnologie e Sistemi Solidali Società cooperativa sociale Onlus», in Milano e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

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

Visto l'art. 12 del decreto legislativo 2 agosto 2002, n. 220; Visto l'art. 2545 -septiesdecies del codice civile;

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

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

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

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

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

Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento al legale rappresentante;

Considerato che la comunicazione di avvio dell'istruttoria, avvenuta tramite posta elettronica certificata inviata al legale rappresentante della società al corrispondente indirizzo, così come risultante da visura camerale, non risulta essere stata consegnata ma può comunque ritenersi assolto l'obbligo di comunicazione sopra citato;

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

Visto il parere espresso dal Comitato centrale per le cooperative in data 6 luglio 2017 favorevole all'adozione del provvedimento di scioglimento per atto d'autorità con nomina di commissario liquidatore;

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

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Tecnologie e Sistemi Solidali società cooperativa sociale Onlus» con sede in Milano (MI) (codice fiscale 06697330964), è sciolta per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 -septiesdecies del codice civile.

Art. 2.
Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore la dott.ssa Chiara Rossini, nata a Milano il 19 luglio 1981 (codice fiscale RSSCHR81L59F205R) e ivi domiciliata, via Savona n. 69.
Art. 3.
Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto ministeriale del 3 novembre 2016. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso amministrativo al Tribunale amministrativo regionale ovvero straordinario al Presidente della Repubblica nei termini e presupposti di legge. Roma, 27 ottobre 2017 Il direttore generale: MOLETI

DECRETO 30 ottobre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale La Favorita a r.l. in liquidazione», in Milano e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

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 «Cooperativa sociale La Favorita a r.l. 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 2015, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 0,00, si riscontra una massa debitoria di € 95.787,00 ed un patrimonio netto negativo di € -95.787,00;
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 cui sopra, avvenuta tramite posta raccomandata, inviata alla sede legale della cooperativa, non disponendo la stessa di posta elettronica certificata, è stata restituita con la dicitura «sconosciuto»; e che pertanto la società risulta allo stato irreperibile; 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 articoli 2545 -sexiesdecies, 2545 -septiesdecies , secondo comma e 2545- octiesdecies del codice civile», pubblicata sul sito internet del Ministero;
Decreta:
Art. 1.
La società cooperativa «Cooperativa sociale La Favorita a r.l. in liquidazione», con sede in Milano (codice fiscale 11563430153) 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. Alfonso Corvino, nato a Salerno l'11 maggio 1976 (codice fiscale CRVLNS76E11H703P) e domiciliato in Milano, via Sigieri n. 6.
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, 30 ottobre 2017 Il Ministro: CALENDA

DECRETO 2 novembre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «Interactive solidarietà e lavoro - società cooperativa sociale», in Villareggia e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Vista l'istanza con la quale la Confederazione cooperative italiane ha chiesto che la società «Interactive Solidarietà e Lavoro - 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 sopra citata revisione, dalla quale si evince che l'ultima situazione patrimoniale aggiornata al 30 novembre 2016, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 1.972.316,50, si riscontra una massa debitoria di € 2.797.679,91 ed un patrimonio netto negativo di € 858.603,94;

Considerato che in data 22 settembre 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 ha comunicato formalmente di rinunciare a formulare osservazioni e/o controdeduzioni;

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

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Interactive Solidarietà e Lavoro - Società cooperativa sociale», con sede in Villareggia (TO) (codice fiscale n. 07754550015) 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. Francesco Cappello, nato ad Alba (CN) il 30 ottobre 1969 (codice fiscale CPPFNC69R30A124T), ivi domiciliato in via Vida, n. 6.

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 novembre 2017 D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto S OMMA

DECRETO 2 novembre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «CO.GE.S. Cooperativa sociale», in Loano e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)

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 l'Unione europea delle Cooperative ha chiesto che la società «CO.GE.S. 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, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio 31 dicembre 2014, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 488.284,00, si riscontra una massa debitoria di € 543.322,00 ed un patrimonio netto negativo di € -168.839,00;
Considerato che in data 29 maggio 2017 é stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990 n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati, che non hanno formulato osservazioni e/o controdeduzioni;
Visto l'art. 2545 -terdecies del codice civile e ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società;
Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;
Tenuto conto, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, delle designazioni dell'Associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;
Decreta:
Art. 1.
La società cooperativa «CO.GE.S. cooperativa sociale in liquidazione», con sede in Loano (SV) (codice fiscale 01058920099) 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. Enrico Maria Baluardi, nato a Firenze il 27 aprile 1969 (codice fiscale BLRNCM69D27D612T), e domiciliato in Sesto Fiorentino (FI), in via 2 giugno, n. 81.
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 novembre 2017
D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto
S OMMA

DECRETO 2 novembre 2017 . Liquidazione coatta amministrativa della «CFP - Società cooperativa sociale Onlus», in Ventimiglia e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 276 del 25.11.17)
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 «CFP - società cooperativa sociale Onlus» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Considerato quanto emerge dalla sopra citata revisione, dalla quale si evince che l'ultima situazione patrimoniale aggiornata al 30 giugno 2017, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 214.739,00, si riscontra una massa debitoria di € 376.920,00 ed un patrimonio netto negativo di € -207.232,00;
Considerato che in data 14 settembre 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 ha comunicato formalmente di rinunciare a formulare osservazioni e/o controdeduzioni;
Visto l'art. 2545 -terdecies del codice civile e ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società; V isto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;
Tenuto conto, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, delle designazioni dell'associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;
Decreta:
Art. 1.
La società cooperativa «CFP - società cooperativa sociale Onlus», con sede in Ventimiglia (Imperia) (codice fiscale 01507420089) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies del codice civile. C onsiderati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore il dott. Silvio Auxilia, nato a Savona il 24 giugno 1965 (codice fiscale XLASLV65H24I480Y), ivi domiciliato in via Vegerio n. 6/7.
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 novembre 2017 D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto S OMMA

SANITA'

MINISTERO DELLA SALUTE
DECRETO 19 ottobre 2017 . Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato Fondazione «Stella Maris», in San Miniato e Calambrone.
Art. 1.
1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato Fondazione «Stella Maris», con sedi in San Miniato (PI), piazza della Repubblica 13 (sede legale) e in Calambrone (PI), viale del Tirreno n. 331, per la disciplina di «Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza».
2 . Il riconoscimento è soggetto a revisione, ai sensi dell'art. 15 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, all'esito dell'invio dei dati aggiornati circa il possesso dei requisiti e della documentazione necessaria ai fini della conferma. Roma, 19 ottobre 2017 Il Ministro: LORENZIN

DECRETO 17 ottobre 2017 , n. 166 . Regolamento concernente l'indennizzo a soggetti affetti da sindrome da talidomide, in attuazione dell'articolo 21 -ter del decreto-legge 24 giugno 2016, n. 113, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2016, n. 160. (GU n. 272 del 21.11.17)
IL MINISTRO DELLA SALUTE
Visto il decreto-legge 24 giugno 2016, n. 113, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2016, n. 160, recante «Misure finanziarie urgenti per gli enti territoriali e il territorio»;
Visto in particolare l'articolo 21 -ter , recante «Nuove disposizioni in materia di indennizzo a favore delle persone affette da sindrome da talidomide», il quale prevede: al comma 1, che «L'indennizzo di cui all'articolo 2, comma 363, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, riconosciuto,

ai sensi del comma 1 -bis dell'articolo 31 del decreto-legge 30 dicembre 2008, n. 207, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 febbraio 2009, n. 14, ai soggetti affetti da sindrome da talidomide nelle forme dell'amelia, dell'emimelia, della focomelia e della micromelia nati negli anni dal 1959 al 1965, è riconosciuto anche ai nati nell'anno 1958 e nell'anno 1966, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.»; a l comma 2, che «L'indennizzo di cui al comma 1 è riconosciuto, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, anche ai soggetti che, ancorché nati al di fuori del periodo ivi previsto, presentano malformazioni compatibili con la sindrome da talidomide. Al fine dell'accertamento del nesso causale tra l'assunzione del farmaco talidomide in gravidanza e le lesioni o l'infermità da cui è derivata la menomazione permanente nelle forme dell'amelia, dell'emimelia, della focomelia e della micromelia, i predetti soggetti possono chiedere di essere sottoposti al giudizio sanitario ai sensi dell'articolo 2 del regolamento di cui al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 2 ottobre 2009, n. 163»; al comma 3, che «Con il regolamento di cui al comma 4 si provvede, altresì, a definire i criteri di inclusione e di esclusione delle malformazioni ai fini dell'accertamento del diritto all'indennizzo per i soggetti di cui al comma 2, tenendo conto degli studi medico-scientifici maggiormente accreditati nel campo delle malformazioni specifiche da talidomide.»; a l comma 4, che «... con proprio regolamento, il Ministro della salute apporta le necessarie modifiche, facendo salvi gli indennizzi già erogati e le procedure in corso, al regolamento di cui al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 2 ottobre 2009, n. 163.»;

Visto il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 2 ottobre 2009, n. 163, recante «Regolamento di esecuzione dell'articolo 2, comma 363, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, che riconosce un indennizzo ai soggetti affetti da sindrome da talidomide, determinata dalla somministrazione dell'omonimo farmaco»;

Visto l'articolo 193 del decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66, recante «Codice dell'ordinamento militare»;

Visto l'articolo 17, commi 3 e 4, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni; V isti i pareri espressi dalle sezioni congiunte II e V del Consiglio superiore di sanità nelle sedute del 17 gennaio 2017 e del 13 giugno 2017;

Udito il parere n. 1938/2017 del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 31 agosto 2017;

Vista la nota prot. n. LEG/5116 del 3 ottobre 2017, con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei ministri, nonché la presa d'atto del Dipartimento affari giuridici e legislativi della Presidenza del Consiglio dei ministri con nota del 9 ottobre 2017, prot. n. DAGL/4.3.17.2/2017/12;

A D O T T A il seguente regolamento:

Art. 1. O g g e t t o

1. Il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 2 ottobre 2009, n. 163, citato in premessa è modificato secondo le disposizioni del presente decreto.

Art. 2. Modifiche all'articolo 1 del decreto ministeriale 2 ottobre 2009, n. 163

1. All'articolo 1 del decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 2 ottobre 2009, n. 163, sono apportate le seguenti modificazioni: a) dopo il comma 1, sono inseriti i seguenti: «1 -bis . L'indennizzo di cui al comma 1 è riconosciuto anche ai nati nell'anno 1958 e nell'anno 1966. 1 -ter . Il presente regolamento disciplina, altresì, il procedimento per il riconoscimento e la corresponsione dell'indennizzo di cui al comma 1 ai soggetti nati al di fuori del periodo previsto nei commi 1 e 1 -bis che presentano malformazioni compatibili con la sindrome da talidomide, determinata dalla somministrazione del farmaco omonimo. 1 -quater . L'allegato A , recante i criteri tecnico-scientifici di inclusione ed esclusione delle malformazioni compatibili con la sindrome da talidomide, determinata dalla somministrazione del farmaco omonimo, costituisce parte integrante del presente regolamento.»; b) al comma 2, le parole «L'indennizzo di cui a comma 1» sono sostituite dalle seguenti: «L'indennizzo di cui ai commi 1, 1 -bis , 1 -ter

»; c) al comma 3, dopo il primo periodo è aggiunto il seguente: «Per i soggetti nati al di fuori del periodo dal 1959 al 1965, l'indennizzo decorre dal 21 agosto 2016.»; d) al comma 4, le parole «Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali» sono sostituite dalle seguenti: «Ministero della salute»; e) al comma 5, alla fine del secondo periodo dopo le parole «conviventi di cui al precedente periodo» sono aggiunte le seguenti «, per tutto il periodo di esistenza in vita del danneggiato.»; f) i commi 6 e 7 sono sostituiti dal seguente: « 6. In caso di morte o assenza di congiunti che prestano o abbiano prestato al danneggiato assistenza in maniera prevalente e continuativa, l'indennizzo per i soggetti talidomidici è interamente corrisposto al danneggiato o, in caso di incapacità, al suo legale rappresentante.».

Art. 3. Modifiche all'articolo 2 del decreto ministeriale 2 ottobre 2009, n. 163

1. All'articolo 2 del decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 2 ottobre 2009, n. 163, sono apportate le seguenti modificazioni: a) il comma 1 è sostituto dal seguente: « 1. I soggetti che intendono ottenere l'indennizzo di cui all'articolo 1 presentano le relative domande al Ministero della salute, Direzione generale della vigilanza sugli enti e della sicurezza delle cure, da ora denominata "Direzione generale", entro il termine di dieci anni dalla data di entrata in vigore della legge 24 dicembre 2007, n. 244, se nati nel periodo dal 1959 al 1965, ovvero entro il termine di dieci anni dalla data di entrata in vigore della legge 7 agosto 2016, n. 160, se nati al di fuori del predetto periodo.»; b) il comma 4 è sostituito dal seguente: « 4. La documentazione sanitaria da presentare a corredo della domanda di cui al comma 2 è indicata nell'allegato A al presente regolamento.»; c) il comma 6 è sostituito dal seguente: « 6. Il giudizio medico-legale sul nesso causale tra la somministrazione del farmaco talidomide in gravidanza e le lesioni o l'infermità da cui è derivata la menomazione permanente del soggetto, nelle forme dell'amelia, dell'emimelia, della focomelia e della macromelia, è espresso, entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione, dalla commissione medico-ospedaliera interforze (di seguito denominata commissione medica), di cui all'articolo 193 del decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66. Il giudizio tiene conto della documentazione prodotta e dei criteri indicati nell'allegato A al presente regolamento.»; d) al comma 7, dopo le parole «come sostituita dalla tabella A allegata» sono inserite le seguenti «e relativi criteri applicativi,»; e) dopo il comma 8, è inserito il seguente: «8 -bis . La Direzione generale può richiedere alla commissione medica il riesame del giudizio espresso nel verbale alla luce della documentazione sanitaria e dei criteri indicati nell'allegato A del presente regolamento.».

Art. 4. Modifiche all'articolo 3 del decreto ministeriale 2 ottobre 2009, n. 163

1. All'articolo 3 del decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 2 ottobre 2009, n. 163, sono apportate le seguenti modificazioni: a) al comma 1, le parole «al Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali entro 6 mesi dalla data di conoscenza dell'evento» sono sostituite dalle seguenti: «alla Direzione generale entro 6 mesi dalla data di stabilizzazione della conseguente menomazione permanente aggravata.».

Art. 5. Norme finali

1. Le disposizioni del decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 2 ottobre 2009, n. 163, anteriori alle modifiche apportate con il presente decreto continuano ad applicarsi agli indennizzi erogati e alle procedure relative ai nati dall'anno 1958 all'anno 1966 in corso alla data di entrata in vigore del presente regolamento.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, è inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare. Roma, 17 ottobre 2017 Il Ministro: LORENZIN Visto, il Guardasigilli: ORLANDO Registrato alla Corte dei conti il 15 novembre 2017 Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro, foglio n. 2239

ALLEGATO A

NB

SI FA RINVIO ALLA LETTURA INTEGRALE DEL TESTO

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

ACCORDO 2 febbraio 2017. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento «La formazione continua nel settore salute». (Rep. Atti n. 14/CSR). (GU n. 274 del 23.11.17)

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

Nella odierna seduta del 2 febbraio 2017:

Visto l'art. 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

Visto l'art. 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che subordina l'accesso al finanziamento integrativo, rispetto a quello previsto ordinariamente per il Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato, ad una specifica intesa tra Stato e regioni, da stipularsi ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempli, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, tra gli altri, la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, come espressamente previsto dalla lettera d) del richiamato comma 173;

Vista l'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (rep. atti n. 2271/2005) in attuazione dell'art. 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che prevede, all'art. 4, comma 1, lettera f) l'impegno delle regioni alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario;

Visto l'accordo ponte, ai sensi dell'art. 4 citato decreto legislativo n. 281, sul «Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005-2007», sancito da questa Conferenza nella seduta del 16 marzo 2006 (rep. atti n. 2545/2006);

Visto l'accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 1° agosto 2007 (rep. atti n. 168/2007) concernente il «Riordino del sistema di formazione continua in medicina»;

Visto l'art. 2, comma 357 della legge 24 dicembre 2007, n. 244, in base al quale il sistema di educazione continua in medicina (ECM) è disciplinato secondo le disposizioni di cui al citato accordo del 1° agosto 2007 e la gestione amministrativa del programma E.C.M. ed il supporto alla Commissione nazionale per la formazione continua, di cui all'art. 16 -ter del decreto legislativo n. 502/1992, e successive modificazioni, sono trasferiti all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, stabilendo altresì che la suddetta Commissione svolge le funzioni e i compiti indicati nel richiamato accordo del 1° agosto 2007 ed è costituita con decreto del Ministro della salute nella composizione individuata nel predetto accordo;

Visto l'art. 2, comma 358, legge 24 dicembre 2007, n. 244, in base al quale «I contributi alle spese previsti dall'art. 92, comma 5 della legge n. 388/2000, affluiscono direttamente al bilancio dell'AGE.NA.S. ai fini della copertura degli oneri dalla stessa sostenuti, ivi incluse le spese di funzionamento della Commissione nazionale per la formazione continua e degli ulteriori organismi previsti dal citato accordo del 1° agosto 2007»;

Visto l'accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 5 novembre 2009 (rep. atti n. 192/2009) sull'«Accreditamento dei provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti»;

Visto l'art. 3, comma 5, lettera b), del decreto-legge n. 138/2011 convertito con legge n. 148/2011, il quale nel prevedere l'«obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in

medicina (ECM)», stabilisce altresì che «la violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione»;
Visto l'accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 19 aprile 2012, (rep. atti n. 101/CSR), riguardante «Il nuovo sistema di formazione continua in medicina - Linee guida per i manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011/2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti»;
Vista la nota dell'11 gennaio 2017, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo in argomento;
Vista la nota del 16 gennaio 2017, con la quale l'anzidetta proposta è stata diramata alle regioni e province autonome con convocazione di una riunione tecnica per il suo esame;
Considerato che, nel corso dell'incontro tecnico svoltosi il 25 gennaio 2017, i rappresentanti delle regioni hanno concordato alcune modifiche del documento con i rappresentanti delle amministrazioni centrali;
Vista la nota del 27 gennaio 2017, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso un nuova versione del predetto documento, che recepisce le modifiche concordate nel corso del predetto incontro;
Vista la nota del 1° febbraio 2017, con la quale l'ufficio di segreteria di questa Conferenza ha diramato il testo definitivo del predetto documento, inviato dal Ministero della salute con nota in pari data;
Considerato che nel corso dell'odierna seduta le regioni hanno espresso avviso favorevole all'accordo, allegato sub A, che costituisce parte integrante del presente atto; Acquisito, nel corso della seduta, l'assenso del Governo, delle regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;
Premesso:
1. Che nell'ordinamento italiano vige l'obbligo di formazione continua per tutti i professionisti sanitari.
2. Che la formazione professionale e continua è strumento necessario per l'erogazione di prestazioni sanitarie conformi alle più moderne conoscenze scientifiche e tecnologiche, nonché ai più elevati standard di qualità assistenziali, nell'interesse del paziente e della collettività.
3 . Che la sottoscrizione di un nuovo accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'Educazione continua in medicina nasce dall'esigenza di dare organicità alla disciplina di settore, nonché dalla necessità di una chiara ripartizione delle competenze amministrative tra lo Stato e le autonomie territoriali alla luce della stretta connessione che sussiste tra la tutela costituzionale della salute, le professioni sanitarie, l'aggiornamento professionale e la formazione continua dei professionisti sanitari.
4. Che l'obiettivo comune perseguito tra i diversi livelli istituzionali è la creazione di un sistema coerente di regolazione amministrativa della formazione continua nel settore della salute finalizzato al miglioramento qualitativo dell'assistenza prestata dai professionisti sanitari, assicurando uniformità su tutto il territorio nazionale e stimolando le diverse eccellenze territoriali. 5. Che è altresì necessario disciplinare le modalità per assolvere l'obbligo di formazione continua da parte dei professionisti sanitari e l'organizzazione delle attività formative.
Sancisce accordo
tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «La formazione continua nel settore salute», allegato A, parte integrante del presente atto. Roma, 2 febbraio 2017
I l Presidente: COSTA
Il Segretario: NADDEO

ALLEGATO A

LA FORMAZIONE CONTINUA NEL SETTORE «SALUTE»

PARTE I PRINCÌPI

Art. 1. Tutela della salute e formazione continua

1. La formazione continua dei professionisti sanitari è espressione del valore fondamentale della tutela della salute.

2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano danno attuazione amministrativa alla loro competenza in materia di formazione professionale nel settore della salute nelle forme e nei limiti previsti dalla vigente normativa.

Art. 2. Definizioni e acronimi

1. Ai fini del presente Accordo si intende per: a) «accreditamento»: il provvedimento amministrativo necessario per l'erogazione di formazione continua obbligatoria per i professionisti sanitari; b) «Age.na.s.»: l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali; c) «Associazioni professionali»: Associazioni professionali dell'area sanitaria maggiormente rappresentative a livello nazionale, riconosciute ai sensi della vigente normativa; d) «blended»: l'evento formativo comprensivo di più tipi di formazione; e) «Commissione nazionale»: la Commissione nazionale per la formazione continua; f) «Co.Ge.A.P.S.»: il Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie; g) «Comitato di garanzia»: il Comitato di garanzia per l'indipendenza della formazione continua da interessi commerciali in sanità; h) «Commissione Salute»: Commissione istituita presso la Conferenza Stato – Regioni; i) «conflitto d'interessi E.C.M.»: ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l'interesse primario consistente nell'obiettività, imparzialità e indipendenza della formazione professionale nel settore della salute connessa al Programma di educazione continua in medicina (E.C.M.); j) «C.T.R.»: Comitato Tecnico delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano; k) «Consulta nazionale»: la Consulta nazionale della formazione permanente; l) «docenti»: formatori, relatori e tutor dell'evento E.C.M.; m) «E.C.M.»: l'Educazione Continua in Medicina; n) «ente accreditante»: la Commissione nazionale e gli organismi istituiti dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano ai quali spetta l'adozione del provvedimento di accreditamento; o) F.N.O.M.C.eO.: Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri; p) «formazione individuale»: le attività di tutoraggio individuale, formazione all'estero non erogata da un provider e svolta autonomamente dal professionista sanitario, autoformazione e ricerca scientifica non erogata da un provider e svolta autonomamente dal professionista sanitario; q) «impresa commerciale in ambito sanitario»: imprese che producono, distribuiscono, commercializzano e pubblicizzano prodotti di interesse sanitario; r) «liberi professionisti»: i professionisti sanitari che svolgono la loro attività in modo autonomo sia individualmente, sia in società con altri professionisti, sia in collaborazione coordinata, senza vincolo di subordinazione, con soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie; s) «Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.»: la disciplina nazionale stabilita dalla Commissione nazionale per la formazione continua, in condivisione con il Comitato tecnico delle regioni, relativa ai requisiti minimi e standard di accreditamento dei provider, ai criteri di riconoscimento dei crediti E.C.M. e alla disciplina generale sugli eventi E.C.M.; t) «Manuali regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.»: disciplina regionale o delle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di E.C.M., relativa ai requisiti ulteriori di accreditamento, purché oggettivamente idonei ad elevare la qualità dell'offerta formativa, nel rispetto degli standard minimi stabiliti nel presente Accordo e nel Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.; u) «Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario»: la disciplina nazionale E.C.M. stabilita dalla Commissione nazionale per la formazione continua specificatamente rivolta al professionista sanitario; v) «Manuale delle verifiche dei provider»: la disciplina nazionale stabilita dalla Commissione nazionale per la formazione continua, relativa alle attività di vigilanza e verifica compiute dagli enti accreditanti e dai loro organismi ausiliari, del rispetto della normativa E.C.M. da parte dei provider; w) «Osservatorio nazionale»: l'Osservatorio nazionale per la qualità della formazione continua in Sanità; x) «partner»: il soggetto che partecipa, insieme al provider, all'organizzazione e alla gestione di eventi formativi in virtù di appositi accordi; y) «prodotto di interesse sanitario»: qualsiasi prodotto sanitario, farmaceutico, omeopatico, fitoterapico, dietetico, nonché qualsiasi dispositivo o strumento medico; z) «provider»: il soggetto accreditato all'erogazione di formazione continua in medicina obbligatoria per i professionisti sanitari; aa) «Segretario della Commissione nazionale»: il Segretario–Responsabile del supporto amministrativo-gestionale della Commissione nazionale.

Art. 3. Standard nazionali, regionali e provinciali

1.. La formazione continua è un sistema integrato e solidale tra il livello nazionale, regionale e provinciale basato su regole comuni e condivise che ne assicurino l'omogeneità sul territorio nazionale e una chiara ripartizione dei compiti tra i rispettivi ambiti di azione.

2. È compito della Commissione nazionale provvedere alla governance della formazione continua nel settore della salute, determinando i livelli di qualità strettamente connessi al buon funzionamento del sistema. Per il perseguimento di tale fine, sono pianificati obiettivi formativi e standard minimi di qualità omogenei su tutto il territorio nazionale.

3. È compito delle istituzioni regionali e provinciali demandate alla regolazione amministrativa della formazione continua nel settore della salute programmare, nel proprio territorio, la formazione dei professionisti sanitari alla luce delle esigenze territoriali, assicurando il raggiungimento e promuovendo il miglioramento dei livelli di qualità formativa definiti quale standard minimo a livello nazionale.

Art. 4. Sussidiarietà, differenziazione, adeguatezza e leale collaborazione

1. I rapporti tra i diversi regolatori istituzionali della formazione continua nel settore della salute si ispirano ai principi di sussidiarietà, differenziazione, adeguatezza e leale collaborazione.

Art. 5. Trasparenza e indipendenza da interessi commerciali
1. La formazione dei professionisti sanitari si realizza tramite programmi finalizzati a migliorare le competenze e le abilità anche in ragione del progresso scientifico e tecnologico.
2. L'erogazione della formazione si ispira al principio di trasparenza. I contenuti formativi e gli obiettivi didattici devono essere indipendenti da interessi commerciali.
3. I regolatori istituzionali vigilano sul rispetto di tali principi e adeguano ad essi la loro organizzazione segnalando ipotesi di violazioni alla Commissione nazionale.
Art. 6. Erogazione della formazione continua
1. L'erogazione di formazione E.C.M. nel settore della salute è subordinata all'accreditamento disciplinato dal presente Accordo.
2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono prevedere requisiti di accreditamento ulteriori rispetto agli standard minimi stabiliti nel Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M., purché siano oggettivamente idonei ad elevare la qualità dell'offerta formativa. 3. È compito dei regolatori istituzionali vigilare sul rispetto di tali principi adeguando ad essi la loro organizzazione.
PARTE II REGOLATORI ISTITUZIONALI DELLA FORMAZIONE CONTINUA
Art. 7. Commissione nazionale 1. La Commissione nazionale è l'organo di governo del sistema E.C.M.
2. La gestione amministrativa del programma E.C.M. e il supporto alla Commissione nazionale sono di competenza dell'Age.na.s.. 3. Il Segretario della Commissione nazionale è responsabile del supporto amministrativo-gestionale della Commissione nazionale.
Art. 8. Funzioni della Commissione nazionale
1. La Commissione nazionale, fatte salve le competenze previste dall'art. 16 ter del d.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e dall'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2007, recepito in legge dall'art. 2, comma 357 della L. n. 244 del 24 dicembre 2007: a) definisce e dà esecuzione alle norme relative ai requisiti minimi per l'accreditamento dei provider contenute nel Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.; b) definisce e dà esecuzione alla disciplina relativa agli eventi formativi contenuta nel Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.; c) approva il Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M., acquisito il parere obbligatorio e vincolante del Comitato tecnico delle Regioni, approva i Manuali sulla formazione continua del professionista sanitario e delle verifiche dei provider, sentito il Comitato tecnico delle Regioni, nonché verifica i Manuali regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M. secondo le procedure previste dall'art. 47 del presente Accordo; d) adotta i provvedimenti concernenti l'accreditamento dei provider di propria competenza; e) definisce e dà esecuzione alle norme relative ai crediti formativi, stabilendone il numero nel triennio, le fattispecie di esenzione, di esonero, di riduzione e di recupero; f) definisce e dà esecuzione alle norme relative alla formazione individuale; g) definisce e dà esecuzione alle regole sul dossier formativo; h) cura l'albo pubblico dei provider; i) adotta tutti gli altri provvedimenti previsti dalla vigente normativa; l) promuove iniziative per favorire l'adesione dei professionisti sanitari al sistema di formazione continua; m) promuove la sperimentazione di nuove forme di formazione e di verifica delle ricadute dell'E.C.M. sulla qualità delle prestazioni professionali; n) elabora forme di implementazione dell'offerta formativa a favore delle professioni sanitarie più carenti di offerta; o) vigila, anche attraverso i propri organismi, sull'attuazione di quanto previsto dal presente Accordo.
2. Entro il 30 giugno di ogni anno la Commissione nazionale predispone la relazione annuale sullo stato di applicazione del Programma nazionale E.C.M. riferita all'anno precedente. La relazione contiene tutti gli elementi utili per la verifica dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi del Programma nazionale E.C.M.
3. Entro il 31 dicembre di ogni anno la Commissione nazionale, tenendo conto della relazione annuale, predispone il Programma nazionale E.C.M. per l'anno successivo, sulla base di una programmazione pluriennale, al fine di superare le criticità e migliorare il sistema della formazione continua.
Art. 9. Costituzione e presidenza
1. La Commissione nazionale è costituita con decreto del Ministro della Salute.
2. Il Ministro della Salute è di diritto Presidente della Commissione nazionale.
3. Il Coordinatore della Commissione Salute e il Presidente della F.N.O.M.C.e O. sono di diritto Vice Presidenti della Commissione nazionale.
Art. 10. Composizione
1. Sono componenti di diritto della Commissione nazionale: a) il Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del servizio sanitario nazionale del Ministero della salute; b) il Direttore generale dell'Age.na.s.; c) il Segretario della Commissione nazionale.
2. I componenti della Commissione nazionale diversi da quelli di cui al precedente comma sono individuati come segue: a) sette esperti sono designati dal Ministero della Salute, di cui due componenti sono proposti dal Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca; b) otto esperti sono designati dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano; c) quindici esperti sono designati dalle rispettive Federazioni di Ordini, Collegi e Associazioni delle professioni sanitarie come segue: 1. due esperti sono designati dalla F.N.O.M.C.e O.;

2. un esperto è designato dalla Commissione Nazionale Albo Odontoiatri;
3. un esperto è designato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti;
4. un esperto è designato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Veterinari;
5. un esperto è designato dal Consiglio Nazionale dei Chimici;
6. un esperto è designato dalla Consiglio Nazionale degli Ordini degli Psicologi;
7. un esperto è designato dall'Ordine Nazionale dei Biologi;
8. due esperti sono designati dalla Federazione Nazionale dei Collegi degli Infermieri Professionali, assistenti sanitari, vigilatrici di infanzia;
9. un esperto è designato dalla Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche;
10. un esperto è designato dalla Federazione Nazionale Collegi Professionali Tecnici Sanitari di Radiologia Medica;
11. un esperto è designato dalle Associazioni delle Professioni dell'area della Riabilitazione;
12. un esperto è designato dalle Associazioni delle Professioni dell'area Tecnico Sanitaria;
13. un esperto è designato dalle Associazioni delle Professioni dell'area della Prevenzione.
3. Gli esperti designati ai sensi del comma precedente sono nominati componenti della Commissione nazionale con decreto del Ministro della Salute.

Art. 11. Incompatibilità e conflitto d'interessi

1. Fermo restando quanto previsto dalle disposizioni normative e regolamentari, nonché dagli orientamenti in tema di incompatibilità e di conflitto di interessi, per quanto applicabili nello specifico ambito di interesse, non possono assumere e mantenere la carica di componente della Commissione nazionale coloro che versano in una condizione di incompatibilità e/o in una situazione, anche potenziale, di conflitto di interessi e/o che abbiano riportato condanne con sentenza passata in giudicato per reati contro la Pubblica Amministrazione.
2. I designati in qualità di componenti della Commissione nazionale devono dichiarare alla Commissione nazionale l'assenza di cause di incompatibilità e/o di situazioni di conflitto di interessi di cui al presente articolo. La dichiarazione costituisce requisito indispensabile alla nomina di componente della Commissione nazionale.
3. I componenti nominati sono tenuti a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione delle condizioni relative alla dichiarazione di cui al comma 2 del presente articolo, per le conseguenti determinazioni.
4. I componenti della Commissione nazionale che rivestono ruoli o cariche in provider devono astenersi dalle discussioni e dalle votazioni che hanno diretta incidenza sulla sfera giuridica di tali provider.

Art. 12. Regolamento della Commissione nazionale

1. La Commissione nazionale adotta un regolamento per l'organizzazione delle proprie attività.

Art. 13. Sezioni della Commissione nazionale

1. La Commissione nazionale organizza la propria attività tramite cinque Sezioni: a) Sezione I: criteri e procedure di accreditamento dei provider; b) Sezione II: sviluppo e ricerca sulle metodologie innovative della formazione continua; c) Sezione III: valutazione e reporting della qualità e dell'accessibilità delle attività formative; d) Sezione IV: indicazione e sviluppo degli obiettivi formativi nazionali e coordinamento di quelli regionali; e) Sezione V: accreditamento delle attività formative svolte all'estero.
2. Ogni Sezione è coordinata da un componente della Commissione nazionale con funzione di Presidente e da un Segretario individuato dal Segretario della Commissione nazionale tra il personale della Segreteria E.C.M., di cui al successivo art. 15 comma 2.

Art. 14. Comitato di Presidenza

1. Il Comitato di Presidenza: a) coordina e indirizza le attività delle Commissione nazionale e delle sue Sezioni; b) propone alla Commissione nazionale le modalità di utilizzo delle risorse economiche derivanti dal sistema E.C.M.; c) propone accordi con altri soggetti e istituzioni; d) approva l'ordine del giorno delle riunioni della Commissione nazionale; e) coordina la predisposizione della relazione annuale e la progettazione del Programma nazionale E.C.M. di cui all'art. 8.
2. Il Comitato di Presidenza è composto: a) dal Presidente e dai Vicepresidenti della Commissione nazionale; b) dal Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del servizio sanitario nazionale del Ministero della Salute; c) dal Direttore generale dell'Age.na.s.; d) dal Segretario della Commissione nazionale; e) dal Responsabile dell'Osservatorio nazionale.
3. Il Coordinatore del C.T.R. e il Presidente del Co.Ge.A.P.S. possono assistere ai lavori del Comitato di Presidenza. 4. I Coordinatori delle Sezioni della Commissione nazionale, il Coordinatore del Comitato di Garanzia, il Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI e gli altri presidenti delle Federazioni sono invitati alle riunioni del Comitato di Presidenza su richiesta del Comitato stesso.

Art. 15. Segretario della Commissione nazionale

1. Il Segretario della Commissione nazionale: a) ha la rappresentanza esterna della Commissione nazionale; b) coordina le attività amministrative della Commissione nazionale con le istituzioni regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano; c) sovrintende ai lavori della Commissione nazionale, del Comitato di Presidenza e di tutte le Sezioni; d) propone alla Commissione nazionale i Presidenti e i Segretari delle Sezioni; e) insieme al Comitato di Presidenza, è responsabile della gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali della Commissione nazionale; f) cura i rapporti con la Conferenza Stato-Regioni e con le singole Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano; g) cura gli atti relativi al contenzioso; h) dà esecuzione alle delibere della Commissione nazionale. 2. Per lo svolgimento delle proprie

funzioni, il Segretario si avvale della Segreteria incaricata del supporto amministrativo-gestionale del sistema E.C.M. presso la competente area funzionale dell'Age.na.s.

Art. 16. Durata

1. La Commissione nazionale e i suoi organi ausiliari durano in carica tre anni che decorrono dalla data di insediamento, che coincide con la prima riunione, e decadono automaticamente allo scadere di detto termine.

2. Fino alla ricostituzione, la Commissione nazionale può compiere tutti gli atti di ordinaria amministrazione e gli atti urgenti di straordinaria amministrazione nei termini di cui alle norme vigenti in materia di prorogatio.

Art. 17. Organi ausiliari della Commissione nazionale

1. Per lo svolgimento delle proprie funzioni, la Commissione nazionale si avvale: a) dell'Osservatorio nazionale; b) del Comitato di garanzia; c) della Consulta nazionale; d) del Comitato Tecnico delle Regioni che opera presso la Sezione I.

Art. 18. Osservatorio nazionale

1. L'Osservatorio nazionale: a) vigila sulla qualità dei contenuti degli eventi formativi; b) verifica la coerenza degli eventi realizzati con gli obiettivi formativi programmati; c) relaziona alla Commissione nazionale sui flussi di offerta e domanda formativa avvalendosi dell'Anagrafe nazionale; d) rileva i dati costitutivi del report annuale nazionale sullo stato di attuazione del Programma nazionale E.C.M.; e) promuove ricerche sui criteri e le modalità per l'avvio e lo sviluppo di nuove e più efficaci metodologie di valutazione dei percorsi formativi; f) elabora pareri e proposte alla Commissione nazionale sulle materie di propria competenza; g) supporta le valutazioni di qualità delle attività formative compiute dai provider in relazione agli obiettivi nazionali e regionali di formazione.

2. La Commissione nazionale disciplina le verifiche dell'Osservatorio nazionale nel Manuale delle verifiche nei confronti dei provider.

3. La Commissione nazionale individua le decisioni dell'Osservatorio da annotare a margine dell'Albo dei provider.

4. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano devono prevedere le azioni necessarie per la verifica della qualità degli eventi erogati dai rispettivi provider. Tale previsione è condizione essenziale per l'approvazione la verifica dell'eventuale Manuale regionale o delle Province autonome di Trento e Bolzano di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M. Nel caso in cui tali enti non prevedano le azioni di cui al presente comma si applica la disciplina di cui all'art 47, comma 6, del presente Accordo.

5. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono stipulare con l'Age.na.s. accordi a titolo oneroso per lo svolgimento delle attività di verifica.

6. L'Osservatorio è nominato con provvedimento del Presidente della Commissione nazionale ed è composto da: a) un responsabile designato dal coordinatore degli Assessori regionali alla Sanità; b) cinque componenti di comprovata esperienza nel campo della formazione e della valutazione di qualità dei professionisti delle attività e delle organizzazioni sanitarie designati dalla Conferenza Stato-Regioni; c) sei componenti di comprovata esperienza nel campo della formazione e della valutazione di qualità dei professionisti delle attività e delle organizzazioni sanitarie designati dal Comitato di Presidenza della Commissione nazionale nell'ambito delle professioni coinvolte, e da un segretario individuato dal Segretario della Commissione nazionale tra il personale della Segreteria E.C.M.

7. La partecipazione ai lavori dell'Osservatorio nazionale non può comportare nuovi o maggiori oneri rispetto al finanziamento derivante dal contributo alle spese.

Art. 19. Comitato di garanzia

1. Il Comitato di garanzia: a) vigila sull'indipendenza dei contenuti formativi degli eventi da interessi commerciali; b) monitora i piani formativi e i singoli eventi formativi; c) vigila sulla corretta applicazione della normativa E.C.M. in materia di sponsorizzazioni, pubblicità e conflitto di interesse anche attraverso verifiche in loco nelle sedi dei provider e degli eventi formativi; d) istruisce i procedimenti di verifica nei confronti dei provider; e) elabora pareri e proposte alla Commissione nazionale sulle materie di propria competenza.

2. Il Comitato di garanzia è nominato con provvedimento del Presidente della Commissione nazionale ed è composto da cinque componenti, individuati tra i componenti della Commissione stessa su indicazione del Comitato di Presidenza, e da un segretario individuato dal Segretario della Commissione nazionale tra il personale della Segreteria E.C.M.

3. La partecipazione ai lavori del Comitato di garanzia non può comportare nuovi o maggiori oneri rispetto al finanziamento derivante dal contributo alle spese.

4. La Commissione nazionale disciplina le verifiche del Comitato di garanzia nel Manuale delle verifiche dei provider.

5. La Commissione nazionale individua le decisioni del Comitato di garanzia da annotare a margine dell'Albo dei provider.

6. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano prevedono azioni necessarie per garantire l'indipendenza dei contenuti delle attività formative da interessi commerciali in ambito sanitario. Tale previsione è condizione essenziale per l'approvazione la verifica dell'eventuale Manuale regionale o delle Province autonome di Trento e Bolzano di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M. Nel caso in cui tali enti non prevedano le azioni cui al presente comma 6, si applica la disciplina di cui all'art. 47, comma 6, del presente Accordo.

7. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono stipulare con l'Age.na.s. accordi a titolo oneroso per lo svolgimento delle attività di verifica.

Art. 20. Consulta nazionale

1. La Consulta nazionale, nominata dalla Commissione nazionale, è l'organismo composto da esperti rappresentativi degli interessi relativi alla formazione continua in sanità di cui la Commissione nazionale può avvalersi per avere pareri non vincolanti su questioni di carattere generale.

2. La Consulta nazionale è composta da: a) rappresentanze delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale in ambito sanitario; b) rappresentanze delle società scientifiche; c) rappresentanze dei provider, pubblici, privati, nazionali, regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano; d) rappresentanze delle Università e degli enti di ricerca; e) rappresentanze qualificate delle associazioni di tutela del malato.
3. La Commissione nazionale disciplina le modalità di partecipazione e le regole di funzionamento della Consulta nazionale su proposta del Comitato di Presidenza.
4. Il Comitato di Presidenza individua il Presidente della Consulta nazionale tra i componenti della Commissione.
5. Il segretario della Consulta è individuato dal Segretario della Commissione nazionale.

Art. 21. Ordini, Collegi, Federazioni nazionali e Associazioni professionali

1. Gli Ordini, i Collegi, le rispettive Federazioni nazionali e le Associazioni professionali: a) vigilano sull'assolvimento dell'obbligo formativo da parte dei loro iscritti; b) emanano, ove previsti dalla normativa vigente, i provvedimenti di competenza in caso di mancato assolvimento dell'obbligo formativo; c) attestano, ai professionisti sanitari che ne facciano richiesta, il numero di crediti formativi effettivamente maturati e registrati e certificano il pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo del triennio; d) propongono alla Commissione nazionale, alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano gli obiettivi formativi che ritengono strategici o le tematiche di particolare rilevanza tecnico-professionale.
2. I soggetti di cui al precedente comma possono conseguire l'accreditamento come provider.
3. Almeno il 50% delle attività effettivamente pianificate nel piano formativo di Ordini, Collegi, Federazioni nazionali e Associazioni professionali deve riguardare l'etica, la deontologia, la legislazione, l'informatica, l'inglese scientifico e la comunicazione in ambito sanitario.
4. Rappresentanti di Ordini, Collegi, delle rispettive Federazioni nazionali e delle Associazioni professionali possono essere presenti in qualità di auditor nel processo di verifica della qualità della formazione continua.
5. L'Ordine, il Collegio e l'Associazione professionale di riferimento sono competenti a riconoscere, secondo quanto previsto dal presente Accordo e dal Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario, gli esoneri, le esenzioni e i crediti acquisiti tramite formazione individuale previa presentazione, da parte del professionista sanitario, della relativa documentazione. I professionisti trasmettono i dati al Co.Ge.A.P.S. che, tramite strumenti informatici, ne consente la registrazione agli Ordini, Collegi e Associazioni professionali di riferimento. Gli Ordini, i Collegi e le Associazioni, su richiesta, possono delegare funzioni operative al Co.Ge.A.P.S. 6. I professionisti sanitari che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non iscritti ad Associazioni professionali chiedono alla Commissione nazionale, secondo quanto previsto dal presente Accordo e dal Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario, il riconoscimento degli esoneri, delle esenzioni e dei crediti acquisiti tramite formazione individuale previa presentazione, tramite il portale Co.Ge.A.P.S., della relativa documentazione. Successivamente, tramite strumenti informatici, la Commissione nazionale completa la registrazione dei dati nel portale del Co.Ge.A.P.S. La Commissione nazionale può delegare funzioni operative al Co.Ge.A.P.S.

Art. 22. Consorzio per la gestione anagrafica delle professioni sanitarie

1. Il Co.Ge.A.P.S. gestisce l'anagrafe nazionale dei crediti formativi E.C.M. riconosciuti a tutti i professionisti sanitari, raccogliendo dai provider i report delle partecipazioni E.C.M.; fornisce gli strumenti ad Ordini, Collegi ed Associazioni professionali e, limitatamente ai professionisti sanitari appartenenti a professioni regolamentate ma non ordinate e non iscritti ad associazioni professionali, alla Commissione nazionale, per certificare l'adempimento dell'obbligo formativo dei professionisti sanitari. Il Co.Ge.A.P.S. fornisce supporto tecnico informatico alla Commissione nazionale anche al fine della costruzione e gestione del dossier formativo individuale e di gruppo.
2. Per le finalità di cui al comma precedente, il Co.Ge.A.P.S. partecipa ai lavori della Sezione III «Valutazione e reporting della qualità e dell'accessibilità delle attività formative» della Commissione nazionale.
3. Il Co.Ge.A.P.S., nell'ambito delle funzioni di gestore dell'anagrafica nazionale dei crediti, ha la funzione istituzionale di studio del modello integrato di anagrafe dei crediti al fine di effettuare analisi statistiche per area geografica e per diverse tipologie professionali e per sviluppare criteri di pianificazione, verifica e implementazione del sistema E.C.M.
4. Gli Ordini, i Collegi, le rispettive Federazioni nazionali e le Associazioni professionali, nel ruolo di garanti delle professioni sanitarie e certificatori della formazione continua, si avvalgono dell'anagrafe nazionale gestita dal CO.Ge.A.P.S. per attestare e certificare il percorso formativo dei propri iscritti.
5. La Commissione nazionale si avvale dell'anagrafe nazionale del Co.Ge.A.P.S. per i professionisti sanitari che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non iscritti ad Associazioni.
6. Il Co.Ge.A.P.S. fornisce supporto alle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano per le attività di monitoraggio qualitativo e quantitativo dei professionisti sanitari che operano nelle strutture pubbliche e private accreditate nonché dei professionisti che operano in regime di convenzione, con particolare riferimento alle attività di definizione del fabbisogno regionale dei professionisti sanitari.
7. Il Co.Ge.A.P.S. fornisce, altresì, supporto al Ministero della Salute - Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del S.S.N., per lo svolgimento delle proprie funzioni di monitoraggio, analisi, promozione, sviluppo e programmazione delle professioni sanitarie.
8. Per le finalità di cui ai commi 4, 5 e 6, il Co.Ge.A.P.S. acquisisce, senza oneri aggiuntivi per le parti, dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano i dati individuali, opportunamente codificati, inerenti luogo di attività,

professione e disciplina esercitata, tipologia del rapporto contrattuale dei professionisti sanitari che operano nelle strutture pubbliche e private accreditate nonché dei professionisti che operano in regime di convenzione.
9. Il Co.Ge.A.P.S. si impegna a fornire ai soggetti di cui ai commi 4, 5, 6 e 7, le informazioni relative all'attività formativa dei professionisti sanitari, consentendo altresì l'analisi dei fabbisogni formativi e la definizione di progetti sperimentali atti a verificare modelli di valutazione delle ricadute della E.C.M.
10. Il Co.Ge.A.P.S. garantisce a ogni singolo professionista sanitario l'accessibilità tramite un portale informatico all'anagrafe nazionale dei crediti formativi E.C.M. riconosciuti a tutti i professionisti sanitari.
11. Il Co.Ge.A.P.S. rende disponibile ad Ordini, Collegi, Associazioni professionali e alla Commissione nazionale strumenti di gestione dei crediti E.C.M. individuali e strumenti per la gestione di esoneri ed esenzioni.
12. La Commissione nazionale definisce e programma le attività attribuite al Co.Ge.A.P.S. i cui corrispettivi sono definiti con appositi atti convenzionali tra Age.na.s. e Co.Ge.A.P.S.
13. Con appositi atti convenzionali vengono definite le ulteriori attività, e l'eventuale corrispettivo, che il Co.Ge.A.P.S. fornisce agli enti accreditanti regionali e alle Province autonome di Trento e Bolzano.
Art. 23. Comitato Tecnico delle Regioni
1. Salvo quanto previsto all'art 8 comma 1 lettere c), il C.T.R. offre supporto alla Commissione nazionale, nell'ambito dei lavori della Sezione I delle Sezioni in cui si articola la Commissione stessa, nell'attività di armonizzazione del sistema nazionale e dei sistemi regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano. Il C.T.R fornisce parere non vincolante alla Commissione nazionale per le determinazioni di carattere programmatorio, normativo e prescrittivo che hanno ricadute sugli enti accreditanti regionali e provinciali. Il C.T.R. partecipa inoltre al procedimento di approvazione verifica degli eventuali Manuali regionali o delle Province autonome di Trento e Bolzano di accreditamento per l'erogazione di eventi ai sensi dell'art. 47 del presente Accordo.
2. I nominativi dei componenti del C.T.R. per ogni Regione e Provincia autonoma sono proposti dalla Commissione Salute alla Commissione nazionale sulla base dei seguenti requisiti: a) comprovata esperienza nell'area salute; b) comprovata esperienza in materia di formazione in sanità; c) conoscenza della normativa E.C.M.
3. La Commissione nazionale approva le designazioni con provvedimento del Presidente della Commissione nazionale.
4. Il C.T.R. nomina al proprio interno, a maggioranza degli aventi diritto, un coordinatore e un suo sostituto, organizzando le proprie attività e coordinandosi con la Segreteria della Commissione nazionale.
5. Il C.T.R. può essere convocato in via straordinaria dal Coordinamento della Commissione Salute, dalla Segreteria della Commissione nazionale o su richiesta motivata della maggioranza dei componenti.
6. Possono partecipare alle riunioni del C.T.R. il referente del Coordinamento della Commissione Salute, il Direttore generale dell'Age.na.s. e il Segretario della Commissione nazionale.
7. Il funzionamento del C.T.R. è disciplinato da un regolamento adottato dallo stesso Comitato.
PARTE III DIRITTI E OBBLIGHI NELLA FORMAZIONE CONTINUA TITOLO I PROFESSIONISTI SANITARI
Art. 24. Diritto all'accesso alla formazione continua
1. Ogni professionista sanitario ha diritto all'accesso alla formazione continua.
2. È compito dei regolatori istituzionali del sistema E.C.M. adottare tutte le misure necessarie per rimuovere gli ostacoli di ordine economico, sociale e geografico che limitano di fatto l'accesso alla formazione continua per tutti i professionisti sanitari.
3. È diritto del professionista sanitario conoscere tempestivamente, tramite l'accesso al sistema informatico, gli eventi erogati dai provider che si svolgono anche al di fuori del territorio nazionale.
4. È diritto del professionista sanitario conoscere in ogni momento, tramite l'accesso all'anagrafe nazionale del Co.Ge.A.P.S., i crediti dallo stesso maturati, oltre che la propria posizione formativa complessiva.
5. Il professionista sanitario ha diritto di scegliere e partecipare liberamente agli eventi organizzati dai provider, fermi restando i vincoli posti dalle vigenti normative delle singole categorie.
6. I provider non possono prevedere limiti alla partecipazione agli eventi diversi da quelli previsti dal presente Accordo e dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.
7. I professionisti sanitari hanno diritto di conoscere, prima della partecipazione all'evento formativo, gli eventuali rapporti intrattenuti dai docenti e moderatori con imprese commerciali operanti in ambito sanitario nei due anni precedenti all'evento.
Art. 25. Obbligo formativo
1. Sono destinatari dell'obbligo E.C.M. tutti i professionisti sanitari che esercitano l'attività sanitaria alla quale sono abilitati.
2. Il professionista sanitario ha l'obbligo di curare la propria formazione e competenza professionale nell'interesse della salute individuale e collettiva.
3. Assolve l'obbligo formativo il professionista sanitario che pone in essere quanto previsto dalla vigente normativa in materia di E.C.M.
Art. 26. Decorrenza dell'obbligo formativo
1. L'obbligo di formazione continua decorre dal 1° gennaio successivo alla data di conseguimento del titolo abilitante necessario per l'esercizio dell'attività sanitaria.
2. Dalla data di cui al precedente comma, il professionista sanitario deve maturare esclusivamente i crediti previsti per i residui anni del triennio formativo.

3. Nel Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario sono individuati i crediti per i professionisti sanitari che esercitano l'attività sanitaria successivamente ad un periodo di mancato esercizio della stessa.

Art. 27. Esenzioni ed esoneri

1. La Commissione nazionale stabilisce le fattispecie di esenzione ed esonero dall'obbligo di formazione continua, definendo le procedure necessarie per la disciplina delle stesse, nel Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario.

TITOLO II OBIETTIVI FORMATIVI

Art. 28. Obiettivi formativi

1. Le attività formative devono essere programmate e realizzate tenendo conto degli obiettivi formativi previsti come prioritari nel Programma nazionale E.C.M., nel Piano sanitario nazionale e nei Piani sanitari regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

2. La Commissione nazionale individua, in condivisione con il C.T.R., gli obiettivi formativi tenendo conto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dei Piani sanitari regionali e delle linee guida di cui all'art. 3 del d.l. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla l. n. 189/2012 e li inserisce in almeno una delle seguenti macroaree: a) obiettivi formativi tecnico-professionali; b) obiettivi formativi di processo; c) obiettivi formativi di sistema.

3. Gli obiettivi formativi tecnico-professionali di cui alla lettera a) del precedente comma individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza.

4. Gli obiettivi formativi di processo di cui alla lettera b) del comma 2 individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato segmento di produzione.

5. Gli obiettivi formativi di sistema di cui alla lettera c) del comma 2 individuano lo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, consentendo la programmazione di eventi interprofessionali, destinati a tutti gli operatori.

Art. 29. Dossier formativo

1. Il dossier formativo è espressione della programmazione dell'aggiornamento nel tempo e della coerenza della formazione/aggiornamento rispetto alla professione, alla disciplina, alla specializzazione, al profilo di competenze nell'esercizio professionale quotidiano. Il dossier formativo deve rispondere a quanto atteso dalla propria organizzazione di appartenenza e di riferimento e/o alla coerenza degli interventi formativi anche rispetto al profilo di sviluppo individuale desiderato. Costituisce lo strumento attraverso il quale il professionista sanitario programma e verifica il proprio percorso formativo alla luce del suo profilo professionale e della propria posizione sia come singolo sia come soggetto che opera all'interno di gruppi professionali.

2. Nella programmazione del dossier formativo si individuano i bisogni formativi da soddisfare per ogni macroarea.

3. La Commissione nazionale stabilisce i termini e le modalità per la realizzazione del dossier formativo.

4. Il dossier formativo è strumento idoneo a rilevare i bisogni formativi dei professionisti e contribuisce ad indirizzare e qualificare l'offerta formativa da parte dei provider.

TITOLO III I CREDITI Art. 30. Misurazione della formazione continua 1. Il compimento delle attività formative disciplinate dalla normativa vigente è misurato mediante crediti formativi.

Art. 31. Crediti formativi

1. Il Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M., stabilisce i criteri per determinare il numero dei crediti da attribuire ai singoli eventi formativi. 1. I criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività E.C.M., costituiscono allegato al presente Accordo. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano adeguano i propri sistemi ai suddetti criteri entro il 31 dicembre del 2017. Eventuali modifiche a tali criteri, nonché i relativi termini di adeguamento, saranno approvati dalla Commissione nazionale in condivisione con il C.T.R..

2. La Commissione nazionale stabilisce il numero di crediti da conseguire nel triennio formativo.

Art. 32. Riconoscimento dei crediti

1. Il professionista sanitario consegue il diritto al riconoscimento dei crediti formativi con il superamento positivo delle verifiche finali, laddove previste dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M., degli eventi erogati dai provider e con il compimento delle attività formative consistenti nell'attività di formazione individuale.

2. Fuori dai casi di formazione individuale, il riconoscimento dei crediti maturati per la partecipazione ad eventi è consentita esclusivamente ai provider secondo la disciplina prevista dalla Parte IV.

Art. 33. Anagrafe dei crediti

1. I crediti individuali maturati dai professionisti sanitari sono registrati in un'unica anagrafe nazionale gestita dal Co.Ge.A.P.S.

2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono dotarsi di propri sistemi anagrafici, aggiuntivi e non alternativi all'anagrafe nazionale.

3. Per la registrazione dei crediti, il provider trasmette i dati tramite traccia elettronica comune all'ente accreditante e al Co.Ge.A.P.S. I provider regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano hanno la facoltà, previo accordo con i

rispettivi enti accreditanti, di delegare la Regione o la Provincia autonoma alla trasmissione dei report delle partecipazioni E.C.M. al Co.Ge.A.P.S., fermo restando il rispetto delle tempistiche di cui al seguente art. 73.
4. L'ente accreditante si interfaccia con il Co.Ge.A.P.S. per verificare l'allineamento automatico delle informazioni relative alle partecipazioni e alle docenze, in modo da avere informazioni aggregate identiche in entrambi i sistemi.
5. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno la possibilità di interfacciarsi con il Co.Ge.A.P.S., per avere le informazioni aggregate relative all'obbligo formativo E.C.M. e al soddisfacimento dello stesso per i professionisti dipendenti e convenzionati del sistema sanitario.
6. Fermo restando l'obbligo di utilizzo della traccia elettronica comune, eventuali modifiche alla traccia possono avvenire solo a seguito di accordo tra Commissione nazionale e C.T.R. e salva, in ogni caso, la previsione di un congruo tempo di adeguamento.
Art. 34. Attestati E.C.M.
1. Il professionista sanitario può chiedere in qualsiasi momento al provider l'attestato E.C.M. dal quale risulti il numero di crediti dallo stesso maturati.
2. La consegna dell'attestato è preceduta dal controllo, da parte del provider, del superamento positivo delle verifiche finali sulla partecipazione all'evento formativo.
Art. 35. Certificazione dei crediti
1. Il professionista sanitario può chiedere in qualsiasi momento l'attestazione del numero di crediti formativi effettivamente maturati e registrati e la certificazione del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo del triennio.
2. Competenti al rilascio della certificazione sono: a) per i professionisti esercenti una professione regolamentata e ordinata tramite Ordini e Collegi, i relativi Ordini e Collegi; b) per i professionisti esercenti una professione regolamentata e non ordinata tramite Ordini e Collegi iscritti ad una Associazione professionale, la relativa associazione; c) per i professionisti esercenti una professione regolamentata non ordinata tramite Ordini e Collegi e non iscritti ad una delle associazioni maggiormente rappresentative, la Commissione nazionale.
3. Gli Ordini, i Collegi, le rispettive Federazioni nazionali e le Associazioni professionali non possono certificare crediti ai professionisti reclutati di cui all'art. 80 oltre il limite massimo di un terzo dei crediti formativi da maturare nel periodo formativo di riferimento.
4. Per il compimento di tali attività, gli enti certificatori si avvalgono delle anagrafi gestite dal Co.Ge.A.P.S.
5. Le certificazioni rilasciate sono valide e utilizzabili secondo la normativa vigente.
6. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi, i certificati relativi al numero di crediti formativi maturati e all'assolvimento dell'obbligo formativo sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.
Art. 36. Formazione dei liberi professionisti
1. Per i liberi professionisti, la Commissione nazionale può prevedere deroghe, debitamente motivate, sulle modalità di acquisizione dei crediti.
TITOLO IV FORMAZIONE INDIVIDUALE
Art. 37. Autoformazione e tutoraggio individuale
1. La Commissione nazionale stabilisce le modalità, i destinatari e il numero di crediti annui conseguibili mediante autoformazione.
2. Non è consentito ai provider riconoscere crediti per l'autoformazione.
3. La certificazione dei crediti da autoformazione è compiuta dai soggetti indicati al comma 2 dell'art. 35 del presente Accordo.
4. Le tipologie di tutoraggio individuale e le modalità di riconoscimento dei crediti sono stabilite dal Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario.
Art. 38. Ricerca scientifica
1. Fatto salvo quanto stabilito dalla normativa vigente, la ricerca scientifica costituisce la principale tipologia di formazione individuale.
2. L'attività di ricerca scientifica è valutata ai fini dell'assolvimento dell'obbligo formativo solo se risultante da: a) pubblicazioni su riviste scientifiche specializzate presenti su banche dati internazionali; b) pubblicazioni di libri, saggi, monografie;
3. La Commissione nazionale stabilisce i limiti e le modalità di riconoscimento dei crediti per le pubblicazioni scientifiche.
Art. 39. Attività formativa all'estero
1. Ai fini dell'adempimento dell'obbligo formativo potrà essere riconosciuto lo svolgimento di attività formative fuori dal territorio nazionale.
2. Le tipologie di attività formativa e le modalità di riconoscimento dei crediti svolti fuori dal territorio nazionale sono stabilite dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M. e dal Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario. La regolamentazione tutelerà la specificità dei professionisti sanitari operanti nelle Regioni e Province Autonome confinanti con limitrofe a stati esteri in maniera che gli stessi professionisti non vengano penalizzati per la formazione svolta in tali Stati. Le parti dei suddetti Manuali relative a tale specifica disciplina saranno adottate in condivisione con il C.T.R.. Nelle more dell'approvazione dei predetti Manuali la Commissione nazionale provvede con delibere sui singoli casi.
Art. 40. Protocolli d'intesa per il mutuo riconoscimento dei crediti

1. La Commissione nazionale promuove la stipula di convenzioni e protocolli a livello europeo e internazionale allo scopo di consentire il mutuo riconoscimento dei crediti formativi.
2. Le convenzioni e i protocolli di cui al precedente comma possono essere stipulati, oltre che dalla Commissione nazionale, anche dalle Regioni, dalle Province autonome di Trento e Bolzano e dagli Ordini e Collegi, Associazioni professionali e loro Federazioni, nonché da altri enti pubblici non economici aventi finalità di formazione. L'efficacia di tali convenzioni e protocolli è subordinata al parere positivo della Commissione nazionale.

PARTE IV L'EROGAZIONE DI FORMAZIONE CONTINUA
TITOLO I L'ACCREDITAMENTO
Sezione I Disposizioni generali
Art. 41. Accreditamento dei soggetti erogatori di formazione continua
1. L'erogazione di eventi per la formazione continua e il riconoscimento dei relativi crediti sono consentiti esclusivamente ai soggetti accreditati ai sensi del presente Titolo.
2. L'accreditamento può essere limitato a: a) specifiche macroaree formative di cui all'art. 28; b) specifiche professioni sanitarie; c) specifiche tipologie formative.
3. I crediti riconosciuti ai professionisti sanitari hanno identico valore indipendentemente dai limiti dell'accreditamento del provider.
4. La disciplina esecutiva relativa al procedimento di accreditamento è prevista dai rispettivi Manuali di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.
5. Nel caso in cui un ente accreditante regionale o delle Province autonome di Trento e Bolzano non provveda all'accreditamento secondo le modalità e i tempi previsti dalla legge, dal presente Accordo e dai rispettivi Manuali di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M., l'istante può presentare la domanda di accreditamento alla Commissione nazionale.
Art. 42. Supporto operativo dell'Age.na.s.
1. Ai fini di una maggiore armonizzazione con il sistema di accreditamento nazionale dei provider e nel rispetto del principio dell'economicità della gestione, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono stipulare con l'Age.na.s. accordi per lo svolgimento delle attività operative, procedurali ed informatiche di accreditamento dei provider nelle aree di propria competenza.
2. Per le finalità di cui al comma 1 e in un'ottica comparativa, l'Age.na.s. può stipulare appositi accordi con altri enti, istituzioni ed organismi europei o internazionali. 3. Gli accordi di cui ai precedenti commi sono a titolo oneroso.
Art. 43. Contributo alle spese
1. L'accreditamento dei provider è subordinato al versamento di un contributo economico in favore dell'ente accreditante.
2. La determinazione del contributo alle spese è stabilita ai sensi dell'articolo 92 comma 5 della legge 23 dicembre 2000 n. 388.
3. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano provvedono con i propri provvedimenti alla determinazione dei contributi a carico dei provider regionali e provinciali, garantendo che l'entità di tali contributi sia tale da coprire gli oneri diretti e indiretti a carico delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano per le attività di propria competenza.
Sezione II Accreditamento nazionale, regionale e delle Province autonome di Trento e Bolzano
Art. 44. Limiti territoriali
1. L'accreditamento conseguito presso la Commissione nazionale consente di erogare eventi su tutto il territorio nazionale e al di fuori dello stesso.
2. L'accreditamento conseguito presso le Regioni o le Province autonome di Trento e Bolzano consente di erogare eventi esclusivamente nel territorio dell'ente accreditante. L'evento erogato dal provider delle Regioni o delle Province autonome di Trento e Bolzano fuori da tale territorio deve essere accreditato dalla Commissione nazionale, alla quale sarà dovuto il contributo alle spese relativo all'evento. La formazione a distanza è limitata, con requisiti di tracciabilità, ai discenti che svolgono la loro attività sanitaria nel territorio della Regione o della Provincia autonoma, salvo il caso in cui il personale interno svolga attività sanitaria in una Regione diversa da quella in cui il provider è stato accreditato. Resta salva la possibilità per i provider delle Regioni o delle Province autonome di Trento e Bolzano di accreditare l'evento FAD fuori dal territorio di competenza presentando istanza alla Commissione nazionale per consentire la partecipazione a livello nazionale.
3. Non è consentito conseguire contestualmente l'accreditamento come provider nazionale, regionale o delle Province autonome di Trento e Bolzano.
Art. 45. Requisiti nazionali minimi per l'accreditamento provvisorio
1. Può conseguire l'accreditamento provvisorio qualsiasi soggetto dotato di una organizzazione adeguata all'erogazione di formazione continua nel settore della salute.
2. L'organizzazione del provider per l'erogazione di formazione continua è adeguata solo se ricorrono contestualmente: a) l'attività di formazione in ambito sanitario nel proprio oggetto di attività; b) l'incarico ad un Comitato Scientifico per la progettazione e validazione del piano formativo annuale e del programma dei singoli eventi; c) l'esistenza di infrastrutture fisiche ed informatiche adeguate alle tipologie formative per le quali si chiede l'accreditamento; d)

l'adozione di procedure per il miglioramento continuo delle attività formative; e) l'adozione di processi di archiviazione, conservazione e trasmissione dei dati relativi ai crediti riconosciuti ai professionisti sanitari.
3. Non può conseguire l'accreditamento: a) il soggetto che produce, commercializza, distribuisce o pubblicizza prodotti di interesse sanitario. Tali attività non possono essere svolte neanche in modo indiretto; b) il soggetto che intrattiene con imprese operanti in ambito sanitario rapporti commerciali diversi dalla sponsorizzazione disciplinata dal presente Accordo tali da compromettere la qualità e l'indipendenza della formazione. La Commissione nazionale stabilisce i termini, le modalità e ogni altro aspetto di natura formale o sostanziale per regolamentare l'esercizio di attività formative non accreditate nel sistema E.C.M. poste in essere dai provider; c) il soggetto alla cui struttura organizzativa o proprietaria partecipano soggetti che producono, commercializzano, distribuiscono o pubblicizzano prodotti di interesse sanitario; d) il soggetto alla cui struttura organizzativa o proprietaria partecipano soggetti aventi coniuge, parenti o affini fino al secondo grado che producono, commercializzano, distribuiscono o pubblicizzano prodotti di interesse sanitario.
4. La disciplina esecutiva relativa ai requisiti minimi richiesti per l'accreditamento è prevista dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M..
5. Il partner dell'evento è soggetto agli stessi limiti previsti dal precedente comma 3.
6. Il provider non può organizzare o partecipare, direttamente o indirettamente, all'organizzazione di eventi che hanno ad oggetto l'informazione su prodotti di interesse sanitario a scopo promozionale.
Art. 46. Requisiti regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano per l'accreditamento
1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono prevedere requisiti di accreditamento ulteriori rispetto agli standard nazionali minimi stabiliti dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.
2. I requisiti stabiliti dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano devono essere oggettivamente idonei ad elevare la qualità dell'offerta formativa e non possono prevedere una riduzione degli standard minimi necessari per l'accreditamento.
Art. 47. Manuali regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano di accreditamento
1. I requisiti per l'accreditamento stabiliti dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano sono descritti nei Manuali regionali o delle Province autonome di Trento e Bolzano di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M. qualora si discostino dai requisiti del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M..
2. I Manuali regionali o delle Province autonome di Trento e Bolzano non possono derogare, se non nei limiti di cui al seguente comma 3, alla disciplina prevista dal presente Accordo e dal Manuale nazionale relativa: a) ai requisiti minimi e standard di accreditamento; b) all'indipendenza del contenuto formativo da influenze commerciali; c) ai criteri per il riconoscimento dei crediti, anche maturati all'estero; d) alla corretta trasmissione dei dati relativi al riconoscimento dei crediti tramite traccia elettronica unica; e) alle violazioni.
3. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano trasmettono il loro eventuale Manuale al C.T.R. indicando i requisiti oggettivamente idonei ad elevare la qualità dell'offerta formativa rispetto agli standard minimi nazionali.
4. Il C.T.R. valuta le differenze dei Manuali rispetto al Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M. ed esprime parere alla Commissione nazionale, la quale comunica la propria decisione alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano interessate.
5. La Commissione nazionale verifica il contenuto dei Manuali e può chiedere chiarimenti alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano ove ritenga che tali Manuali non rispettino i requisiti minimi previsti dal presente Accordo e dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano devono fornire tali chiarimenti entro 30 giorni dalla richiesta e, comunque, devono adeguare i rispettivi Manuali ai requisiti minimi previsti dal presente Accordo e dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.. può alternativamente: a) approvare il Manuale, che entra in vigore dalla data di pubblicazione sul sito internet istituzionale dell'ente accreditante regionale o della Provincia autonoma interessata; b) non approvare il Manuale. In tal caso per la Regione o Provincia autonoma interessata resta in vigore il Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M. 6. Nel caso di cui alla lett. b) del precedente comma 5, la Regione o la Provincia autonoma interessata dispongono a favore della Commissione nazionale una quota a titolo di rimborso delle spese sostenute per le attività connesse alle verifiche. 7.
6. Fino all'approvazione dei Manuali, i provider regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano sono accreditati dai rispettivi enti accreditanti territoriali secondo la disciplina prevista dal presente Accordo e dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.
Art. 48. Competenza degli enti accreditanti regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano
1. La domanda di accreditamento può essere rivolta all'ente accreditante liberamente scelto dall'istante salvo quanto di seguito previsto.
2. I soggetti pubblici erogatori di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie devono chiedere l'accreditamento come provider alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano in cui hanno la sede legale. I soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie possono liberamente scegliere l'ente accreditante.
3. Qualora i soggetti pubblici di cui al precedente comma svolgano il proprio piano formativo in più Regioni, possono sottoporre la richiesta di accreditamento alla Commissione nazionale.
4. Nel caso in cui le aziende sanitarie e gli altri soggetti pubblici o privati erogatori di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ed eventuali enti di formazione a partecipazione prevalentemente pubblica regionale o provinciale, abbiano più

sedi operative ubicate in più Regioni o Province autonome, la domanda di accreditamento può essere presentata alla Commissione nazionale.
5. I provider regionali o delle Province autonome di Trento e Bolzano che intendano erogare eventi formativi al di fuori del territorio dell'ente accreditante devono chiedere l'accreditamento del singolo evento alla Commissione nazionale cui è dovuto, in tal caso, il relativo contributo alle spese.
6. Le Università, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.S.S.), gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (II.ZZ.SS.) e gli enti pubblici di rilievo nazionale possono chiedere l'accreditamento nazionale ancorché siano accreditati come erogatori di attività sanitarie o sociosanitarie.
Art. 49. Domanda di accreditamento regionale e delle Province autonome di Trento e Bolzano
1. L'ente accreditante competente a ricevere la domanda di accreditamento regionale o della Provincia di Trento e Bolzano è individuato in virtù della sede legale dell'istante.
2. La disciplina relativa alla presentazione della domanda di accreditamento è prevista dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M. o nei Manuali regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano adottatoi dall'ente accreditante.
Sezione III Accreditamento provvisorio e standard
Art. 50. Durata dell'accreditamento
1. L'accreditamento per l'erogazione di eventi formativi è provvisorio e standard.
2. L'accreditamento provvisorio diviene efficace dalla data di notifica del relativo provvedimento di accreditamento e diviene inefficace decorsi due anni da tale data, salvi gli effetti della domanda di accreditamento standard di cui al seguente art. 53.
3. L'accreditamento standard diviene efficace dalla data di notifica del relativo provvedimento di accreditamento e diviene inefficace decorsi quattro anni da tale data, salvi gli effetti della domanda di rinnovo dell'accreditamento ai sensi dell'art. 56.
4. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono prevedere termini di efficacia del provvedimento di accreditamento provvisorio, di durata comunque biennale, e standard, di durata comunque quadriennale, differenti rispetti a quelli previsti nei precedenti commi 2 e 3, purché previsti nei rispettivi Manuali regionali.
Art. 51. Domanda di accreditamento provvisorio
1. Il procedimento di accreditamento provvisorio viene avviato con la presentazione della domanda di accreditamento disciplinata dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M. o nei Manuali regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano adottatoi dall'ente accreditante.
2. Non possono presentare domanda di accreditamento i soggetti cui è stato notificato provvedimento di diniego dell'accreditamento provvisorio o standard, salvo siano decorsi sei mesi dalla notifica del provvedimento e siano state eliminate le cause del diniego.
3. Non possono presentare domanda di accreditamento i soggetti cui è stato notificato provvedimento di revoca dell'accreditamento, salvo siano decorsi due anni dalla notifica del provvedimento e siano state eliminate le cause della revoca.
Art. 52. Accertamento dei requisiti per l'accreditamento provvisorio
1. L'ente accreditante accerta la sussistenza dei requisiti richiesti per l'accreditamento provvisorio.
2. Nel caso in cui l'ente accreditante accerti la sussistenza dei requisiti, notifica il provvedimento di accreditamento al provider e lo iscrive nell'albo nazionale dei provider, comprensivo degli elenchi regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano.
3. Nel caso in cui l'ente accreditante accerti l'insussistenza dei requisiti provvede alternativamente: a) a chiedere un'integrazione o una modifica dei dati dichiarati; b) ad emanare un provvedimento di diniego dell'accreditamento provvisorio secondo le procedure di cui alla legge generale sul procedimento amministrativo.
4. L'ente accreditante comunica al richiedente le eventuali integrazioni documentali indicando il termine entro cui sanare le eventuali criticità. L'ente accreditante compie i propri accertamenti e le proprie valutazioni sulle integrazioni prodotte e, successivamente, provvede ad adottare motivato provvedimento.
5. In caso di diniego dell'accreditamento provvisorio, l'ente accreditante comunica il provvedimento al richiedente. 6. In caso di diniego, la domanda potrà essere ripresentata decorsi sei mesi dalla data di notifica del relativo provvedimento.
Art. 53. Domanda di accreditamento standard
1. Il provider può avviare il procedimento di accreditamento standard novanta giorni prima della scadenza dell'accreditamento provvisorio. La domanda è inammissibile qualora sia presentata oltre la scadenza dell'accreditamento provvisorio, con conseguente decadenza dalla posizione di provider e applicazione dell'art. 54 comma 6.
2. Con la presentazione della domanda di cui al precedente comma, il provider mantiene l'accreditamento provvisorio fino alla data di notifica dell'esito del procedimento di accreditamento standard o, per i provider accreditati presso le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, fino alla data di decorrenza del provvedimento di accreditamento standard purché disciplinato nei rispettivi Manuali regionali o delle Province autonome di Trento e Bolzano.
3. Le modalità di presentazione della domanda di accreditamento standard sono disciplinate dal Manuale adottato dall'ente accreditante.

4. Non può chiedere l'accreditamento standard il provider provvisorio al quale è stato notificato il provvedimento di revoca dell'accreditamento provvisorio. Il provider al quale è stato revocato l'accreditamento non può presentare istanza di accreditamento provvisorio prima che siano decorsi due anni dalla notifica del provvedimento di revoca.

Art. 54. Accertamento dei requisiti per l'accreditamento standard

1. L'ente accreditante accerta la sussistenza dei requisiti e valuta la conformità alla disciplina prevista al seguente Titolo degli eventi formativi svolti durante l'accreditamento provvisorio.

2. Gli accertamenti dell'ente accreditante avvengono mediante le visite presso la sede del provider provvisorio secondo la disciplina di cui all'art. 55.

3. Successivamente alla visita in loco, l'ente accreditante, salvo quanto previsto dal seguente comma 4, provvede alternativamente: a) all'approvazione dell'accreditamento standard; b) al diniego dell'accreditamento standard secondo le procedure di cui alla legge generale sul procedimento amministrativo.

4. L'ente accreditante comunica al provider le eventuali integrazioni documentali indicando il termine entro cui sanare le eventuali criticità. L'ente accreditante compie i propri accertamenti in relazione alle integrazioni prodotte e, salvo quanto previsto dalla legge sul procedimento amministrativo in generale, provvede ai sensi del comma 3 del presente articolo.

5. In caso di approvazione dell'accreditamento, l'ente accreditante notifica il provvedimento al provider e lo inserisce nell'albo nazionale dei provider comprensivo degli elenchi regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

6. In caso di diniego dell'accreditamento, l'ente accreditante comunica il provvedimento al provider interessato e lo cancella dall'albo dei provider, dando idonea pubblicità della cancellazione degli eventi programmati e non ancora svolti. Dalla data di ricezione della comunicazione del provvedimento, l'interessato cessa di essere provider e gli è preclusa la possibilità di erogare eventi. Il provider dovrà comunque pagare il contributo alle spese annuale per l'anno in corso e quello per specifiche attività formative svolte, trasmettere il report dei discenti e attestare i crediti esclusivamente per gli eventi già svolti o in corso alla data della notifica del provvedimento.

Art. 55. Visite in loco

1. Le visite di cui al comma 2 del precedente articolo sono compiute dall'ente accreditante.

2. Per l'accreditamento standard è necessaria la valutazione, anche non contestuale alla visita, di un gruppo di verifica all'interno del quale opera un componente dell'ente accreditante.

3. Per l'accreditamento nazionale, il gruppo di verifica, all'interno del quale operano un componente della Commissione nazionale e gli incaricati della Segreteria, osserva la disciplina prevista dal Manuale delle verifiche adottato dalla Commissione nazionale.

4. In occasione della visita viene redatto un verbale dal quale risultino le eventuali criticità riscontrate unitamente ad eventuali indicazioni o suggerimenti. Il provider può chiedere la trascrizione delle proprie osservazioni.

5. Del verbale di visita sono redatti due originali, uno per il provider, l'altro per l'ente accreditante.

Art. 56. Rinnovo dell'accreditamento standard

1. La domanda di rinnovo dell'accreditamento standard può essere presentata novanta giorni prima della scadenza dell'accreditamento standard. Nel caso in cui la domanda non venga presentata, il provider decade dall'accreditamento al termine del periodo di cui all'art. 50, comma 3. In tal caso, trova applicazione l'art. 54 comma 6.

2. Con la presentazione della domanda di rinnovo, il provider mantiene l'accreditamento standard fino alla data di notifica dell'esito del procedimento di rinnovo o, per i provider accreditati presso le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, fino alla data di decorrenza del provvedimento di rinnovo purché disciplinato nei rispetti Manuali regionali.

3. Il procedimento di rinnovo segue la disciplina prevista per l'accreditamento standard, salva la facoltà per l'ente accreditante di escludere la visita presso la sede del provider o di individuare modalità di valutazione alternative alla stessa.

Art. 57. Variazioni

1. Il provider deve comunicare all'ente accreditante tutte le variazioni relative ai requisiti valutati per l'accreditamento, ovvero relative alla titolarità, alla struttura o all'organizzazione tempestivamente e comunque entro trenta giorni dal compimento delle stesse.

2. Il mantenimento dell'accreditamento in seguito alle variazioni è subordinato alla valutazione positiva da parte dell'ente accreditante.

Art. 58. Albo nazionale dei provider

1. La Commissione nazionale cura, di concerto con gli altri enti accreditanti, l'albo nazionale dei provider che è pubblico e liberamente consultabile.

2. Nell'albo nazionale sono iscritti i provider accreditati a livello nazionale, regionale e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

3. Sono annotate a margine delle rispettive posizioni dei provider iscritti all'Albo tutte le informazioni relative all'attività degli stessi, ivi comprese le eventuali sanzioni che risultano di interesse per il sistema E.C.M.

Art. 59. Rinuncia all'accreditamento

1. Il provider che intende rinunciare all'accreditamento deve inviarne comunicazione scritta all'ente accreditante.

2. La cancellazione avrà effetto dalla data di notifica del provvedimento di cancellazione dall'Albo dei provider e verrà data da parte dell'ente accreditante idonea pubblicità della cancellazione degli eventi programmati e non ancora svolti.

3. Anche successivamente alla notifica di cui al comma precedente, il provider dovrà pagare il contributo alle spese

degli eventi già svolti o in corso alla data della notifica del provvedimento, trasmettere il report dei discenti e attestare i crediti relativamente agli eventi già svolti o in corso alla data della notifica del provvedimento. È salvo in ogni caso l'obbligo di pagamento del contributo annuale alle spese per l'anno in corso.

4. La rinuncia dell'accreditamento non comporta la decadenza degli obblighi nei confronti dell'ente accreditante che si riserva di applicare le procedure di riscossione coattiva e di recupero delle spese, maggiorate di interessi, nelle forme previste dalle leggi vigenti.

TITOLO II GLI EVENTI

Art. 60. Gli eventi formativi

1. L'erogazione degli eventi formativi è subordinata all'accreditamento di cui al Titolo I di questa Parte e al pagamento dei contributi previsti dalla vigente normativa.

2. Le regole relative allo svolgimento degli eventi sono contenute nel presente Titolo, nei Manuali di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M. e nelle delibere della Commissione nazionale.

Art. 61. Tipi di formazione

1. Le attività formative sono di quattro tipi: a) residenziale; b) a distanza; c) sul campo; d) blended.

2. La Commissione nazionale definisce le regole esecutive relative ai diversi tipi di formazione, come previsto dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.

Art. 62. Pubblicità dell'evento E.C.M.

1. Nella pubblicità dell'evento, il provider deve osservare i limiti previsti dai Manuali di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M. ed indicare espressamente l'obiettivo formativo di riferimento sul programma e su tutti gli strumenti informativi.

2. In ogni caso, la pubblicità dell'evento non deve creare la suggestione del commercio dei crediti formativi in violazione delle regole previste dal presente Accordo e dal Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.

Art. 63. Qualità dei contenuti formativi tecnico-scientifici

1. Il provider è responsabile della qualità tecnico scientifica dell'evento.

2. Il provider deve erogare eventi il cui contenuto scientifico è attuale e aggiornato al momento in cui viene fruito dai discenti, anche nel caso in cui si tratti di formazione a distanza.

3. I contenuti formativi devono essere coerenti con gli obiettivi formativi stabiliti dall'ente accreditante.

4. I contenuti formativi devono essere proporzionati alla durata e alle modalità di svolgimento dell'evento.

5. L'erogazione di eventi sulle pratiche e medicine non convenzionali deve essere previamente autorizzata dall'ente accreditante secondo la disciplina dallo stesso adottata.

6. L'erogazione di eventi sull'alimentazione per la prima infanzia segue la disciplina prevista dalle norme vigenti.

7. Il provider deve comunicare all'ente accreditante gli obiettivi formativi dell'evento.

Art. 64. Rilevazione dei fabbisogni formativi

1. Il provider deve adottare procedure finalizzate alla rilevazione e all'analisi delle esigenze formative delle categorie professionali cui è rivolta l'attività formativa.

2. Il provider descrive le procedure di cui al precedente comma nel Piano della qualità.

Art. 65. Pianificazione dell'offerta formativa

1. Il provider approva il programma dei singoli eventi secondo la procedura descritta nel Piano della qualità disciplinato nel Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.

2. Il provider nazionale elabora un piano formativo annuale degli eventi che intende erogare e lo comunica alla Commissione nazionale entro il 28 febbraio dello stesso anno. I provider regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano comunicano i piani formativi ai propri rispettivi enti accreditanti secondo i tempi da questi stabiliti nel Manuale regionale o delle Province autonome di Trento e Bolzano di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.

3. Il piano formativo annuale è preso in considerazione per valutare le capacità programmatorie del provider.

4. Il provider deve erogare almeno la metà degli eventi indicati nel piano formativo annuale.

Art. 66. Relazione annuale degli eventi

1. Entro il 31 marzo di ogni anno il provider trasmette all'ente accreditante la relazione annuale relativa agli eventi svolti nell'anno precedente.

2. Il contenuto della relazione di cui al comma precedente è previsto nel Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.

Art. 67. Obiettivi formativi e responsabile scientifico dell'evento

1. Il provider deve garantire la coerenza delle tematiche trattate con le professioni sanitarie dei discenti di cui si prevede la partecipazione all'evento, anche al fine di consentire la corretta elaborazione del dossier formativo.

2. Il Comitato Scientifico del provider individua per ogni singolo evento uno o più persone che assumono la funzione di responsabili scientifici.

Art. 68. Programma e obiettivi dell'evento

1. Il provider deve comunicare all'ente accreditante il programma e obiettivi dell'evento almeno 15 giorni prima dell'inizio dello stesso, salvo i diversi termini stabiliti dal Manuale adottato dall'ente accreditante e dalla vigente normativa.

2. Nel programma devono essere indicati i responsabili scientifici, i docenti e i moderatori con gli estratti dei relativi curricula, nonché i crediti assegnati per l'evento.

3. Il programma dell'evento viene inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante.

Art. 69. Variazioni e cancellazione dell'evento

1. Qualunque variazione relativa all'evento è comunicata all'ente accreditante prima dello svolgimento dello stesso. L'ente accreditante stabilisce il termine entro cui è possibile compiere e comunicare le variazioni per cause oggettivamente non imputabili al provider.

2. Il provider deve provvedere alla cancellazione dal sistema informatico E.C.M. degli eventi inseriti che non intende svolgere, secondo le modalità stabilite nel Manuale nazionale.

Art. 70. Docenti e moderatori dell'evento

1. Il provider documenta gli accordi stipulati con i docenti e i moderatori e conserva copia dei loro curricula, nonché del materiale didattico al solo ed esclusivo fine di consentire la valutazione da parte dell'ente accreditante circa il rispetto della normativa E.C.M., per un termine di cinque anni.

Art. 71. Qualità dei metodi didattici

1. Nell'erogazione dell'evento, il provider deve far ricorso a metodi didattici coerenti con le tipologie formative erogate e deve adottare procedure e strutture che garantiscano la qualità del progetto formativo.

2. L'evento deve essere erogato nei confronti di un numero di discenti adeguato alle strutture e procedure utilizzate.

Art. 72. Svolgimento dell'evento

1. Il provider è responsabile dell'organizzazione, dello svolgimento e di ogni altra attività o adempimento afferente all'evento. In particolare, è responsabile: a) dell'effettiva partecipazione dei discenti all'evento; b) della correttezza delle procedure relative alle verifiche finali dell'apprendimento dei discenti; c) della correttezza delle procedure relative alle verifiche sulla qualità percepita dai discenti; d) della correttezza delle procedure relative al questionario sulla percezione di interessi commerciali di ambito sanitario durante l'erogazione dell'evento.

2. Il provider attesta i crediti maturati dal partecipante che ha superato positivamente le verifiche di cui al comma precedente.

Art. 73. Rapporto dell'evento

1. Entro novanta giorni dalla conclusione dell'evento, il provider trasmette, tramite traccia elettronica comune, all'ente accreditante e al Co.Ge.A.P.S. in coerenza con quanto definito all'art. 33 comma 3: a) l'elenco dei nomi dei discenti e dei docenti cui sono stati riconosciuti crediti formativi; b) il numero dei crediti riconosciuti a ciascun discente; c) l'elenco dei discenti reclutati; d) i dati identificativi dei soggetti che hanno compiuto reclutamenti.

2. Il provider conserva copia di tutta la documentazione relativa al riconoscimento dei crediti e al pagamento del contributo alle spese per cinque anni a decorrere dalla data di svolgimento dell'evento.

Art. 74. Luogo di svolgimento dell'evento

1. La sede dell'evento deve essere conforme alla normativa in materia di sicurezza dei luoghi e deve essere adeguata alla tipologia di attività formativa erogata. La Commissione nazionale può stabilire i requisiti necessari sulla idoneità dei luoghi in relazione alla tipologia di attività formativa erogata.

2. Il provider non può organizzare eventi formativi presso sedi, anche estere, rese disponibili da aziende aventi interessi commerciali in ambito sanitario.

3. L'erogazione di eventi fuori dal territorio nazionale da parte dei provider è soggetta ad un regolamento approvato dalla Commissione nazionale.

Art. 75. Finanziamenti di terzi

1. L'organizzazione degli eventi è informata al principio di trasparenza delle diverse forme di finanziamento.

2. Tutti i finanziamenti delle attività di formazione devono essere dichiarati secondo le modalità definite nei Manuali di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M.

Art. 76. Conflitto di interessi E.C.M.

1. Il conflitto d'interessi è ogni situazione nella quale un interesse secondario interferisce o potrebbe interferire con l'interesse primario consistente nell'obiettività, imparzialità, indipendenza della formazione professionale del settore della salute connessa al Programma di educazione continua in medicina (E.C.M.).

2. Il provider, in quanto responsabile dell'obiettività, indipendenza e imparzialità dei contenuti formativi dell'evento, adotta un regolamento interno che definisce le modalità per prevenire ed escludere le situazioni di conflitto, di interessi anche potenziale.

3. Il provider non può organizzare e gestire eventi con soggetti che producono, distribuiscono, commercializzano e pubblicizzano prodotti di interesse sanitario.

4. Il provider riceve e conserva una dichiarazione dei docenti e dei moderatori dell'evento avente ad oggetto l'esistenza di rapporti di natura finanziaria e lavorativa con imprese commerciali operanti in ambito sanitario intrattenuti nei due anni precedenti all'evento. L'esistenza di tali rapporti deve essere dichiarata ai partecipanti all'inizio dell'attività formativa.

5. Il provider riceve e conserva i curricula dei docenti e dei moderatori.

6. I pagamenti e i rimborsi ai docenti e ai moderatori dell'evento devono essere compiuti secondo le modalità previste da un regolamento interno.

7. Qualora il provider svolga anche attività di natura commerciale non in ambito sanitario consentite dal presente Accordo, dovrà garantire che la stessa si svolga in maniera tale da non influenzare in alcun modo l'attività E.C.M.

8. Ai fini di quanto previsto ai commi che precedono, le Amministrazioni firmatarie del presente Accordo convengono sin da ora che il tema del conflitto di interessi nell'ambito della formazione professionale del settore della salute

connessa al Programma di educazione continua in medicina (E.C.M.) sia oggetto di specifico approfondimento in raccordo con altre Istituzioni competenti.

Art. 77. Pubblicità di prodotti di interesse sanitario durante l'evento

1. Durante lo svolgimento dell'evento, la pubblicità di prodotti di interesse sanitario è consentita esclusivamente allo sponsor dell'evento al di fuori delle aree in cui vengono esposti i contenuti formativi. Il provider non può organizzare o partecipare all'organizzazione di eventi non accreditati nel sistema E.C.M. aventi ad oggetto la pubblicità di prodotti di interesse sanitario.

2. Durante lo svolgimento dell'evento, è consentita l'indicazione del principio attivo dei farmaci o del nome generico del prodotto di interesse sanitario. Non può essere indicato alcun nome commerciale, anche se non correlato con l'argomento trattato.

3. È vietata la pubblicità di prodotti di interesse sanitario: a) nel materiale didattico dell'evento, sia esso cartaceo, informatico o audiovisivo; b) nel programma, nei pieghevoli e nella pubblicità dell'evento.

Art. 78. Utilizzo di dispositivi sanitari

1. Se l'evento formativo ha per oggetto l'insegnamento dell'utilizzo di dispositivi sanitari unici e indispensabili per conseguire nuove conoscenze alla luce delle acquisizioni scientifiche più autorevoli e accreditate, il provider deve rendere noto ai discenti e comunicare all'ente accreditante se l'evento è in tutto o in parte finanziato da soggetti che producono, distribuiscono, commercializzano e pubblicizzano il dispositivo utilizzato. Il responsabile scientifico dell'evento indica le ragioni per cui il dispositivo sanitario deve ritenersi unico ed indispensabile.

2. Se l'evento formativo prevede l'uso di dispositivi sanitari che non sono unici e indispensabili ai sensi del comma 1, il provider deve garantire che il nome del dispositivo e il produttore dello stesso non siano riconoscibili ai discenti anche nelle aree adiacenti alla sede dell'evento

. 3. In nessun caso l'evento formativo si può risolvere nella promozione pubblicitaria di dispositivi sanitari.

4. L'ente accreditante può chiedere in qualsiasi momento al provider evidenze dell'osservanza di quanto previsto nel presente articolo.

Art. 79. Sponsorizzazione commerciale

1. Gli eventi possono essere sponsorizzati, mediante apposito contratto, da imprese commerciali operanti anche in ambito sanitario purché ciò non influenzi i contenuti formativi dell'evento.

2. Il provider deve comunicare all'ente accreditante l'esatto supporto finanziario o di risorse fornite dallo sponsor commerciale nel termine di trenta giorni prima dello svolgimento dell'evento.

3. Non è consentito indicare lo sponsor commerciale nell'esposizione dei contenuti formativi.

4. È consentito indicare il logo dello sponsor commerciale, secondo le modalità previste dal Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi E.C.M., esclusivamente: a) prima dell'inizio e dopo il termine dell'evento; b) nell'ultima pagina del materiale durevole, dei pieghevoli e del programma dell'evento.

5. Nello svolgimento dell'evento, il provider deve garantire ed è responsabile della corrispondenza tra le attività di sponsorizzazione previste dal contratto e quelle effettivamente realizzate.

6. Lo sponsor commerciale non può erogare alcun pagamento, rimborso o supporto, diretto, indiretto o per interposta persona, ai docenti e ai moderatori dell'evento. Tali adempimenti sono rimessi esclusivamente alla responsabilità del provider.

7. Il provider deve conservare e rendere disponibili all'ente accreditante e agli organi di verifica i contratti di sponsorizzazione dai quali si evincono chiaramente le obbligazioni assunte delle parti.

8. Lo sponsor può essere coinvolto nella distribuzione del materiale promozionale dell'evento e del materiale durevole.

9. È consentito l'accesso in aula di massimo due rappresentanti dello sponsor commerciale, purché ciò non condizioni l'attività formativa.

Art. 80. Reclutamento dei discenti

1. Si considera reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.

2. Il professionista sanitario non può assolvere a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento.

3. Prima dell'inizio dell'evento, il professionista sanitario deve dichiarare al provider il proprio reclutamento e il mancato superamento del limite di cui al precedente comma. La violazione di tale obbligo viene segnalata dall'ente accreditante all'Ordine, Collegio, Associazione nazionale o loro Federazioni cui il professionista risulta iscritto.

4. Il provider è responsabile della conservazione delle dichiarazioni e della loro trasmissione all'ente accreditante e al Co.Ge.A.P.S.

5. Il provider non può trasmettere allo sponsor o all'impresa reclutante gli elenchi e gli indirizzi dei discenti, dei docenti e dei moderatori dell'evento.

Art. 81. Obbligo di conservazione della documentazione

1. Il provider conserva per almeno cinque anni la documentazione originale relativa all'accreditamento, all'erogazione degli eventi e ai pagamenti dei contributi, nonché alle sponsorizzazioni al fine di consentire le verifiche degli organi di controllo.

2. Il provider deve garantire la riservatezza degli elenchi e degli indirizzi dei discenti, dei docenti e dei moderatori dell'evento.

TITOLO III VERIFICHE E VIOLAZIONI

Sezione I Verifiche

Art. 82. Organi di verifica

1. Gli enti accreditanti vigilano sul rispetto delle disposizioni previste dal presente Accordo.

2. Per il compimento delle attività di verifica, la Commissione nazionale si avvale dell'Osservatorio nazionale, del Comitato di garanzia e della Segreteria della Commissione nazionale. Tali organi operano secondo la disciplina prevista dal Manuale delle verifiche.

3. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono istituire propri organi di verifica o in alternativa possono stipulare con l'Age.na.s. accordi a titolo oneroso per lo svolgimento delle attività di verifica, previa approvazione della Commissione nazionale.

4. Costituisce elemento essenziale per l'approvazione la verifica dei Manuali regionali o delle Province autonome di Trento e Bolzano di accreditamento ed erogazione di eventi E.C.M. la previsione dell'istituzione di organi di verifica ovvero la stipula dell'accordo di cui al comma precedente.

Art. 83. Verifiche dell'Osservatorio nazionale

1. Nello svolgimento delle proprie attività, l'Osservatorio nazionale esegue: a) visite nel luogo di svolgimento dell'evento; b) valutazioni del materiale durevole; c) valutazioni delle schede sulla qualità percepita dai partecipanti; d) ogni altra attività che, previa approvazione della Commissione nazionale, sia ritenuta idonea per le verifiche della qualità degli eventi.

2. Ferma restando la centralità della Commissione nazionale e dell'Osservatorio nazionale quali organismi competenti in materia di controllo della qualità degli eventi, qualora ricorrano oggettive necessità operative, anche connesse al numero di eventi da valutare, e previa approvazione della Commissione nazionale, per le verifiche di competenza l'Osservatorio nazionale può avvalersi di soggetti esterni qualificati, individuati sulla base di specifici requisiti professionali predeterminati dalla Commissione. In questo caso, la Commissione nazionale e l'Osservatorio nazionale disciplinano in dettaglio le modalità operative delle verifiche coordinando e sovrintendendo alle stesse.

3. La Segreteria della Commissione nazionale partecipa ai lavori e alle attività dell'Osservatorio nazionale. 4. Gli esiti delle verifiche dell'Osservatorio nazionale approvati dalla Commissione nazionale possono essere annotati a margine dell'Albo dei provider e resi pubblici.

Art. 84. Verifiche del Comitato di garanzia

1. Nello svolgimento delle proprie attività, il Comitato di garanzia opera al fine di prevenire o individuare la lesione o il pericolo di lesione dell'indipendenza dei contenuti formativi da interessi commerciali.

2. Nello svolgimento delle proprie attività, il Comitato di garanzia esegue: a) visite nel luogo di svolgimento dell'evento; b) valutazioni del materiale durevole; c) valutazioni delle schede sulla qualità percepita dai partecipanti; d) ogni altra attività che, previa approvazione della Commissione nazionale, sia ritenuta idonea per le verifiche dell'indipendenza dei contenuti formativi degli eventi.

3. Ferma restando la centralità della Commissione nazionale e del Comitato di garanzia quali organismi competenti in materia di controllo dell'indipendenza dei contenuti formativi da interessi commerciali degli eventi, qualora ricorrano oggettive necessità operative, anche connesse al numero di eventi da valutare, e previa approvazione della Commissione nazionale, per le verifiche di propria competenza il Comitato di garanzia può avvalersi di soggetti esterni qualificati, individuati sulla base di specifici requisiti professionali predeterminati dalla Commissione. In questo caso, la Commissione nazionale e il Comitato di garanzia disciplinano in dettaglio le modalità operative delle verifiche coordinando e sovrintendendo alle stesse.

4. La Segreteria della Commissione nazionale partecipa ai lavori e alle attività del Comitato di Garanzia.

5. Gli esiti delle verifiche del Comitato di garanzia approvate dalla Commissione nazionale possono essere annotati a margine dell'Albo dei provider.

Sezione II Violazioni

Art. 85. Violazioni

1. Costituisce violazione ogni comportamento, anche omissivo, che sia in contrasto con quanto previsto dal presente Accordo e dalla normativa vigente.

2. Le violazioni possono essere: a) molto gravi; b) gravi; c) lievi.

Art. 86. Violazioni molto gravi

1. Costituisce violazione molto grave il mancato rispetto delle norme previste dal presente Accordo: a) sui limiti all'accreditamento di cui all'art. 44, commi 2 e 3; b) sui requisiti di cui all'art. 45, commi 3, 5 e 6; c) sullo svolgimento dell'evento di cui all'art. 72; d) sul rapporto dell'evento di cui all'art. 73; e) sul luogo di svolgimento dell'evento di cui all'art. 74; f) sul finanziamento di terzi di cui all'art. 75; g) sul conflitto d'interessi di cui all'art. 76; h) sulla pubblicità di prodotti di interesse sanitario di cui all'art. 77; i) sull'utilizzo di dispositivi sanitari di cui all'art. 78; l) sulla sponsorizzazione commerciale di cui all'art. 79; m) sul reclutamento dei discenti di cui all'art. 80, comma 4; n) sull'obbligo di conservazione della documentazione di cui all'art. 81; o) impedire od ostacolare le verifiche di cui agli artt. 55, 83 e 84.

2. Costituisce altresì violazione molto grave: a) l'omissione, l'inesatta o la falsa rappresentazione di dati e prestazioni nei contratti di sponsorizzazione e negli atti sul reclutamento dei partecipanti; b) il mancato pagamento del contributo annuale per l'accreditamento e per l'erogazione dei singoli eventi; c) il mancato adeguamento, nel termine prescritto, alle eventuali istruzioni contenute nell'atto di sospensione.

Art. 87. Violazioni gravi

1. Costituisce violazione grave il mancato rispetto delle norme: a) sulla libertà di partecipazione all'evento di cui all'art. 24 comma 6; b) sulla comunicazione delle variazioni di cui al comma 1 dell'art. 57; c) sulla pubblicità dell'evento di cui all'art. 62; d) sulla qualità dei contenuti formativi tecnico-scientifici di cui all'art. 63; e) sulla rilevazione dei fabbisogni formativi di cui all'art. 64; f) sulla pianificazione dell'offerta formativa di cui all'art. 65; g) sulla relazione annuale degli eventi di cui all'art. 66; h) sulla coerenza degli obiettivi formativi e sul responsabile scientifico dell'evento di cui all'art. 67; i) sul programma dell'evento di cui all'art. 68;l) sulle variazioni e la cancellazione dell'evento di cui all'art. 69; m) sui docenti dell'evento di cui all'art. 70; n) sulla qualità dei metodi didattici utilizzati di cui all'art. 71.
2. Costituisce altresì violazione grave: a) l'erogazione, da parte di un provider, di eventi non coerenti con le tipologie di formazione per le quali è stato conseguito l'accreditamento; b) la mancata adozione di un regolamento interno relativo ai compensi e ai rimborsi spese degli eventi nonché la violazione dello stesso ove adottato; c) il mancato adeguamento, nel termine indicato, alle eventuali istruzioni contenute nell'atto di ammonizione e il compimento nel biennio di due violazioni lievi.

Art. 88. Violazioni lievi

1. È lieve la violazione di quanto previsto nel presente Accordo e nella normativa vigente in materia di E.C.M. che non integri violazione molto grave o grave.

Art. 89. Revoca dell'accreditamento

1. L'accreditamento viene revocato nel caso in cui il provider: a) incorra in una violazione molto grave. b) non si conformi alle istruzioni eventualmente stabilite dall'ente accreditante entro il termine perentorio indicato nel provvedimento di sospensione.
2. La cessazione dell'accreditamento ha effetto dalla notifica del provvedimento di revoca.
3. Il provider al quale è stato revocato l'accreditamento non può presentare istanza di accreditamento provvisorio prima che siano decorsi due anni dalla notifica del provvedimento di revoca.

Art. 90. Sospensione dell'accreditamento)

1. Il compimento di una violazione grave comporta la temporanea sospensione dall'attività di provider per un periodo compreso tra un minimo di quindici giorni e un massimo di dodici mesi, salvo quanto stabilito in caso di più violazioni.
2. Il provvedimento di sospensione, da annotare nell'Albo nazionale dei provider, può anche contenere prescrizioni cui adeguarsi entro un termine perentorio.
3. La sospensione dell'accreditamento ha effetto dalla notifica del provvedimento e per tutto il periodo di sospensione non è possibile erogare gli eventi ancorché programmati.
4. Terminato il periodo di sospensione, il ripristino della qualifica di provider è automatico per la vigente durata dell'accreditamento provvisorio o standard.
5. Nel caso in cui durante il periodo di sospensione scadano i termini per la presentazione della domanda di accreditamento standard e della domanda di rinnovo dello stesso, dal giorno successivo alla scadenza della sospensione ricominciano a decorrere i termini di cui agli artt. 53 e 56.
6. Nel caso in cui le domande di accreditamento standard o di rinnovo dello stesso siano presentate prima della notifica del provvedimento di sospensione, sono sospesi anche i termini amministrativi di tali procedimenti.

Art. 91. Ammonizione

1. Il compimento di una violazione lieve comporta un richiamo scritto di ammonizione nel quale è indicata la norma violata.
2. L'ammonizione può contenere prescrizioni alle quali il provider è tenuto a conformarsi entro un termine perentorio indicato nel provvedimento.

Art. 92. Concorso di violazioni

1. Il provider che viola disposizioni che prevedono sanzioni diverse soggiace alla sanzione prevista per la violazione più grave.
2. La commissione di più violazioni della stessa disposizione o di diverse disposizioni che prevedono tutte la sospensione, può essere aumentata fino al raggiungimento del limite massimo di dodici mesi.

Art. 93. Efficacia delle sanzioni

1. Le sanzioni producono effetto nei confronti del provider dalla notifica del provvedimento.
2. Nei casi di sospensione e di revoca, il provider dovrà pagare il contributo alle spese, trasmettere il report dei discenti e attestare i crediti, esclusivamente per gli eventi già svolti o in corso alla data della notifica del provvedimento di sospensione o revoca, rimanendo preclusa l'attività formativa per l'intero periodo di durata della sospensione. È salvo in ogni caso l'obbligo di pagamento del contributo annuale alle spese per l'anno in corso.
3. I provvedimenti di sospensione e di revoca non hanno effetto sui crediti già maturati dai discenti per eventi svolti o in corso alla data di pubblicazione della sanzione sull'Albo dei provider.

Art. 94. Sostituzione della sanzione

1. L'ente accreditante, nell'esercizio del proprio potere discrezionale, può disporre la sospensione in luogo della revoca ovvero l'ammonizione in luogo della sospensione, valutando la gravità della violazione desunta: a) dai mezzi, dall'oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità del comportamento, anche omissivo, che ha integrato la violazione; b) dalla gravità del danno o del pericolo cagionato agli interessi tutelati dalla normativa E.C.M.; c) dall'esistenza di precedenti violazioni; d) dalla condotta contemporanea o susseguente alla violazione; e) dalla intensità del dolo o dal grado della colpa.

Art. 95. Procedimento sanzionatorio
1. L'ente accreditante invia al provider l'atto di accertamento della violazione con l'indicazione del comportamento oggetto di verifica e della norma violata.
2. In seguito alla comunicazione di cui al precedente comma, il provider può: a) presentare osservazioni sulle violazioni contestate; b) assumere l'impegno a sanare le criticità contestate, entro il termine indicato dall'ente accreditante, ove le stesse siano sanabili.
3. In seguito alle comunicazioni di cui al precedente comma, l'ente accreditante può provvedere alternativamente: a) all'archiviazione del procedimento, qualora le criticità vengano sanate ovvero le osservazioni prodotte risultino meritevoli di accoglimento; b) all'adozione di un'ammonizione, del provvedimento di sospensione o di revoca qualora le criticità permangano o siano insanabili.
PARTE V RETI INFORMATIVE E.C.M.
Art. 96. Reti informative E.C.M.
1. L' Age.na.s. e il Co.Ge.A.P.S. gestiscono le reti informative afferenti le specifiche competenze in materia di E.C.M.. Nello specifico, Age.na.s. detiene e gestisce le informazioni relative a: a)——— gli eventi nazionali, regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano; b)——— l'Albo nazionale dei provider; c)——— i dati statistici relativi all'attuazione del Programma nazionale E.C.M.;
2. Il Co.Ge.A.P.S. detiene e gestisce le informazioni relative: a)——— al monitoraggio dei professionisti sanitari; b)——— alla posizione curriculare dei professionisti sanitari; c)——— al dossier formativo.
3. L'Age.na.s. e il Co.Ge.A.P.S mettono reciprocamente a disposizione, per fini istituzionali, i dati raccolti.
PARTE VI DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI
Art. 97. Disposizioni finanziarie
1. All'applicazione del presente Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.
Art. 98. Disposizioni finali
1. Il presente Accordo entrerà in vigore in data _____
2. Fino all'adozione delle delibere della Commissione nazionale previste dal presente Accordo restano in vigore quelle attualmente vigenti.
3. In attesa della definizione degli obiettivi formativi da parte della Commissione nazionale, resta in vigore l'elenco di cui all'Accordo Stato – Regioni del 19 aprile 2012.
4. Per tutto quanto non previsto dal presente Accordo, sono fatte salve le disposizioni di cui ai precedenti Accordi: 1) l'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 1° agosto 2007 (Rep. Atti n. 168/CSR), concernente il "Riordino del sistema di formazione continua in medicina"; 2) l'Accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 5 novembre 2009 (rep. Atti n. 192/2009) sull'«accreditamento dei provider E.C.M., formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti», recepito con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 luglio 2010; e 3) l'Accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 19 aprile 2012 (rep. Atti n. 101/2012) riguardante: «Il nuovo sistema di formazione continua in medicina – Linee guida per i manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011/2013, federazioni, ordini, collegi e associazioni professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti». 5. I termini di cui all'art 53, comma 1, e 56, comma 1, non si applicano per i provider che hanno presentato le relative domande prima dell'entrata in vigore del presente Accordo. 6. Il presente Accordo sarà pubblicato su _____

UNIONE EUROPEA

LEGGE 20 novembre 2017 , n. 167 . Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2017 (GU n. 277 del 27.11.17)
NB
SI RIPORTANO GLI ARTICOLI RITENUTI DI MAGGIOR INTERESSE PER PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS, RINVIANDO ALLA LETTURA INTEGRALE DEL TESTO

Capo I DISPOSIZIONI IN MATERIA DI LIBERA CIRCOLAZIONE DELLE MERCI, DELLE PERSONE E DEI SERVIZI
Capo II D ISPOSIZIONI IN MATERIA DI GIUSTIZIA E SICUREZZA

Art. 5. Disposizioni per la completa attuazione della decisione quadro 2008/913/GAI sulla lotta contro talune forme ed espressioni di razzismo e xenofobia mediante il diritto penale - Caso EU Pilot 8184/15/JUST

1. Al comma 3 -bis dell'articolo 3 della legge 13 ottobre 1975, n. 654, dopo le parole: «si fondano in tutto o in parte sulla negazione» sono inserite le seguenti: «, sulla minimizzazione in modo grave o sull'apologia».

2. Al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, dopo l'articolo 25 -duodecies è inserito il seguente: «Art. 25- terdecies (Razzismo e xenofobia). — 1. In relazione alla commissione dei delitti di cui all'articolo 3, comma 3 -bis, della legge 13 ottobre 1975, n. 654, si applica all'ente la sanzione pecuniaria da duecento a ottocento quote. 2. Nei casi di condanna per i delitti di cui al comma 1 si applicano all'ente le sanzioni interdittive previste dall'articolo 9, comma 2, per una durata non inferiore a un anno.

3 . Se l'ente o una sua unità organizzativa è stabilmente utilizzato allo scopo unico o prevalente di consentire o agevolare la commissione dei delitti indicati nel comma 1, si applica la sanzione dell'interdizione definitiva dall'esercizio dell'attività ai sensi dell'articolo 16, comma 3».

Art. 6. Disciplina dell'accesso alle prestazioni del Fondo per l'indennizzo delle vittime di reati intenzionali violenti. Procedura di infrazione n. 2011/4147

1. Alla legge 7 luglio 2016, n. 122, sono apportate le seguenti modificazioni: a) all'articolo 12, comma 1, la lettera a) è abrogata; b) all'articolo 12, comma l, la lettera b) è sostituita dalla seguente: « b) che la vittima abbia già esperito infruttuosamente l'azione esecutiva nei confronti dell'autore del reato per ottenere il risarcimento del danno dal soggetto obbligato in forza di sentenza di condanna irrevocabile o di una condanna a titolo di provvisionale; tale condizione non si applica quando l'autore del reato sia rimasto ignoto oppure quando quest'ultimo abbia chiesto e ottenuto l'ammissione al gratuito patrocinio a spese dello Stato nel procedimento penale o civile in cui è stata accertata la sua responsabilità»; c) all'articolo 12, comma 1, lettera e), dopo la parola: «somme» sono inserite le seguenti: «di importo superiore a 5.000 euro»; d) all'articolo 13, comma l, lettera b) , sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, salvo il caso in cui lo stesso sia rimasto ignoto oppure abbia chiesto e ottenuto l'ammissione al gratuito patrocinio a spese dello Stato nel procedimento penale o civile in cui è stata accertata la sua responsabilità»; e) all'articolo 13, comma 2, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «ovvero dalla data del passaggio in giudicato della sentenza penale»; f) all'articolo 14, comma 2, le parole: «pari a 2.600.000 euro a decorrere dall'anno 2016» sono sostituite dalle seguenti: «pari a 2.600.000 euro per l'anno 2016, a 5.400.000 euro per l'anno 2017 e a 4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018».

2. L'indennizzo previsto dalla sezione II del capo III della legge 7 luglio 2016, n. 122, come modificata, da ultimo, dal presente articolo, spetta anche a chi è vittima di un reato intenzionale violento commesso successivamente al 30 giugno 2005 e prima della entrata in vigore della medesima legge.

3. La domanda di concessione dell'indennizzo ai sensi del comma 2 del presente articolo è presentata, a pena di decadenza, entro il termine di centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, alle condizioni e secondo le modalità di accesso all'indennizzo previste dagli articoli 11, 12, 13, comma 1, e 14 della legge 7 luglio 2016, n. 122, come modificati, da ultimo, dal presente articolo.

4. Agli oneri derivanti dal comma 1, lettera f) , pari a 2,8 milioni di euro per l'anno 2017 e a 1,4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018, nonché agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 2, valutati in 10 milioni di euro per l'anno 2017 e in 30 milioni di euro per l'anno 2018, si provvede: a) quanto a 12,8 milioni di euro per l'anno 2017 e a 1,4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2019, mediante corrispondente riduzione del fondo per il recepimento della normativa europea, di cui all'articolo 41 -bis della legge 24 dicembre 2012, n. 234; b) quanto a 31,4 milioni di euro per l'anno 2018, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190. 5. Agli oneri valutati di cui all'alinea del comma 4 del presente articolo si applica l'articolo 17, commi da 12 a 12

-quater , della legge 31 dicembre 2009, n. 196. 6. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Capo III D ISPOSIZIONI IN MATERIA DI FISCALITÀ

Capo IV D ISPOSIZIONI IN MATERIA DI LAVORO

Art. 11. Disposizioni relative agli ex lettori di lingua straniera. Caso EU Pilot 2079/11/EMPL

1. Il Fondo per il finanziamento ordinario delle università è incrementato di euro 8.705.000 a decorrere dall'anno 2017, finalizzati, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1 del decreto-legge 14 gennaio 2004, n. 2, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 marzo 2004, n. 63, al superamento del contenzioso in atto e a prevenire l'instaurazione di nuovo contenzioso nei confronti delle università statali italiane da parte degli ex lettori di lingua straniera, già destinatari di contratti stipulati ai sensi dell'articolo 28 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

2 . Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentiti il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è predisposto uno schema tipo per la definizione di contratti integrativi di sede, a livello di singolo ateneo. Con il medesimo decreto sono altresì stabiliti i criteri di ripartizione dell'importo di cui al comma l a titolo di cofinanziamento, a copertura dei relativi oneri, esclusivamente tra le università che entro il 31 dicembre 2017 perfezionano i relativi contratti integrativi.

3. Agli oneri derivanti dal presente articolo, pari a euro 8.705.000 annui a decorrere dall'anno 2017, si provvede, quanto a euro 8.705.000 per l'anno 2017, a euro 5.135.000 per l'anno 2018 e a euro 8.705.000 a decorrere dall'anno 2019, mediante corrispondente riduzione del fondo per il recepimento della normativa europea, di cui all'articolo 41 -bis della legge 24 dicembre 2012, n. 234, e, quanto a euro 3.570.000 per l'anno 2018, mediante corrispondente riduzione delle proiezioni, per il medesimo anno, dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2017-2019, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2017, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Capo V DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SALUTE

Capo VI DISPOSIZIONI IN MATERIA DI TUTELA DELL'AMBIENTE

Capo VII DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ENERGIA E DI FONTI RINNOVABILI

Capo VIII A LTRE DISPOSIZIONI

Art. 28. Modifiche al codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

1. Al codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, sono apportate le seguenti modificazioni: a) all'articolo 29: 1) dopo il comma 4 è inserito il seguente: «4 -bis. Fermo restando quanto previsto ai commi 1, 2, 3 e 4, il titolare può avvalersi, per il trattamento di dati, anche sensibili, di soggetti pubblici o privati che, in qualità di responsabili del trattamento, forniscano le garanzie di cui al comma

2. I titolari stipulano con i predetti responsabili atti giuridici in forma scritta, che specificano la finalità perseguita, la tipologia dei dati, la durata del trattamento, gli obblighi e i diritti del responsabile del trattamento e le modalità di trattamento; i predetti atti sono adottati in conformità a schemi tipo predisposti dal Garante»; 2) il comma 5 è sostituito dal seguente: « 5. Il responsabile effettua il trattamento attenendosi alle condizioni stabilite ai sensi del comma 4 bis e alle istruzioni impartite dal titolare, il quale, anche tramite verifiche periodiche, vigila sulla puntuale osservanza delle disposizioni di cui al comma 2, delle proprie istruzioni e di quanto stabilito negli atti di cui al comma 4 -bis »; b) al capo III del titolo VII della parte II, dopo l'articolo 110 è aggiunto il seguente: «Art. 110 -bis . (Riutilizzo dei dati per finalità di ricerca scientifica o per

scopi statistici). — 1. Nell'ambito delle finalità di ricerca scientifica ovvero per scopi statistici può essere autorizzato dal Garante il riutilizzo dei dati, anche sensibili, ad esclusione di quelli genetici, a condizione che siano adottate forme preventive di minimizzazione e di anonimizzazione dei dati ritenute idonee a tutela degli interessati. 2. Il Garante comunica la decisione adottata sulla richiesta di autorizzazione entro quarantacinque giorni, decorsi i quali la mancata pronuncia equivale a rigetto. Con il provvedimento di autorizzazione o anche successivamente, sulla base di eventuali verifiche, il Garante stabilisce le condizioni e le misure necessarie ad assicurare adeguate garanzie a tutela degli interessati nell'ambito del riutilizzo dei dati, anche sotto il profilo della loro sicurezza».

Art. 29. Disposizioni in materia di funzionamento del Garante per la protezione dei dati personali

1. Al fine di assicurare il regolare esercizio dei poteri di controllo affidati al Garante per la protezione dei dati personali e per fare fronte agli accresciuti compiti derivanti dalla partecipazione alle attività di cooperazione fra autorità di protezione di dati dell'Unione europea, è attribuito, a decorrere dall'anno 2018, un contributo aggiuntivo pari a 1.400.000 euro. Per le finalità di cui al primo periodo, il ruolo organico di cui all'articolo 156, comma 2, del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come incrementato in attuazione dell'articolo 1, comma 542, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successivamente dall'articolo 1, comma 268, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, è incrementato di 25 unità; è autorizzata a questo fine la spesa di euro 887.250 per l'anno 2017 e di euro 2.661.750 annui a decorrere dall'anno 2018.

2 . All'onere di cui al comma 1, pari a euro 887.250 per l'anno 2017 e a euro 4.061.750 annui a decorrere dall'anno 2018, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2017-2019, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2017, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 30. Clausola di invarianza finanziaria

1. Dall'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge, con esclusione degli articoli 6, 7, 8, 10, 11 e 29, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dalla medesima legge con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. 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 20 novembre 2017

MATTARELLA

GENTILONI SILVERI, Presidente del Consiglio dei ministri

Visto, Il Guardasigilli: ORLANDO

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 25 NOVEMBRE 2017, arretrati compresi

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

LOMBARDIA

PRESENTAZIONE

Nel contesto di un continuo processo di analisi e di verifica delle prospettive, delle criticità e delle migliori soluzioni volte a definire lo "Stato delle Autonomie", a distanza di circa venti anni dalla riforma del Titolo V della Costituzione, nel quadro dell'Unità del Paese, costituzionalmente sancita, alcune Regioni (Emilia Romagna, Toscana) hanno inteso, attraverso i supremi consessi regionali – il Consiglio regionale, in quanto investito del potere popolare a rappresentare gli interessi della comunità regionale - ridefinire un quadro di ulteriori e più approfonditi campi di autonomia, nelle materie specificatamente indicate, e di cui PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS ha puntualmente illustrato.

Due altre Regioni Lombardia e Veneto - con aggravio della spesa pubblica, attraverso appositi celebrati referendum, costosi e a carico del contribuente regionale - hanno espresso analoghe istanze di ulteriore autonomia, rispetto alle materie indicate nel Titolo V della Costituzione. e per la Lombardia il risultato è il presente documento, che in effetti delinea un ambito di ulteriori competenze.

Si ritiene che, fatti salvi i principi posti dagli art. 2,3, 5 97 della Costituzione, volti a garantire ai cittadini italiani la piena tutela di diritti soggettivi connessi al principio del divieto di disparità di trattamento fra gli stessi, in relazione alla loro collocazione geografica, dette problematiche e aspetti cruciali della organizzazione amministrativa del Paese possano essere più propriamente discusse in sede di Conferenza Stato-Regiioni.

DCR 7 novembre 2017 - n. X/1645 - Risoluzione concernente l'iniziativa per l'attribuzione alla Regione Lombardia di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della costituzione. (BUR n. 47 del 22.11.17)

"Il Consiglio regionale della Lombardia visti

- l'articolo 5 della Costituzione in cui si prevede che «la Repubblica, una e indivisibile, riconosce e promuove le autonomie locali» e altresì «adegua i principi e i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento»;
- l'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, ai sensi del quale «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le materie di cui al terzo comma dell'articolo 117 e le materie indicate dal secondo comma del medesimo articolo alle lettere l), limitatamente all'organizzazione della giustizia di pace, n) e s), possono essere attribuite ad altre Regioni, con legge dello Stato, su iniziativa della Regione interessata, sentiti gli enti locali, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 119 La legge è approvata dalle Camere a maggioranza assoluta dei componenti, sulla base di intesa fra lo Stato e la Regione interessata»;
- l'articolo 117 della Costituzione che ai commi secondo e terzo elenca, rispettivamente, le materie che ricadono nella competenza legislativa esclusiva dello Stato e quelle riconducibili alla competenza legislativa concorrente;
- l'articolo 119 della Costituzione, che riconosce alle Regioni e agli enti locali autonomia finanziaria di entrata e di spesa nel rispetto dell'equilibrio dei relativi bilanci e ne prevede il concorso ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea stabilendo, al comma secondo, che «I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno risorse autonome …(omissis)… Dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio» e, al comma quarto, che le risorse derivanti

dai tributi e dalle entrate propri, dalla compartecipazione al gettito dei tributi erariali riferibile al loro territorio e dal fondo perequativo «consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite»;

- la legge 7 dicembre 2013, n 147 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge di stabilità 2014) il cui articolo 1, comma 571, stabilisce che «anche ai fini di coordinamento della finanza pubblica, il Governo si attiva sulle iniziative delle regioni presentate al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro per gli affari regionali ai fini dell'intesa ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione nel termine di sessanta giorni dal ricevimento»;
- l'articolo 14 della legge 5 maggio 2009, n 42 (Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione) il quale prevede che «con la legge con cui si attribuiscono, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, forme e condizioni particolari di autonomia a una o più regioni si provvede altresì all'assegnazione delle necessarie risorse finanziarie, in conformità all'articolo 119 della Costituzione e ai principi della presente legge»;
- lo Statuto d'autonomia della Regione Lombardia che, all'articolo 14, comma 3, lett g), stabilisce che spetta al Consiglio regionale deliberare in merito all'iniziativa e alla conclusione dell'intesa con lo Stato di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione;
- la deliberazione del Consiglio regionale 3 aprile 2007, n VIII/0367 «Risoluzione concernente l'iniziativa per l'attribuzione alla Regione Lombardia di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione», che indicava gli ambiti di materia prioritari per il legislatore regionale lombardo della VIII legislatura sui quali avviare il confronto con il Governo per definire e sottoscrivere un'intesa, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione;
- la deliberazione del Consiglio regionale 17 febbraio 2015, n X/368 «Indizione di referendum consultivo concernente l'iniziativa per l'attribuzione a Regione Lombardia di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione» che ha approvato l'indizione del referendum consultivo, ai sensi degli articoli 25 e seguenti della legge regionale 34/1983, ai fini dell'espressione di un voto popolare sul seguente quesito: «Volete voi che la Regione Lombardia, in considerazione della sua specialità, nel quadro dell'unità nazionale, intraprenda le iniziative istituzionali necessarie per richiedere allo Stato l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, con le relative risorse, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione e con riferimento a ogni materia legislativa per cui tale procedimento sia ammesso in base all'articolo richiamato?»;
- la deliberazione del Consiglio regionale del 17 febbraio 2015, n X/636 (ordine del giorno n 531) «Ordine del giorno concernente l'avvio del confronto con il Governo per definire l'intesa per ottenere ulteriori forme e condizioni di autonomia e individuazione delle materie oggetto del confronto»;
- la deliberazione del Consiglio regionale del 17 febbraio 2015, n X/637 (ordine del giorno n 532) «Ordine del giorno concernente le materie oggetto dell'intesa tra lo Stato e Regione Lombardia»;
- la deliberazione del Consiglio regionale del 13 giugno 2017, n X/1531 (mozione n 849) «Mozione concernente il referendum per l'autonomia della Lombardia: competenze e risorse»; preso atto degli esiti del referendum consultivo tenutosi il 22 ottobre 2017 che ha visto la partecipazione di 3 030 748 elettori (pari al 38,74% degli aventi diritto1), il 95,10% dei quali si è espresso a favore del quesito referendario posto; ricordato che la riforma del Titolo V, Parte II, della Costituzione ha rappresentato un passo avanti opportuno nella direzione della valorizzazione delle Regioni chiamate a garantire, rifuggendo da ogni tentazione di sostituire a un centralismo dello Stato una sorta di neocentralismo regionale, un potenziamento della capacità di Comuni e Province di gestire, con una loro rafforzata autonomia finanziaria, la cura concreta degli interessi pubblici attraverso l'esercizio delle funzioni amministrative; considerato che la Lombardia costituisce, in

ragione delle sue peculiari caratteristiche, una realtà matura per sperimentare forme e condizioni particolari di autonomia e che l'ottenimento di spazi più ampi di intervento, come consentito dalla Costituzione, permetterebbe di rafforzarne il ruolo nevralgico in ambito socio-economico, anche a beneficio dell'interesse della collettività nazionale e a conferma di quella assunzione di ruolo e di responsabilità sempre assicurati dalla nostra Regione; considerato che Regione Lombardia presenta oggettivi elementi di virtuosità amministrativa e finanziaria ed assicura il rispetto dei requisiti del pareggio di bilancio richiesti dall'articolo 119 della Costituzione;
ritenuto a fronte della scelta del legislatore costituzionale del 2001, nel riformare il Titolo V della Costituzione, di introdurre il regionalismo asimmetrico o differenziato, di chiedere a favore di Regione Lombardia l'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione quale elemento connaturato al regionalismo e strumento utile ad attuare concretamente quella Repubblica delle autonomie configurata dagli articoli 5 e 114 della Costituzione, capace di valorizzare appieno l'azione sinergica di Comuni, Province, Città metropolitana e Regione: un «federalismo dell'efficienza», diretto ad aumentare la capacità di risposta dell'azione pubblica alle esigenze di cittadini, imprese e delle altre realtà sociali
È infatti il pluralismo regionale a esigere che le diverse politiche siano calibrate alle specificità delle situazioni locali, per dare vita a un proficuo dinamismo istituzionale, attraverso forme di innovazione concordate tra i diversi livelli di governo
La differenziazione consiste sia nella circostanza che le Regioni abbiano formalmente poteri diversi, sia nel fatto che esse si distinguano per utilizzare diversamente l'autonomia di cui sono dotate Tale scelta, introducendo degli elementi differenzianti, persegue sia il più ampio decentramento, sia una migliore efficienza dell'amministrazione permettendo di sperimentare originali modelli organizzativi utili alle comunità regionali e statale; considerato necessario accompagnare questo percorso con una decisa azione del legislatore statale diretta a completare l'attuazione dei principi affermati dal Titolo V, Parte II, della Costituzione:
− per l'adeguamento della legislazione nazionale, attraverso l'emanazione dei principi fondamentali nelle materie del terzo comma dell'articolo 117 della Costituzione in modo da consentire un corretto dispiegamento dell'autonomia regionale;
− per la piena attuazione dei principi dell'articolo 118 della Costituzione in materia di amministrazione e forme di sussidiarietà;
− per l'attuazione del principio di responsabilità fiscale cosi come disciplinato dall'articolo 119 della Costituzione e dalla legge delega 42/2009; e che permane altresì la necessità di attuare e rafforzare gli strumenti e le sedi di raccordo e coordinamento Stato-Regioni (Sistema delle Conferenze e Commissione parlamentare per le questioni regionali);
dato atto che la partecipazione costante è essenziale per la costruzione di un percorso di autonomia e responsabilità condivise nel pieno rispetto dei principi di sussidiarietà verticale e orizzontale di cui agli articoli 3 e 4 dello Statuto d'autonomia, e che è stato parallelamente avviato il percorso di confronto con gli enti locali, con le associazioni, e con i rappresentanti delle realtà imprenditoriali, delle parti sociali e delle autonomie funzionali e territoriali e che tale partecipazione e raccordo devono proseguire per tutto l'iter riguardante l'iniziativa di Regione Lombardia ai sensi dell'articolo 116 Costituzione, con l'espressione del parere anche da parte del Consiglio delle autonomie locali; ritenuto pertanto di avviare il confronto con il Governo al fine del raggiungimento dell'intesa di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, in applicazione dei principi di sussidiarietà e di leale collaborazione; dato atto dell'analisi svolta dalle strutture tecniche della Giunta regionale e del Consiglio regionale, nonché dei lavori condotti dalla Conferenza dei presidenti dei gruppi consiliari e dalla II commissione consiliare permanente «Affari Istituzionali», nonché dalle altre commissioni consiliari; vista la proposta della II commissione, approvata in data 2 novembre 2017
impegna il Presidente della Regione
a ad avviare, con il coinvolgimento del Consiglio regionale anche tramite una diretta partecipazione di suoi rappresentanti all'interno della delegazione che condurrà la negoziazione, il

confronto con il Governo per definire i contenuti di un'intesa, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, da sottoporre al Consiglio regionale, ai fini della deliberazione di conclusione dell'intesa con lo Stato come previsto dall'articolo 14, comma 3, lett g), dello Statuto
d'autonomia, con riferimento alle materie individuate nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, tenendo conto che l'illustrazione delle materie di cui sopra non è da considerarsi esaustiva e nel corso delle trattative potrebbero emergere aspetti non considerati nella presente risoluzione;
b definire, nell'intesa con il Governo, il complessivo assetto delle potestà normative, con la definizione di rapporti chiari tra legislazione, potere regolamentare e relative funzioni amministrative, inserendo delle clausole di garanzia a favore dell'autonomia ottenuta rispetto alle successive leggi statali, anche di stabilità o di coordinamento della finanza pubblica, in osservanza del principio di leale collaborazione tra Stato e Regione, affinché siano salvaguardati livelli adeguati di risorse finanziarie correlate alle competenze acquisite per non vanificare l'obiettivo di mantenere nel tempo l'autonomia conseguita;
c ottenere la garanzia dell'acquisizione di tutte le risorse necessarie al finanziamento integrale delle funzioni attribuite alla Regione, con riferimento alle materie di cui all'Allegato A, nel rispetto del principio di cui all'articolo 119 della Costituzione; d garantire adeguata, costante e tempestiva informativa al Consiglio regionale sugli sviluppi della fase negoziale; e ad assicurare, prima della sottoscrizione dell'intesa, forme e modalità adeguate di coinvolgimento degli enti locali, delle associazioni, dei rappresentanti delle realtà imprenditoriali, delle parti sociali e delle autonomie funzionali, nonché un costante monitoraggio degli sviluppi della trattativa e una più precisa definizione delle richieste sui temi in oggetto; impegna, altresì, la delegazione chiamata ad affiancare il Presidente della Regione, nell'ambito della negoziazione con il Governo, ad attenersi agli indirizzi del presente atto "

ALLEGATO A - MATERIE PER LE QUALI REGIONE LOMBARDIA CHIEDE L'APPLICAZIONE DELL'ARTICOLO 116, TERZO COMMA, DELLA COSTITUZIONE
AREA ISTITUZIONALE

- Rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni

Si richiede l'acquisizione di maggiori competenze e anche nuovi strumenti normativi per la promozione e la realizzazione di iniziative riguardanti l'internazionalizzazione sistemica della Regione sia negli ambiti produttivi e commerciali, sia in quelli educativi, formativi e universitari, della ricerca e dell'innovazione, nonché per potenziare i meccanismi di partecipazione regionale alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi e delle iniziative dell'Unione europea (fase ascendente), anche in riferimento alle ulteriori competenze richieste dalla Regione Si chiede, altresì, l'attribuzione, nell'ambito dell'articolo 117 della Costituzione e nel rispetto del principio di leale collaborazione con lo Stato, della facoltà di stipulare, nell'ambito di attività di cooperazione transfrontaliera disciplinate dalla legge di ratifica della Convenzione quadro europea, accordi con Stati confinanti o comunque insistenti nell'area interessata alle attività di cooperazione, anche in difetto di tali accordi tra questi Stati e lo Stato italiano Si chiede, infine, di partecipare al procedimento di definizione degli accordi con Stati confinanti diretti a regolare materie con ricadute immediate sul territorio regionale (ad esempio questione dei ristorni dei frontalieri), anche in forza di un'opportuna valorizzazione delle relazioni internazionali che caratterizzano la società e l'economia regionale lombarda, con particolare riferimento alle funzioni e alle capacità relazionali e organizzative delle rappresentanze e organizzazioni economiche e sociali

- Ordinamento della comunicazione

La Regione richiede il riconoscimento di un ruolo più incisivo, con conseguente impiego a livello regionale di una quota del canone RAI versato dai cittadini residenti in Lombardia e dei proventi pubblicitari

In particolare, si vuole incrementare il sostegno al sistema dell'informazione locale attraverso l'attribuzione di risorse certe e con criteri di riparto regionali, con l'obiettivo di migliorare la qualità della comunicazione, della qualificazione professionale, con effetti positivi sull'incremento occupazionale, in considerazione del servizio pubblico svolto a favore delle comunità locali Per consentire di governare il sistema regionale delle comunicazioni in modo flessibile e aderente alle esigenze dei cittadini consumatori e all'evoluzione del mercato, favorendo in tal modo lo sviluppo e la convergenza multimediale, si intendono inoltre acquisire, attraverso il CORECOM, le rispettive competenze in capo all'Autorità per le Comunicazioni Particolare attenzione deve essere data al ruolo di Regione Lombardia nell'ambito della produzione e della distribuzione, nonché nello scenario della innovazione tecnologica, della digitalizzazione e della multimedialità e infine nella comunicazione di pubblica utilità Anche nell'ambito delle reti e dei servizi di comunicazione elettronica a larga banda, la Regione può acquisire maggiori livelli di autonomia, fermo restando il rispetto dell'ordinamento europeo e dei principi generali sanciti dal codice delle comunicazioni elettroniche Un tale ruolo più incisivo di Regione Lombardia porterà a implementare la promozione delle campagne di comunicazione su temi di rilevanza civile e sociale, nonché una maggior diffusione e conoscenza della peculiarità lombarda in ambito sia nazionale sia internazionale

- Organizzazione della giustizia di pace (lett. l)

Acquisizione delle competenze per poter giungere a un significativo potenziamento dei giudici di pace in Lombardia e ad una loro più razionale distribuzione sul territorio, in modo da dare un contributo alla diminuzione dei tempi del contenzioso e alla migliore fruibilità del servizio «giustizia», a tutto vantaggio dei cittadini e delle imprese Inoltre, si richiede il riconoscimento di un ruolo regionale, anche in coordinamento con la recente riforma nazionale delle disposizioni sull'organizzazione dei giudici di pace (d lgs 116/2017), nei percorsi di selezione, nomina e formazione dei giudici di pace, al fine di instaurare un più stretto legame organizzativo con il territorio, che porterà a un incremento della qualità del servizio Per gli altri aspetti non riconducibili ai principi che da un lato assicurino l'indipendenza e l'autonomia dei giudici di pace, dall'altro garantiscano i livelli minimi essenziali e il libero accesso alla giustizia da parte dei cittadini, deve poter intervenire con la propria legislazione la Regione Lombardia

AREA FINANZIARIA

- Coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario

Nel quadro degli articoli 81 e 119 della Costituzione, la Regione intende realizzare con il Governo il superamento definitivo dell'accentramento della finanza pubblica indotto dalla crisi e il ripristino dell'impianto originario della legge delega per l'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione (legge 42/2009)

Ai fini del pieno esercizio delle nuove competenze si tratta di realizzare un'equa acquisizione delle correlate risorse, a partire da quelle finanziarie, mediante l'attribuzione di una piena autonomia finanziaria, che attraverso la soppressione dei trasferimenti statali consolidi il passaggio a un sistema fondato sulla fiscalizzazione

La Lombardia ritiene necessario procedere, nell'ambito del coordinamento della finanza pubblica, rispetto agli enti locali, all'istituzione a livello territoriale regionale di un assetto di governance degli equilibri di finanza pubblica fondata sulla cooperazione interistituzionale e sulla programmabilità degli investimenti pubblici sul territorio, per favorire crescita e sviluppo anche in relazione alla costituzione di due fondi, uno a favore dei comuni, l'altro a favore della città metropolitana e delle province, da alimentare, sulla base dei costi standard definiti a livello nazionale, da compartecipazioni a tributi erariali In analogia con la richiesta nell'ambito del coordinamento della finanza pubblica rispetto agli enti locali, la Lombardia ritiene che l'affidamento dallo Stato alla Regione di nuove funzioni debba essere accompagnato dalle relative risorse quantificate secondo la spesa media procapite nazionale; non si ritiene utilizzabile il parametro della spesa storica in quanto questa sconterebbe l'attuale disomogenea distribuzione che caratterizza anche la spesa statale a livello territoriale regionale

Si reputa di poter accedere a tale soluzione a legislazione vigente applicando la legge 42/2009 (articolo 20) che delinea un percorso graduale in cinque anni affinché il sistema di finanziamento delle funzioni diverga progressivamente dal criterio della spesa storica a favore delle capacità fiscali per abitante ovvero per avvicinare la spesa storica ai livelli standard per le prestazioni LEP

Nella fase transitoria possono essere attivati dei meccanismi compensativi per favorire il passaggio dalla spesa storica a quella media su territori diversi da quelli lombardi, attraverso specifici progetti di investimento da finanziare con le risorse in questione

A questi fini occorre che:

a) la maggiore autonomia finanziaria nell'ambito del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario sia volta ad assicurare la massimizzazione delle opportunità di investimento sul territorio regionale, anche attraverso il paritario riconoscimento dell'azione regionale nel contrasto all'evasione fiscale, a partire dall'attribuzione alla Regione del maggior gettito derivante dal recupero dell'IVA evasa, limitatamente alla quota di compartecipazione regionale, nell'ambito di una rafforzata sinergia con l'Agenzia delle Entrate, nelle more dell'emanazione del Decreto ministeriale previsto dall'articolo 9, comma 2, del d lgs 68/2011;

b) lo strumento perequativo rispetto al sistema degli enti locali sia governato a livello regionale sulla base del costo/ fabbisogno standard;

c) la Regione abbia piena autonomia sulla disciplina sui tributi regionali, a partire dalla tassa automobilistica (con la conseguenza, ad esempio, di consolidare l'esenzione in materia di bollo auto per i veicoli storici che la Lombardia applica al contrario delle altre regioni);

d) si possano definire criteri applicativi, modalità e tempi, ai fini del ricorso all'indebitamento e agli interventi di investimento da parte degli enti locali e della stessa Regione, nel rispetto degli obiettivi di finanza pubblica consolidati a livello regionale;

e) si riconosca una compartecipazione all'IRES, anche in relazione alla competenza regionale in materia di attività produttive, che consenta di procedere all'azzeramento dell'IRAP e di mantenere comunque un margine di manovra per il bilancio regionale;

f) si attribuisca un ruolo rafforzato alla Regione nell'istituzione di zone economiche speciali (ZES) nelle aree del territorio lombardo confinanti con l'estero e comunque con peculiarità caratterizzanti come, ad esempio, i territori montani, depressi o a corollario di sedimi aeroportuali, anche mediante l'esercizio di proposte e la definizione di intese con lo Stato, per favorire, attraverso la concessione di agevolazioni fiscali e la riduzione degli oneri sociali sulle retribuzioni, l'insediamento di aziende che svolgono attività di impresa, e per promuovere lo sviluppo economico e l'occupazione; al riguardo, si ravvisa l'opportunità di potenziare ulteriormente le attuali misure di riduzione del costo del carburante per autotrazione utilizzato dai privati cittadini residenti nella regione per consumi personali; g) si consegua una maggiore autonomia nella determinazione regionale, nei limiti delle aliquote superiori definite dalla normativa statale, dell'ammontare del tributo speciale per il deposito in discarica e in impianti di incenerimento senza recupero energetico dei rifiuti solidi (cd ecotassa), con relativa previsione di esenzioni, detrazioni e deduzioni; necessario accordo tra Stato e Regione per l'eventuale temporanea sospensione da parte dello Stato dell'efficacia delle determinazioni regionali, disposta nell'ambito di politiche nazionali di contenimento del livello complessivo della pressione tributaria

Tale ulteriore autonomia costituirebbe una leva all'implementazione delle politiche regionali per la minore produzione di rifiuti e per il recupero dagli stessi di materia prima ed energia, nonché per la bonifica dei suoli inquinati, in coerenza con le finalità di tutela ambientale alle quali è destinato il gettito derivante dall'applicazione del tributo; h) per quanto attiene alla spesa, la legge statale di coordinamento della finanza pubblica deve limitarsi a porre obiettivi e principi generali, relativi a macroaggregati di spesa non tali da impedire il pieno sviluppo della potestà organizzativa dell'Ente e del sistema regionale; i) sia assicurato, nel quadro del rispetto degli equilibri finanziari e dei principi del coordinamento della finanza pubblica, che Regione possa, in armonia con l'articolo 123, comma 1, della Costituzione, esercitare piena autonomia per implementare forme

organizzative e di funzionamento atte a rispondere alle esigenze operative delle proprie attività improntate a criteri di efficacia ed efficienza

- Previdenza complementare e integrativa

Garantire alla Regione la facoltà di promuovere e finanziare forme di previdenza complementare e integrativa su base regionale, anche in deroga ai vincoli previsti dalla disciplina nazionale sulle forme pensionistiche complementari e, in particolare, dal d p c m 20 dicembre 1999, nell'ottica di una sempre maggiore trasparenza nella gestione delle forme pensionistiche complementari e nell'ottica di orientarsi anche al sostegno del welfare allargato o integrato A tal fine si richiede l'attribuzione alla Regione del gettito dell'imposta sostitutiva sui rendimenti dei fondi pensione riferito al territorio regionale, di cui all'articolo 17, comma 1, del decreto legislativo 5 dicembre 2005, n 252 (Disciplina delle forme pensionistiche complementari)

- Casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale Il sistema bancario rimane un cardine essenziale per la nostra economia e la nostra imprenditoria

In qualità di Regione più industrializzata della penisola, la Lombardia necessita di un sistema bancario che sappia far fronte alle esigenze e alle peculiarità del sistema imprenditoriale regionale, sfruttando la propria conoscenza del territorio, alla quale contribuiscono altresì i consorzi fidi di matrice imprenditoriale, che, anche per il loro ruolo sociale, così come definito da Banca d'Italia, necessitano di continuità di azioni e di strumenti di supporto

Per questo è indispensabile dotare la Regione della più ampia competenza legislativa, al fine di adeguare l'istituzione e l'ordinamento delle cosiddette «banche regionali» alle esigenze dell'apparato produttivo, in ossequio ai principi fondamentali della Costituzione, agli obblighi comunitari, alla legislazione statale in materia di credito e risparmio e sotto la vigilanza delle autorità nazionali L'attribuzione di poteri in materia creditizia ulteriori a quelli di cui all'articolo 3, comma 3, del d lgs 171/2006, risponde, quindi, a una logica di promozione dello sviluppo economico regionale, riconosciuta la funzione economica e sociale dell'attività bancaria

AREA AMBIENTE E PROTEZIONE CIVILE, TERRITORIO E INFRASTRUTTURE

- Ambiente ed ecosistema: tutela e valorizzazione

Le finalità generali sono quelle di ridurre gli impatti in situazioni critiche o di emergenza, di creare le condizioni per impostare politiche e misure strutturali adeguate al territorio e alla situazione lombarda, nonché di semplificare le procedure in materia ambientale per rendere gli strumenti di intervento più efficaci In particolare, la richiesta riguarda:

1) correlazione diretta tra il risarcimento del danno ambientale e il territorio regionale che subisce il danno;

2) piena potestà, nel rispetto della normativa dell'Unione europea, di prevedere e applicare sul territorio lombardo regole certe in tema di tutela dell'ecosistema, al principale fine di limitare i danni all'agricoltura;

3) estensione delle competenze amministrative di valutazione di impatto ambientale attribuite alla Regione a tutti gli interventi ricompresi nel territorio regionale e non relativi a infrastrutture statali, fermo restando quanto contenuto nei successivi paragrafi «Grandi reti di trasporto e navigazione» e «Porti e aeroporti civili»; potestà di regolare le competenze proprie e quelle degli enti locali sulle procedure per il rilascio dei provvedimenti di valutazione di impatto ambientale;

4) acquisizione della competenza diretta in ordine alla legislazione, pianificazione e gestione amministrativa in materia di tutela dei beni paesaggistici;

5) autonomia nella disciplina dell'organizzazione dei servizi di tutela ambientale;

6) piena potestà amministrativa regionale nei procedimenti di bonifica dei siti di interesse nazionale, ivi comprese le relative forme di finanziamento;

7) attribuzione alla Regione di poter definire a livello sub regionale le competenze di organismi aventi attualmente competenza ambientale, anche con poteri sostitutivi e commissariali, in caso di inerzie o inadempimenti sull'attuazione della programmazione, in particolare ove ricorrano rischi o casi di infrazioni europee;

8) piena autonomia regionale nella definizione degli ambiti territoriali ottimali per i servizi pubblici locali in materia ambientale;
9) autonomia regionale nella definizione delle compensazioni economiche e ambientali, strettamente connesse alle esigenze delle realtà territoriali da compensare, nell'ambito delle concessioni per l'utilizzo delle risorse ambientali e naturali, con particolare riferimento alla montagna;
10) competenza a disciplinare il recupero di specifiche categorie di rifiuti significative per il territorio lombardo e a valutare, in un'ottica di economia circolare, la possibilità di attribuire la qualifica di non rifiuto a specifici prodotti;
11) competenza a disciplinare le modalità di gestione dei rifiuti urbani e speciali, compresa la possibilità di allineare la capacità impiantistica al reale fabbisogno e garantire piena attuazione al principio dell'autosufficienza su base regionale

- Protezione civile

Si chiede l'attribuzione alla Regione della competenza a disciplinare contenuti e condizioni per l'individuazione degli interventi edilizi e delle opere privi di rilevanza per la pubblica incolumità ai fini sismici, da ritenersi esentati, anche in relazione alle diverse zone classificate a rischio sismico, dal procedimento di autorizzazione preventiva e/o dal deposito del progetto edilizio: attualmente le «opere prive di rilevanza» non sono regolate dalla normativa statale per l'edilizia in zone sismiche; l'attribuzione di tale competenza alla Regione potrebbe essere esercitata anche nell'ottica di una maggiore semplificazione procedurale per gli operatori della pubblica amministrazione e per i cittadini

Si chiede, altresì, l'attribuzione di ulteriori competenze in riferimento:
a) alla formazione degli operatori di protezione civile, in particolare rispetto alla determinazione dei percorsi formativi, alle figure professionali, al riconoscimento, all'individuazione degli enti erogatori, ai sistemi di credito e all'individuazione dei docenti;
b) al coordinamento a livello territoriale del Corpo dei Vigili del Fuoco, composto dai Vigili del Fuoco Permanenti e dai Vigili del Fuoco Volontari, con la creazione di nuclei operativi regionali Tale competenza consente di realizzare e sviluppare la cooperazione di tutte le componenti dei Vigili del Fuoco;
c) alla pianificazione di emergenza dei comuni, in accordo con gli stessi, in relazione al controllo di qualità dei piani per la loro approvazione, all'intervento sostitutivo, in caso di inadempienza comunale, alla definizione della periodicità di aggiornamento dei piani, al possesso del piano di emergenza comunale come requisito per l'accesso ai contributi di protezione civile;
d) al potere di ordinanza del Presidente della Giunta regionale, in deroga alla normativa regionale e statale, per eventi calamitosi di livello regionale, per consentire maggiori tempestività e autonomia gestionale delle risorse regionali per gli interventi di ripristino post-emergenza

- Governo del territorio

In materia di governo del territorio si chiede l'attribuzione alla Regione di autonomia in riferimento ai profili sostanziali, procedurali ed economici degli interventi edilizi, al fine di consentire a cittadini, imprese e amministrazioni di poter utilmente disporre di discipline in grado di meglio corrispondere alle esigenze di semplificazione delle iniziative in ambito edilizio
Si chiede, inoltre, la potestà di definire azioni e strumenti finalizzati ad attivare processi strutturali di rigenerazione urbana, attraverso politiche organiche in grado di agire sulle componenti naturali e antropiche del territorio, fisiche e spaziali (edifici, spazi pubblici, ambiente), sul sistema economico e produttivo, sulla componente sociale, con particolare attenzione alle fasce più deboli, con azioni di innovazione sulla filiera dell'abitare e di costruzioni di comunità e identità locali Si richiede, inoltre, in tema di contrasto al gioco d'azzardo patologico, la competenza esclusiva sulla determinazione delle distanze dei punti gioco dai luoghi sensibili Si richiede, altresì, la regionalizzazione delle risorse per l'attivazione di programmi di difesa del suolo e di mitigazione dei rischi idrogeologici, al fine di soddisfare in modo adeguato le necessità di intervento sui dissesti idraulici e idrogeologici del territorio lombardo

- Produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia

Si chiede l'attribuzione alla Regione della possibilità di gestire in piena autonomia le procedure di assegnazione delle concessioni di grande derivazione idroelettrica, della riscossione dei relativi canoni, nonché della correlata disciplina applicativa, in particolare, riguardo alla retrocessione dei beni alla proprietà pubblica, al termine della concessione

Si chiede, inoltre, autonomia nell'utilizzo delle risorse destinate all'incentivazione per lo sviluppo delle fonti energetiche rinnovabili e delle relative attività di ricerca

- Grandi reti di trasporto e di navigazione

La Regione richiede la piena competenza regionale ad approvare le infrastrutture strategiche ricadenti esclusivamente sul territorio lombardo, nonché le infrastrutture che attualmente realizza lo Stato ricadenti esclusivamente sul territorio lombardo di intesa con il Governo entro un termine predeterminato, con particolare riguardo alle infrastrutture di collegamento extraregionale e a ponti, trafori e viadotti e la disponibilità dei necessari fondi destinati agli investimenti, ivi inclusa la relativa procedura di valutazione di impatto ambientale Inoltre si chiede l'attribuzione alla Regione della potestà concessoria in merito alle autostrade, per le tratte insistenti sul territorio regionale, con introito dei relativi canoni Conseguente facoltà della Regione di approvare lo schema di convenzione per regolare i rapporti giuridici, economici, finanziari e patrimoniali con il soggetto concessionario e di indirizzare i canoni del servizio autostradale verso il potenziamento del sistema infrastrutturale lombardo

Si richiede, altresì, la disponibilità dei fondi necessari alla manutenzione ordinaria e straordinaria delle infrastrutture ricadenti sul territorio (stradali e ferroviarie) e per l'acquisizione o il rinnovo dei mezzi di trasporto destinati ai servizi di mobilità pubblica (ferroviaria e di navigazione) Si chiede il trasferimento al demanio regionale delle strade attualmente classificate come appartenenti alla rete stradale nazionale che insistono sul territorio lombardo e che vengano conseguentemente trasferite le funzioni di programmazione, progettazione, costruzione, manutenzione e gestione di dette strade, attualmente gestite dall'ANAS

Per quanto concerne le infrastrutture ferroviarie che insistono sul territorio regionale, si chiede l'attribuzione alla Regione della potestà concessoria della rete fondamentale, complementare e linee di nodo attualmente conferite al gestore dell'infrastruttura nazionale e di quelle di nuova costruzione, per migliorare il servizio ferroviario regionale, sia sotto il profilo della sicurezza, sia del miglior utilizzo delle reti, derivante dalla loro integrazione all'interno del sistema già affidato al gestore regionale

- Porti e aeroporti civili

La Regione richiede la piena competenza regionale ad approvare i progetti delle infrastrutture relativi ai porti e aeroporti ricadenti sul territorio lombardo, nonché delle infrastrutture di competenza statale, di intesa con il Governo entro un termine predeterminato, ivi inclusa la relativa procedura di valutazione di impatto ambientale

Si chiede che sia attribuita alla Regione la governance degli aeroporti lombardi, con assunzione del ruolo di ente concedente e di un più incisivo coinvolgimento nella redazione del piano aeroportuale, d'intesa con ENAC Si chiede, altresì, sempre in relazione agli aeroporti lombardi, un maggiore ruolo regionale circa la proposizione e l'identificazione di eventuali aree ad economia differenziata, come elemento propulsivo del territorio e come eventuale titolo di compensazione per i disagi ambientali

AREA ECONOMICA E DEL LAVORO

- Tutela e sicurezza del lavoro

Si richiede che la Regione abbia competenze rafforzate e ulteriori in tema di politiche del lavoro e di organizzazione del mercato del lavoro, consentendo di rendere gli strumenti di politica attiva adeguati e funzionali rispetto alle singole realtà territoriali della regione

Si chiede, inoltre, un maggiore ruolo regionale nell'integrazione delle politiche passive del lavoro, anche in riferimento a possibili misure di supporto ai Fondi di solidarietà disciplinati dalla vigente normativa Si chiede, infine, l'attribuzione della possibilità, per la Regione, di introdurre misure

complementari di controllo e vigilanza sulla regolarità nell'utilizzo degli strumenti di politica attiva del lavoro, nonché, con riferimento ai tirocini, anche mediante l'avvalimento degli ispettorati territoriali del lavoro

• Ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi

In relazione a quest'ambito si chiede un ampliamento del perimetro dell'autonomia regionale seguendo un approccio per politiche che consenta maggiori investimenti e una più elevata competitività del sistema economico-produttivo, con riferimento in particolare alle seguenti competenze:

a) incentivazione della ricerca e dell'innovazione;

b) diffusione dell'innovazione e trasferimenti di competenze e di tecnologie a favore del sistema produttivo regionale;

c) sviluppo e incentivazione di interazioni tra università, centri di ricerca e imprese;

d) parchi scientifici e tecnologici, nonché istituti zooprofilattici;

e) distretti industriali Si chiede la riconduzione al livello decisionale della Regione delle politiche di sovvenzionamento pubblico della ricerca e dell'innovazione, riservando allo Stato solo quelle funzioni che per la dimensione dell'interesse e per esigenze di carattere unitario richiedono una gestione centralizzata nei limiti strettamente indispensabili a tali fini Si richiede, inoltre, competenza rafforzata in tema di interventi di sostegno alla ricerca industriale, al trasferimento tecnologico, ai programmi delle imprese volti alla realizzazione o al miglioramento di processi produttivi mediante l'innovazione tecnologica Si punta, altresì, alla valorizzazione del lavoro dei ricercatori attraverso la definizione di una regolamentazione regionale di tale lavoro e, anche attraverso la costituzione di organismi terzi e indipendenti, degli ambiti strategici e strumentali dall'attività di ricerca di base e applicata In particolare si chiede, in relazione all'ambito del sostegno all'innovazione per i settori produttivi e in considerazione della competenza esclusiva della Regione in materia di commercio, artigianato, industria, agricoltura, turismo, cooperazione, ambiti nei quali operano le Camere di commercio a livello locale, di attribuire alla Regione un ruolo centrale e ulteriori competenze specifiche nella disciplina dell'ordinamento delle CCIAA al fine di ottimizzare le funzioni e garantire le adeguate risorse, umane e professionali, per lo sviluppo dei servizi alle imprese Un diverso ordinamento delle CCIAA, specie in una Regione in cui il sistema camerale è particolarmente sviluppato, consente ad esempio di incrementarne le funzioni a beneficio delle imprese e di promuoverne un'organizzazione più autonoma e rispondente ai bisogni del territorio Inoltre, ciò consentirebbe di integrare maggiormente l'attività delle CCIAA con gli indirizzi e le politiche regionali di sviluppo economico Si chiede, altresì, la regionalizzazione dei fondi per lo sviluppo delle imprese che abbiano un rilevante impatto a livello regionale e locale, individuando forme di intesa istituzionale tra Governo, Regione e Sistema camerale per l'attuazione delle misure fiscali e finanziarie a sostegno dell'impresa, dell'innovazione e della ricerca

• Commercio con l'estero

In materia di commercio con l'estero, si richiede l'attribuzione alla Regione di strumenti sia legislativi sia finanziari per incentivare e realizzare azioni in tema di internazionalizzazione del sistema produttivo, economico e commerciale delle aziende lombarde, anche nell'ottica dell'attrazione di ulteriori investimenti in Lombardia, ivi compresa la possibilità di costituire idonee strutture per l'internazionalizzazione delle imprese e l'attrattività degli investimenti, anche in raccordo con le camere di commercio e gli enti locali, nonché con le organizzazioni di rappresentanza delle imprese • Professioni

Attribuzione di maggiore autonomia regionale in riferimento al riconoscimento di titoli esteri e alla regolamentazione dell'esercizio temporaneo e occasionale delle professioni di interesse regionale, quali, a mero titolo esemplificativo e non esclusivo, maestro di sci, guida alpina e accompagnatore di media montagna, e che consenta di incrementare la disponibilità sul territorio regionale di professioni già contingentate, escluse le professioni a carattere sociosanitario

AREA CULTURA, ISTRUZIONE E RICERCA SCIENTIFICA

- Norme generali sull'istruzione (117, secondo comma lett. n) e istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale (117, terzo comma)

La richiesta riguarda:

a) l'organizzazione regionale del sistema educativo attraverso la programmazione della rete scolastica regionale, compresi gli aspetti relativi alla definizione del fabbisogno e alla dotazione organica, nonché alla distribuzione di tale dotazione tra istituzioni scolastiche;

b) l'assunzione, da parte della Regione, delle funzioni amministrative esercitate dall'Ufficio scolastico regionale, con conseguente trasferimento in capo alla Regione stessa di risorse umane, strumentali e finanziarie;

c) la disciplina dell'organizzazione e del rapporto di lavoro del personale dirigente, docente, amministrativo, tecnico e ausiliario (ATA) delle istituzioni scolastiche e formative regionali, nel rispetto delle disposizioni statali in materia di ordinamento civile e dello status giuridico del personale della scuola, con particolare riguardo all'adozione di interventi sul personale docente, ivi compresa la definizione dei criteri per l'attività di reclutamento regionale e la sua successiva attuazione;

d) la disciplina attuativa delle norme in materia scolastica, nel rispetto dei principi di libertà e di servizio pubblico stabiliti dalla Costituzione e validi per tutte le istituzioni scolastiche;

e) le funzioni di competenza statale in materia di: 1) edilizia scolastica; 2) diritto allo studio; 3) ristorazione collettiva nelle scuole

Si richiede, inoltre, l'acquisizione della titolarità delle infrastrutture scolastiche di proprietà dello Stato sul territorio regionale

Per quanto attiene al sistema universitario, nel rispetto dell'autonomia riconosciuta dalla Costituzione agli atenei, si chiede la ridefinizione sulla base dei costi standard e la successiva regionalizzazione del «Fondo per il finanziamento ordinario delle università» (FFO), anche nell'ottica di favorire una maggiore integrazione tra l'istruzione superiore e la ricerca, la gestione diretta del Fondo integrativo per la concessione delle borse di studio, istituito con d lgs 68/2012, e la gestione del Fondo per il diritto allo studio universitario

Inoltre si richiede la competenza in materia di disciplina della programmazione universitaria, con particolare riferimento all'istituzione di corsi di studio, anche in coerenza con le esigenze espresse dal contesto economico, sociale e produttivo lombardo al fine di semplificare i processi amministrativi e di rendere più efficace la transizione dai percorsi di alta formazione al mondo del lavoro

- Beni culturali: tutela e valorizzazione

In relazione agli ambiti materiali in oggetto si richiedono anzitutto l'attribuzione alla Regione delle funzioni in materia di tutela dei beni culturali, nel loro complesso, nonché il rafforzamento della potestà legislativa in materia di valorizzazione dei beni culturali e di organizzazione di attività culturali al fine di consentire un più ampio ed efficace spettro d'interventi La finalità di carattere generale è quella di connotare gli interventi per la cultura nel rispetto della diversità regionale caratterizzante il territorio anche per lo sviluppo di strategie di attrazione e di dinamicità socio-economica in ambito locale, nazionale e internazionale, nonché di semplificare le procedure amministrative a favore del miglioramento qualitativo dell'attività di tutela preliminare alle iniziative di valorizzazione dei beni nel loro contesto

Acquisizione delle competenze che consentano di ricondurre ad unità gli interventi di tutela, valorizzazione e gestione dei beni culturali in Lombardia per le seguenti finalità generali dell'azione pubblica:

1) la salvaguardia e la conservazione del bene, grazie anche alla correlazione della prassi operativa con la ricerca sviluppata da università, imprese e istituti culturali in Lombardia;

2) la conoscenza, il godimento e la fruizione pubblica del bene, attraverso lo sviluppo sistemico di relazioni fra avanzamento della ricerca applicata, lo sviluppo di nuove tecnologie e metodologie, la definizione di buone prassi di riferimento a livello nazionale e il raccordo con le filiere produttive,

in coerenza con il decreto ministeriale attuativo, in ambito regolamentare, dell'articolo 17 del Codice dei beni culturali e del paesaggio;
3) il potenziamento delle attività di tutela attraverso attività di valorizzazione del bene che, in coerenza con il decreto ministeriale attuativo dell'articolo 114 del Codice dei beni culturali e del paesaggio, favoriscano la crescita culturale, identitaria, sociale ed economica del territorio di riferimento, sviluppandone l'attrattività e la competitività Acquisizione della competenza statale in materia di tutela, sia regolamentare sia amministrativa; per quest'ultimo aspetto limitatamente ai compiti attualmente posti in capo alla Direzione regionale del Ministero e alle Soprintendenze lombarde, con garanzia del mantenimento e valorizzazione delle alte professionalità oggi ivi operanti, nel pieno rispetto dei principi tecnicoscientifici propri del settore Acquisizione di competenze nell'ambito della semplificazione e razionalizzazione delle procedure amministrative e della definizione di un quadro di regole stabile e certo in ordine agli aspetti metodologici e tecnici del lavoro di tutela e valorizzazione Si richiedono, inoltre, l'acquisizione della titolarità o della gestione (in via diretta o conferita ad altri enti) dei beni culturali statali presenti sul territorio regionale (musei, biblioteche, archivi, aree archeologiche, complessi monumentali), al fine di superare l'attuale gestione accentrata ritenuta non più compatibile con un efficiente assetto delle competenze e con una adeguata allocazione di risorse finanziarie che occorre fiscalizzare, ai sensi dell'articolo 119 della Costituzione, ivi compreso il Fondo unico per lo spettacolo (FUS)

- Ordinamento sportivo

Si richiede maggiore autonomia in materia di ordinamento sportivo, con particolare riguardo alle competenze in materia di edilizia sportiva, la cui disciplina rientra nella predetta materia In particolare, si richiede l'attribuzione alla Regione della competenza in tema di programmazione degli interventi sull'impiantistica sportiva, con benefici effetti in termini di incremento della promozione della pratica sportiva e motoria Si richiede, altresì, il potenziamento degli strumenti normativi e amministrativi a disposizione della Regione diretti a valorizzare l'attività sportiva anche scolastica quale ausilio alla prevenzione

AREA SOCIALE E SANITARIA (WELFARE)

- Tutela della salute

Si chiede il riconoscimento della piena autonomia rispetto alla definizione dell'assetto istituzionale del sistema sociosanitario regionale e dei conseguenti profili organizzativi, anche in ragione della sperimentazione avviata con la legge regionale 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')
Si ritiene, altresì, necessaria la definizione di un quadro di risorse autonome di finanziamento del sistema sociosanitario, che consenta una gestione flessibile e senza vincoli di spesa specifici, con particolare riguardo alla possibilità di definire il sistema tariffario, di rimborso e di remunerazione del personale e alla possibilità di modulare la compartecipazione alla spesa sanitaria e sociosanitaria Si pensa, in particolare, alla modulazione del ticket sanitario aggiuntivo nel rispetto dell'equilibrio economicofinanziario assicurato dall'adozione di azioni di efficientamento della spesa sanitaria e di promozione dell'appropriatezza per le attività di specialistica ambulatoriale
Si richiede, altresì, piena autonomia e le necessarie risorse per determinare ed effettuare gli investimenti diretti ad adeguare il patrimonio edilizio e tecnologico sanitario e sociosanitario Ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia da ottenere attengono al riconoscimento della piena autonomia rispetto allo sviluppo del sistema formativo delle professioni sanitarie, nonché al riconoscimento della possibilità di:
a) avviare percorsi sperimentali relativi all'assistenza integrativa in ambiti specifici non garantiti dai LEA;
b) sperimentare l'impatto di nuove tecnologie sulla salute delle persone;
c) acquisire ulteriori competenze legislative, amministrative e gestionali sulle figure apicali del sistema sanitario regionale;

d) rendere coerenti con le esigenze del territorio il tema delle specializzazioni, ivi compresa la programmazione delle borse di studio per specializzandi e la loro integrazione operativa con il sistema aziendale, in accordo con le università presenti sul territorio regionale al fine di garantire la copertura del fabbisogno professionale del sistema sanitario regionale

Particolare rilevanza ha inoltre, fatto salvo il pareggio del sistema sociosanitario, l'eliminazione dei vincoli in materia di spesa di personale ivi compresa l'assunzione del personale da impiegare, in particolare, per lo svolgimento delle attività di prevenzione e per la riduzione dei tempi d'attesa Si chiede, inoltre, l'attribuzione di ulteriori competenze della Regione in riferimento alla «partecipazione ai Centri operativi di soccorso pubblico (COSP)»

Si chiede, infine, il pieno riconoscimento alla Regione della possibilità di legiferare in merito al contrasto al gioco d'azzardo patologico, nel rispetto dei principi generali fissati dalla normativa nazionale, per intervenire a salvaguardia della salute dei cittadini

- Alimentazione

Attribuzione di competenze normative e amministrative che consentano un ulteriore sviluppo delle potestà regionale nell'ambito della sicurezza alimentare, in particolare negli ambiti connessi ad altre materie di competenza già regionale, quali la prevenzione, l'igiene, la tutela della salute, le attività economiche produttive e commerciali e l'agricoltura, il riconoscimento dei requisiti per l'esercizio delle attività agricole e zootecniche e altre forme di vigilanza e controlli, fermo restando il necessario rispetto della disciplina europea e tenuto conto dell'intera filiera agroalimentare In particolare, si chiede di potenziare la competenza regionale in materia di educazione alimentare e di sicurezza alimentare, con specifico riferimento all'ambito scolastico, familiare e sanitario, nonché di promuovere e organizzare forma di lotta agli sprechi

RAPPORTI CON GLI ENTI LOCALI E DEFINIZIONE DEL SISTEMA ISTITUZIONALE INTERNO

La Regione si impegna nell'ambito delle proprie competenze e in quelle delle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia concernenti le materie di cui al terzo comma dell'articolo 117 e le materie del secondo comma del medesimo articolo alle lettere l), limitatamente all'organizzazione della giustizia di pace, n) e s), che possono essere attribuite con legge dello Stato, ad attivare un contestuale tavolo di concertazione con il Sistema degli Enti e delle Autonomie locali per definire un piano di riordino territoriale, secondo i principi della sussidiarietà verticale e orizzontale, per definire il livello territoriale ottimale per allocare le competenze

Si impegna, altresì, a favorire la completa attuazione dell'articolo 118 della Costituzione secondo gli stessi principi della sussidiarietà per assicurare un'efficiente collocazione dell'attività amministrativa vicina ai cittadini e alle imprese

Il finanziamento delle competenze conferite è assicurato nell'ambito dell'articolo 119 della Costituzione

La Regione richiede, inoltre, il riconoscimento di competenze legislative e amministrative per la definizione del sistema istituzionale interno alla Lombardia e per l'allocazione di funzioni e competenze agli enti locali allo scopo di garantire un rapporto quanto più diretto tra l'ente regionale e gli enti locali territoriali e migliorarne la governance, nonché la possibilità di adottare idonei strumenti di intervento, in collaborazione con il Consiglio delle autonomie locali e nel rispetto della competenza statale sugli organi, sull'assetto istituzionale degli enti locali, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse finanziarie

La Regione chiede anche di poter concorrere a definire le modalità, i criteri e i termini di riparto dei contributi previsti per i comuni che originano da fusione La Regione si impegna, altresì, nella definizione dei complessivi assetti istituzionali e in coerenza con le proprie norme statutarie (in particolare, articoli 3 e 5), a riconoscere e promuovere, anche sul piano dell'attribuzione di competenze e funzioni, il ruolo delle autonomie funzionali e sociali

ANZIANI

MOLISE

DGR 30.10.17, n. 411 - Delibera del CIPE n. 68/2015 - PAR FSC Molise 2007-2013 – asse iv "inclusione e servizi sociali" linea di intervento iv.b "rete sociosanitaria regionale". riprogrammazione economie da finalizzare al servizio di assistenza tutelare di base. (BUR n. 63 del 16.11.17)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

VISTA la nota prot. n. 125441 del 30 ottobre 2017, allegata quale parte integrante e sostanziale del presente documento istruttorio, con cui il Responsabile della Linea di intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale", Direttore del Servizio Programmazione rete dei soggetti deboli, dell'integrazione sociosanitaria e della riabilitazione della Direzione Generale per la Salute, nel rappresentare che l'Azione 10 "Assistenza tutelare di base", attivata nell'ambito del PAR FSC Molise 2007-2013, è in scadenza, e che si rende necessaria la prosecuzione di detto servizio che ha la finalità di aiutare le famiglie e offrire ai pazienti anziani over 65 affetti da patologie gravi e/o con difficoltà di carattere sanitario l'opportunità di essere assistiti e curati nelle proprie abitazioni, chiede, d'intesa con il Presidente e il Vicepresidente, di dare prosecuzione al servizio di Assistenza tutelare di base per ulteriori dieci mesi, con un fabbisogno finanziario di euro 785.779,00, da reperire attraverso la riprogrammazione di economie maturate;

RICHIAMATI

- la delibera del CIPE n. 63 del 3 agosto 2011 di presa d'atto del Programma Attuativo Regionale (PAR) della Regione Molise a valere sul Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (FSC) 2007-2013;
- la delibera del CIPE n. 68 del 6 agosto 2015 di presa d'atto della riprogrammazione del Programma Attuativo Regionale (PAR) della Regione Molise a valere sul Fondo per lo Sviluppo e la Coesione 2007-2013 ai sensi della delibera CIPE n. 41/2012;
- il verbale in data 15 gennaio 2016 del Comitato di Sorveglianza (CdS) del PAR FSC Molise 2007-2013, a chiusura della procedura di consultazione scritta ai sensi dell'art. 7 del proprio Regolamento interno, di approvazione della proposta regionale di riprogrammazione delle risorse FSC 2007-2013 della Linea di intervento II.A "Accessibilità materiale" dell'Asse II "Accessibilità" del Programma, approvata dalla Giunta regionale con deliberazione n. 700 del 14 dicembre 2015;
- il verbale in data 15 giugno 2016 del CdS del PAR FSC Molise 2007-2013, a chiusura della procedura di consultazione scritta ai sensi dell'art. 7 del proprio Regolamento interno, di approvazione dell'aggiornamento finanziario e programmatico del PAR relativo alla riprogrammazione delle risorse FSC 2007-2013 delle Linee di Intervento I.A "Sostegno mirato e veloce per le imprese e il lavoro" e I.B "Fondo di Garanzia" dell'Asse I "Innovazione e imprenditorialità" e della Linea di intervento II.A "Accessibilità materiale" dell'Asse II "Accessibilità" del Programma, all'applicazione del punto 6.1 della delibera del CIPE 30 giugno 2014, n. 21 e agli adempimenti di cui all'articolo 1, commi 680 e 682 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016) riferiti all'Intesa sancita l'11 febbraio 2016 in sede di conferenza Stato Regione, approvato dalla Giunta regionale con deliberazioni n. 155 dell'11 aprile e n. 242 del 24 maggio 2016;
- il verbale in data 4 agosto 2016 del CdS del PAR FSC Molise 2007-2013, a chiusura della procedura di consultazione scritta ai sensi dell'art. 7 del proprio Regolamento interno, di approvazione della proposta regionale di riprogrammazione delle risorse FSC 2007-2013 della Linea di intervento II.A "Accessibilità materiale" dell'Asse II "Accessibilità" e della Linea di intervento III.C "Gestione dei Rifiuti Urbani" dell'Asse III "Ambiente e territorio" del Programma, approvata dalla Giunta regionale con deliberazione n. 337 del 30 giugno 2016;
- il verbale in data 3 aprile 2017 del CdS del PAR FSC Molise 2007-2013, a chiusura della procedura di consultazione scritta ai sensi dell'art. 7 del proprio Regolamento interno, di approvazione della proposta regionale di riprogrammazione delle risorse FSC 2007-2013 della Linea di intervento V.B Progetto "*Scuola Sicura*" dell'Asse V "Capitale umano" del Programma, oggetto di approvazione da parte della Giunta regionale con deliberazione n. 624 del 28 dicembre 2016;

VISTO il PAR FSC Molise 2007-2013 oggetto di presa d'atto da parte del CIPE con la suddetta delibera del CIPE n. 68/2015 e delle successive su richiamate riprogrammazioni approvate dal Comitato di Sorveglianza in data 15 gennaio 2016, 15 giugno 2016, 4 agosto 2016 e 3 aprile 2017;
DATO ATTO che nel PAR FSC Molise 2007-2013 è prevista, nell'ambito dell'Asse IV "Inclusione e servizi sociali, la Linea di intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale", che concorre alla realizzazione della strategia del Quadro Strategico Nazionale (QSN) per la politica regionale di sviluppo 2007-2013 in materia di Obiettivi di Servizio e prevede azioni finalizzate a rafforzare e qualificare l'offerta di servizi socio-assistenziali per gli anziani;
DATO ATTO, inoltre, che la predetta Linea di Intervento del PAR FSC Molise 2007-2013 non è stata interessata dai suddetti aggiornamenti programmatici e finanziari del Programma e la stessa è attuata attraverso Strumento di Attuazione Diretta (SAD), pertanto la Regione Molise provvede, ai fini dell'attuazione, in esecuzione dei propri atti deliberativi;
DATO ATTO, infine, che, nell'ambito della richiamata Linea di intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale", è stata attivata, con deliberazione della Giunta regionale n. 50 del 30 gennaio 2015, e realizzata per il triennio 2015-2017, l'Azione 10 "Assistenza tutelare di base" finalizzata a rafforzare l'assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti anziani, attraverso il finanziamento della componente socioassistenziale ad integrazione delle prestazioni sanitarie;
RITENUTO, per quanto sopra, che, sulla base della richiamata richiesta prot. n. 125441/2017, il servizio di "Assistenza tutelare di base", da riattivare per ulteriori dieci mesi, possa trovare copertura a carico delle economie del FSC 2007-2013 non ancora riprogrammate, generate dagli interventi inseriti nella Linea IV. B "Rete socio-sanitaria regionale", atteso che l'Assistenza tutelare di base è stata oggetto di finanziamento nell'ambito della stessa Linea IV.B;
VISTA la delibera del CIPE 23 marzo 2012, n. 41 recante "Fondo per lo sviluppo e la Coesione. Modalità di riprogrammazione delle risorse regionali 2000-2006 e 2007-2013;
DATO ATTO delle economie non ancora riprogrammate, utili alla copertura finanziaria della riattivazione del servizio di Assistenza tutelare di base per ulteriori dieci mesi, pari a complessivi euro 785.779,00, generate dagli interventi finanziati con le risorse FSC 2007-2013 della Linea di Intervento IV.B "Rete sociosanitaria regionale" dell'Asse IV "Inclusione e servizi sociali" del PAR Molise ed evidenziate dal Responsabile regionale della stessa Linea nel Sistema Gestione Progetti (SGP) nella sessione di monitoraggio del 31 agosto 2017 (dati verificati e consolidati nella BDU-IGRUE del MEF), come di seguito riportate:

Codice
Progetto
Titolo - Progetto Soggetto
Attuatore
Economie PAR FSC
2007-2013
disponibili

MO4B13 Azione 10. Assistenza tutelare di base Regione Molise 728.314,78
MO4B01 Servizio di Telesoccorso,
Teleassistenza, Telemedicina Regione Molise 57.464,22
Totale 785.779,00

RICHIAMATO il provvedimento del 20 gennaio 2012 del Direttore Generale della Direzione per la Politica Regionale Unitaria Nazionale del Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica – Ministero dello Sviluppo Economico, oggi Dipartimento per le Politiche di Coesione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, di messa a disposizione della Regione Molise delle risorse del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione per il periodo 2007-2013, assegnate per la copertura finanziaria del Programma Attuativo Regionale (PAR), trasmesso con nota prot. n. 4550-U del 05 aprile 2012, agli atti del Servizio Coordinamento Fondo per lo Sviluppo e la Coesione del Dipartimento della Presidenza della Giunta regionale;

DATO ATTO che il suddetto provvedimento autorizza la Regione ad utilizzare direttamente le risorse del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione per la realizzazione degli interventi del Programma attuati mediante strumenti di attuazione diretta (SAD);
RICHIAMATE
- la delibera del CIPE 21 dicembre 2007, n. 166, recante "Attuazione del Quadro Strategico Nazionale (QSN) 2007-2013. Programmazione del Fondo per le Aree Sottoutilizzate";
- la delibera del CIPE 23 marzo 2012, n. 41, concernente "Modalità di riprogrammazione delle risorse regionali del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione 2000-2006 e 2007-2013";
DATO ATTO che:
- la delibera del CIPE n. 166/2007 dispone, al punto 7.3, "*le riprogrammazioni relative ai Programmi attuativi FAS* (oggi FSC – Fondo per lo Sviluppo e la Coesione) *sono approvate dal Comitato di sorveglianza o dall'organismo assimilato e trasmesse al MISE-DPS. La riprogrammazione dei Programmi attuativi FAS che comporti una modifica del riparto delle risorse (ad es. tra le Priorità e/o Assi e/o linee di intervento in cui si articola il programma stesso) viene portata a conoscenza del MISE-DPS, e, per quanto di competenza, del CIPE, prima dell'approvazione della riprogrammazione stessa, per l'esame della sua rilevanza in termini di impatto sull'attuazione della strategia del QSN*";
- la delibera del CIPE n. 41/2012 dispone, al punto 2. Programmazione 2007-2013, "*in applicazione del punto 7.3 della delibera n. 166/2007, dopo l'approvazione del Comitato/organismo di sorveglianza, sono sottoposte al CIPE, per la relativa presa d'atto, le proposte di riprogrammazione delle risorse del FSC 2007-2013 che determinino, all'interno dei Programmi attuativi delle Regioni e delle Province autonome, scostamenti finanziari superiori al 20 per cento del valore delle risorse del FSC programmate per ciascuna azione cardine/progetto strategico, ovvero scostamenti finanziari per ciascun asse/priorità di riferimento superiore al 20 per cento del valore delle risorse del FSC programmate*";
DATO ATTO, altresì, che la riprogrammazione delle economie FSC 2007-2013 generate da interventi inseriti nella Linea di Intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale" dell'Asse IV "Inclusione e servizi sociali" del PAR Molise, per l'importo di euro 785.779,00, da destinare alla riattivazione del servizio di Assistenza tutelare di base per ulteriori dieci mesi, non determina una modifica del riparto delle risorse fra priorità e/o Assi del PAR in quanto è prevista nell'ambito del medesimo Asse IV e nell'ambito della medesima Linea di intervento IV.B, lasciando immutata la dotazione finanziaria degli stessi e, quindi, non dovrà essere sottoposta al CIPE né all'approvazione del Comitato di Sorveglianza del PAR FSC Molise 2007-2013 ai sensi del punto 7.3 della delibera del CIPE n. 166/2007 e del punto 2 della delibera del CIPE n.41/2012, ma costituirà informativa al Comitato di Sorveglianza del Programma in occasione della prima riunione utile;
RICHIAMATE, infine,
- la delibera del CIPE 30 giugno 2014, n. 21, recante "*Fondo per lo Sviluppo e la Coesione 2007-2013. Esiti della ricognizione di cui alla delibera CIPE n. 94/2013 e riprogrammazione delle risorse*"
- la delibera del CIPE 1 dicembre 2016, n. 57, recante "*Fondo Sviluppo e Coesione (FSC) 2007-2013 – delibera n. 21/2014: posticipo della scadenza per l'assunzione delle obbligazioni giuridicamente vincolanti di cui al punto 6 e utilizzazione delle risorse derivanti dalle sanzioni già operate*";
RITENUTO, pertanto, di sottoporre alla presa d'atto e alla successiva approvazione della Giunta regionale:
- la richiesta, con nota prot. n. 125441 del 30 ottobre 2017 del Responsabile della Linea di intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale", Direttore del Servizio Programmazione rete dei soggetti deboli, dell'integrazione sociosanitaria e della riabilitazione della Direzione Generale per la Salute, allegata quale parte integrante e sostanziale del presente documento istruttorio, di richiesta, d'intesa con il Presidente e il Vicepresidente, di dare prosecuzione al servizio di Assistenza tutelare di base per ulteriori dieci mesi, con un fabbisogno finanziario di euro 785.779,00;

- delle economie non ancora riprogrammate, pari a complessivi euro 785.779,00 generate dagli interventi finanziati con le risorse FSC 2007-2013 della Linea di Intervento IV.B "Rete sociosanitaria regionale" dell'Asse IV "Inclusione e servizi sociali" del PAR Molise ed evidenziate dal Responsabile regionale della stessa Linea nel Sistema Gestione Progetti (SGP) nella sessione di monitoraggio del 31 agosto 2017 (dati verificati e consolidati nella BDU-IGRUE del MEF), da destinare alla riattivazione del servizio di Assistenza tutelare di base per ulteriori dieci mesi;
- la riprogrammazione delle predette economie FSC 2007-2013 per l'importo di euro 785.779,00 generate dagli interventi della Linea di Intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale" dell'Asse IV "Inclusione e servizi sociali" del PAR Molise ed evidenziate dal Responsabile regionale della stessa Linea nel Sistema Gestione Progetti (SGP) nella sessione di monitoraggio del 31 agosto 2017 (dati verificati e consolidati nella BDU-IGRUE del MEF), da destinare alla riattivazione del servizio di Assistenza tutelare di base per ulteriori dieci mesi;
- il rinvio, a successivo atto, della riprogrammazione delle restanti economie generate dall'intervento cod. SGP MO4B01 Servizio di Telesoccorso, Teleassistenza, Telemedicina, ed evidenziate dal Responsabile regionale della stessa Linea nel Sistema Gestione Progetti (SGP) nella medesima sessione di monitoraggio del 31 agosto 2017 (dati verificati e consolidati nella BDU-IGRUE del MEF), pari ad euro 254.980,00, ma non oggetto di riprogrammazione;
- la predisposizione, da parte del competente Servizio Programmazione delle Politiche Sociali della Direzione Generale per la Salute, del nuovo progetto esecutivo del servizio di Assistenza tutelare di base;
- la predisposizione, da parte del Servizio Coordinamento Fondo per lo Sviluppo e la Coesione del Dipartimento della Presidenza della Giunta regionale, dell'informativa relativa alla riprogrammazione delle suddette risorse da sottoporre al Comitato di Sorveglianza del PAR FSC Molise 2007-2013 in occasione della prima riunione utile;

VISTO il D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 concernente "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";

VISTA la Direttiva sul sistema dei controlli interni della Regione Molise approvata con deliberazione della Giunta regionale n. 376 del 1 agosto 2014;

TUTTO CIO' PREMESSO, SI PROPONE ALLA GIUNTA REGIONALE:

1. di prendere atto della richiesta, con nota prot. n. 125441 del 30 ottobre 2017 del Responsabile della Linea di intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale", Direttore del Servizio Programmazione rete dei soggetti deboli, dell'integrazione sociosanitaria e della riabilitazione della Direzione Generale per la Salute, allegata quale parte integrante e sostanziale del presente documento istruttorio, di richiesta, d'intesa con il Presidente e il Vicepresidente, di dare prosecuzione al servizio di Assistenza tutelare di base per ulteriori dieci mesi, con un fabbisogno finanziario di euro 785.779,00;
2. di prendere atto, inoltre, delle economie non ancora riprogrammate, pari a complessivi euro 785.779,00, generate dagli interventi finanziati con le risorse FSC 2007-2013 della Linea di Intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale" dell'Asse IV "Inclusione e servizi sociali" del PAR Molise ed evidenziate dal Responsabile regionale della stessa Linea nel Sistema Gestione Progetti (SGP) nella sessione di monitoraggio del 31 agosto 2017 (dati verificati e consolidati nella BDU-IGRUE del MEF), da destinare alla riattivazione del servizio di Assistenza tutelare di base per ulteriori dieci mesi,
3. di approvare la riprogrammazione delle predette economie FSC 2007-2013 per l'importo di euro 785.779,00 generate dagli interventi della Linea di Intervento IV.B "Rete socio-sanitaria regionale" dell'Asse IV "Inclusione e servizi sociali" del PAR Molise ed evidenziate dal Responsabile regionale della stessa Linea nel Sistema Gestione Progetti (SGP) nella sessione di monitoraggio del 31 agosto 2017 (dati verificati e consolidati nella BDU-IGRUE del MEF), da destinare alla riattivazione del servizio di Assistenza tutelare di base per ulteriori dieci mesi;

4. di rinviare, a successivo atto, la riprogrammazione delle restanti economie generate dall'intervento cod. SGP MO4B01 Servizio di Telesoccorso, Teleassistenza, Telemedicina, ed evidenziate dal Responsabile regionale della stessa Linea nel Sistema Gestione Progetti (SGP) nella medesima sessione di monitoraggio del 31 agosto 2017 (dati verificati e consolidati nella BDU-IGRUE del MEF), pari ad euro 254.980,00, ma non oggetto di riprogrammazione;
5. di incaricare il competente Servizio Programmazione delle Politiche Sociali della Direzione Generale per la Salute di predisporre il nuovo progetto esecutivo del servizio di Assistenza tutelare di base;
6. di incaricare il Servizio Coordinamento Fondo per lo Sviluppo e la Coesione del Dipartimento della Presidenza della Giunta regionale di predisporre l'informativa relativa alla riprogrammazione delle suddette risorse da sottoporre al Comitato di Sorveglianza del PAR FSC Molise 2007-2013 in occasione della prima riunione utile;
7. di demandare al Servizio Coordinamento per lo Sviluppo e la Coesione del Dipartimento della Presidenza della Giunta regionale l'invio del provvedimento scaturente dal presente documento istruttorio all'Agenzia per la Coesione Territoriale;
8. di demandare, altresì, allo stesso Servizio Coordinamento Fondo per lo Sviluppo e la Coesione del Dipartimento della Presidenza della Giunta regionale, l'invio del provvedimento scaturente dal presente documento istruttorio ai Direttori dei Servizi Programmazione delle Politiche Sociali e Programmazione rete dei soggetti deboli, dell'integrazione sociosanitaria e della riabilitazione della Direzione Generale per la Salute;
9. di assoggettare il provvedimento scaturente dal presente documento istruttorio agli obblighi in materia di trasparenza, di cui al D.Lgs. n. 33/2013;
10. di non assoggettare il provvedimento scaturente dal presente documento istruttorio al controllo di regolarità amministrativa in quanto non ricade nelle fattispecie di cui al punto 6.1 della Direttiva sul sistema dei controlli interni della Regione Molise approvata con deliberazione della Giunta regionale n. 376 del 1 agosto 2014.

ASSISTENZA PENITENZIARIA

ABRUZZO
CONSIGLIO REGIONALE-DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE .11.20, n. AL/AIE/59 Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale, ai sensi dell'art. 6 della L.R. 23 agosto 2011, n. 35, come modificata dall' art. 54, L.R. 10 gennaio 2012, n. 1 e dall'art. 1, comma 1, lett. a) e b), L.R. 30 agosto 2017, n. 48. Rinnovazione procedimento. (BUR n. 45 del 15.11.17
Note
Viene approvato l'Avviso pubblico e i relativi allegati A) e B), per la rinnovazione del procedimento per l'elezione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale ai sensi dell'art. 6 della L.R. 28.08.2011 n. 35, come modificata dalla L.R. 30 agosto 2017, n. 48 (a cui si fa rinvio).

LAZIO
DGR 7.11.17, n. 715 - Modifiche alla Delibera di Giunta Regionale n. 642 del 10/10/2017: "Decreto Ministeriale del 1/10/2012 e Conferenza Unificata n.17 del 26/2/2015. Approvazione dello schema di "Protocollo di intesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente", tra la Regione Lazio e il Ministero di Giustizia." (BUR n. 94 del 23.11.17)
Note
La prima modifica è relativa ai firmatari del Protocollo indicati a pag.3 e pag.7 dello schema di Protocollo (parte integrante della DGR n.642/2017) ovvero quando nel testo è riportato che "La

Regione Lazio in persona del Presidente Nicola Zingaretti e la Corte di Appello di Roma in persona del Presidente Luciano Panzani, la Procura Generale della Repubblica presso la Corte di Appello di Roma in persona del Procuratore Generale Giovanni Salvi, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria in persona del capo dipartimento Santi Consolo, il Provveditorato regionale per l'Amministrazione Penitenziaria in persona del Provveditore Cinzia Calandrino, il Dipartimento per la Giustizia minorile e di comunità in persona del Capo Dipartimento Gemma Tuccillo, la Direzione dell'Ufficio Interdistrettuale per l'Esecuzione Penale Esterna in persona del Direttore Paola Ruggeri, di seguito definiti "le parti"; da cambiare nel modo seguente: "Il Ministro della Giustizia , Onorevole Andrea Orlando, la Regione Lazio in persona del Presidente Nicola Zingaretti, la Corte di Appello di Roma in persona del Presidente Luciano Panzani, la Procura Generale della Repubblica presso la Corte di Appello di Roma in persona del Procuratore Generale Giovanni Salvi, di seguito definiti "le parti";

La seconda modifica è relativa alla pag. 6 art.11 dello stesso schema di Protocollo, ovvero nel punto seguente: "Nei casi di ricovero urgente disposto dal responsabile REMS, il magistrato ordina sempre la traduzione e il piantonamento del soggetto trasferito a mezzo delle Forze di Polizia. Il provvedimento deve essere rivalutato entro 48 ore sulla base degli elementi di conoscenza comunicati dal responsabile REMS, secondo i parametri sopra indicati. Nella fase transitoria – vale a dire entro l'anno dalla sottoscrizione del presente protocollo – i trasferimenti e i piantonamenti sono assicurati dal D.A.P." da sostituire con: "I ricoveri urgenti disposti dal responsabile della REMS sono sempre eseguiti con traduzione con l'ausilio delle forze di polizia e con piantonamento ad opera della Polizia penitenziaria. L'autorità giudiziaria competente può disporre che il paziente non sia sottoposto a piantonamento durante il prosieguo della degenza, con provvedimento motivato da adottare nel più breve termine e comunque entro 48 ore dal ricovero."

Viene approvato il modificato schema di "Protocollo di intesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente", tra la Regione Lazio e il Ministero di Giustizia (Ministro di Giustizia, Corte d'Appello di Roma, Procura Generale presso la Corte d'Appello di Roma), parte integrante del presente atto.

PROTOCOLLO DI INTESA

PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA APPLICATE IN VIA DEFINITIVA O PROVVISORIA NEI CONFRONTI DI SOGGETTI AFFETTI DA VIZIO PARZIALE O TOTALE DI MENTE

VISTA la Legge n. 419 del 30/11/1998 ("Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"), all'art. 5 ("Riordino della medicina penitenziaria);

VISTO il Decreto Legislativo n. 230 del 22 giugno 1999 ("Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge legge, n. 419);

VISTO il DPCM 1 aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"); VISTO il Decreto 1/10/2012 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia, recante "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia";

VISTO l'Allegato A al suddetto Decreto del 1/10/2012 nella parte in cui prevede che: "Considerando che i pazienti destinatari delle strutture di che trattasi possono presentare caratteristiche psicopatologiche significativamente variabili, fermi restando i requisiti di cui al

decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 e al presente decreto, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ferma restando la gestione sanitaria, ne assicurano con sequenzialmente un'implementazione adeguatamente diversificata, anche in termini strutturali, organizzativi, di profili di sicurezza e di vigilanza esterna, nonché per livelli di protezione, idonea a rispondere alle diverse caratteristiche psicopatologiche ed alla loro evoluzione". VISTO il Decreto-Legge n. 211 del 22/12/2011 ("Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata da sovraffollamento delle carceri"), convertito con modifiche dalla legge n. 9 del 17-2-2012;

VISTO il Decreto-Legge 25/3/2013 n. 24 ("Disposizioni in materia sanitaria"), convertito con modifiche dalla legge 23/5/2013, n. 57;

VISTO il Decreto-Legge 31/3/2014 ("Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari"), convertito con modifiche dalla legge 30/5/2014, n. 81;

VISTO l'art. 7 dell'"Accordo, ai sensi del DM del 1/10/2012, All. A concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione del D.M. 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art.3 ter, comma 2, del Decreto Legge 22/12/2011 n.211 convertito con modificazioni, dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal Decreto Legge 31/03/2014 n.52, convertito in Legge 30/05/2014 n.81" sancito in Conferenza Unificata con risoluzione n. 17 in data 26/2/2015 regola i rapporti con Uepe e Magistratura; VISTO l'art. 4 del suddetto Accordo sancito in Conferenza Unificata con risoluzione n.17 del 26/2/2015 dal titolo "Formazione" che ai sensi dell'all.A del D.M. 1° ottobre 2012 dice che "Le Regioni adottano un piano di formazione del personale delle REMS mirato ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico legali e giuridiche, con particolare attenzione ai rapporti con la magistratura di Sorveglianza, specifiche per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato";

VISTO l'art. 1 comma 16 lett. c) della legge 4 luglio 2017, n. 103 con il quale il Governo è delegato ad adottare, senza maggiori oneri, nel termine di un anno dal 3.8.2017 la "revisione della disciplina delle misure di sicurezza personali ai fini della espressa indicazione del divieto di sottoporre a misure di sicurezza personali per fatti non preveduti come reato dalla legge del tempo in cui furono commessi; rivisitazione, con riferimento ai soggetti imputabili, del regime del cosiddetto «doppio binario», prevedendo l'applicazione congiunta di pena e misure di sicurezza personali, nella prospettiva del minor sacrificio possibile della libertà personale, soltanto per i delitti di cui all'articolo 407, comma 2, lettera a), del codice di procedura penale e prevedendo comunque la durata massima delle misure di sicurezza personali, l'accertamento periodico della persistenza della pericolosità sociale e la revoca delle misure di sicurezza personali quando la pericolosità sia venuta meno; revisione del modello definitorio dell'infermità, mediante la previsione di clausole in grado di attribuire rilevanza, in conformità a consolidate posizioni scientifiche, ai disturbi della personalità; previsione, nei casi di non imputabilità al momento del fatto, di misure terapeutiche e di controllo, determinate nel massimo e da applicare tenendo conto della necessità della cura, e prevedendo l'accertamento periodico della persistenza della pericolosità sociale e della necessità della cura e la revoca delle misure quando la necessità della cura o la pericolosità sociale siano venute meno; previsione, in caso di capacità diminuita, dell'abolizione del sistema del doppio binario e previsione di un trattamento sanzionatorio finalizzato al superamento delle condizioni che hanno diminuito la capacità dell'agente, anche mediante il ricorso a trattamenti terapeutici o riabilitativi e l'accesso a misure alternative, fatte salve le esigenze di prevenzione a tutela della collettività;

VISTO l'art. 1 comma 16 lett. d) del predetto comma che reca: "tenuto conto dell'effettivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e dell'assetto delle nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), previsione della destinazione alle REMS prioritariamente dei soggetti per i quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale, nonché dei soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie e di tutti coloro per i quali occorra accertare le

relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto, a garantire i trattamenti terapeutico-riabilitativi, con riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti e nel pieno rispetto dell'articolo 32 della Costituzione";

VISTA la Delibera del Consiglio Superiore della Magistratura in data 19 aprile 2017 "Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) di cui alla legge n. 81 del 2014";

VISTA la Raccomandazione del Consiglio d'Europa CM/REC(2014)3 adottata dal Comitato dei ministri il 19.2.2014 in materia di Delinquenti pericolosi; Il Ministro della Giustizia, Onorevole Andrea Orlando, la Regione Lazio, in persona del Presidente Nicola Zingaretti, la Corte di Appello di Roma, in persona del Presidente Luciano Panzani e la Procura Generale della Repubblica presso la Corte di Appello di Roma, in persona del Procuratore Generale Giovanni Salvi, di seguito definiti "le parti" , convengono e stipulano quanto segue:

Articolo 1

Le parti assicurano:

ù modalità operative di collaborazione tra magistrato/perito-consulente/ASL/DSM/UEPE anche con l'adozione di uno schema di quesito concordato;

 una tempestiva ed efficace comunicazione tra direttore della REMS, referente ASL/DSM, magistratura;

 la regolamentazione delle modalità con le quali inviare gli internati che lo necessitano presso luoghi di cura esterni; la traduzione e il piantonamento ai soggetti per i quali vi sono esigenze di scorta derivanti dalla loro posizione giuridica e non di per sé dalla loro patologia psichiatrica, sono regolati secondo le modalità previste al seguente art.11;

 in accordo con la Prefettura, standard comuni di sicurezza interna e perimetrale delle residenze;

 la condivisione dei dati relativi al movimento e alle liste dei ricoverati;

 la condivisione dei dati relativi alla posizione giuridica e alla cartella sanitaria dei soggetti internati, anche mediante l'ausilio di banche dati dedicate.

Articolo 2

La Regione Lazio assicura, nelle strutture presenti sul territorio regionale, livelli di assistenza terapeutica, ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale, ospedaliera diversificati e proporzionati ai diversi livelli di sicurezza al fine di assicurare, con il solo intervento sanitario, adeguato ricovero anche ai soggetti aggressivi, poco trattabili e di difficile gestione.

Articolo 3

L'emanazione e l'esecuzione dei provvedimenti di presa in carico, da eseguirsi nel territorio della Regione Lazio, saranno precedute e accompagnate da intese individuali che riguardano il singolo paziente e terranno conto delle soluzioni tecnico-operative qui di seguito individuate.

Articolo 4

Ai fini dell'attuazione del presente protocollo il D.A.P. e la Regione Lazio indicano l'effettivo fabbisogno di posti nelle REMS e garantiscono la effettiva attuazione delle misure gradate.

Articolo 5

La Regione Lazio, con il concorso delle Aziende Sanitarie Locali e dei Dipartimenti di Salute Mentale, assicura all'Autorità Giudiziaria:

 uno o più referenti, individuati fra gli psichiatri del Dipartimento, per valutare l'effettiva necessità di una misura detentiva o, alternativamente, la possibilità di una misura terapeutica meno

afflittiva della libertà (libertà vigilata/LV e licenza finale di esperimento/LFE) per i pazienti autori di reato inclusi nel territorio del Dipartimento;
 la concreta ed efficiente attuazione dei piani terapeutici riabilitativi individuali di dimissione (PTRI);
 la realizzazione di interventi finalizzati sia a prevenire l'applicazione delle misure di sicurezza detentive sia a favorire le misure alternative richieste dalla legge n.81/2014.

Articolo 6
La Regione Lazio, attraverso il Dipartimento di Salute Mentale della Asl, con il perito/consulente e con il magistrato, concorre alla individuazione del trattamento terapeutico più appropriato per il paziente e alla segnalazione di quelle situazioni meritevoli di approfondimenti. Il Dipartimento di Salute Mentale competente fornisce, ai magistrati, in caso di necessità, il numero telefonico del sanitario individuato come referente per la gestione delle problematiche forensi del paziente, nonché i numeri dei cellulari di servizio dei suoi Direttori. Lo stesso Dipartimento cura l'aggiornamento degli elenchi nominativi e telefonici a disposizione dei magistrati.

Articolo 7
La Regione Lazio, con il concorso delle Aziende Sanitarie Locali e dei Dipartimenti di Salute Mentale:
 fornisce all'ufficio dell'esecuzione penale esterna (UEPE) l'elenco dei referenti dei DSM che collaborano all'attuazione dei PTRI dei pazienti ai fini del loro reinserimento sociale e informazioni utili in ordine alle possibilità di trattamento territoriale;
 fornisce all'A.G. competente l'elenco aggiornato delle strutture residenziale territoriali accreditate della Regione;
 rende accessibile mensilmente i dati relativi al sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (SMOP);
 in fase di dimissione, fornisce all'UEPE una relazione sull'utente;
Il Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG monitora:
 il flusso dei dati dei pazienti sottoposti a misura di sicurezza (MdS) in REMS;
 la loro situazione di internamento (trasferimento, esecuzione penale esterna con LFE e LV, dimissione);
 la puntuale registrazione degli eventi critici che si siano verificati presso le REMS (fughe, aggressioni, incidenti).

Articolo 8
Nella formulazione del quesito e per l'acquisizione della valutazione dei DSM, il magistrato valuta la possibilità di utilizzare uno schema prefissato, costituente buona prassi, quale il seguente: "Accerti il perito, sottoponendo a visita l'indagato/imputato ed acquisendo tutta la documentazione medica ad esso relativa, esistente presso strutture pubbliche o private, se lo stesso fosse capace di intendere e di volere al momento del fatto; nel caso di accertata incapacità di intendere e volere, indichi il perito la presenza e la persistenza di rischio psicopatologico, rilevante ai fini dell'apprezzamento, da parte del giudice, della pericolosità sociale; in caso di ricorrenza di rischio psicopatologico, dica il perito se il periziando sia da considerare persona che presenti allo stato necessità di cura a elevata o attenuata intensità terapeutica, precisando i rispettivi indicatori clinici; individui, quindi, il perito la misura più idonea a contenere la pericolosità, precisando i trattamenti terapeutici più idonei alla cura del periziando ed eventualmente in grado di incidere positivamente sulla pericolosità di questo, approntando uno specifico piano terapeutico, anche d'intesa con i servizi sanitari territoriali e tenendo conto che il ricovero in REMS "può essere disposto solo quando risulti che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e fare fronte alla sua pericolosità sociale" (art. 3 ter, co. IV D.L. 211/11); indichi il perito le strutture residenziali, comprese le REMS, dotate di caratteristiche tali, sotto il profilo terapeutico, da assicurare i

trattamenti più idonei alla cura del soggetto e al contenimento della sua pericolosità psichiatrica; qualora il ricovero in REMS sia ritenuto l'unica misura idonea, individui il perito, ove possibile, percorsi terapeutici alternativi, anche temporanei, se, sulla base delle informazioni assunte, non sussista la possibilità di un immediato ricovero. Il perito/consulente deve avvalersi della collaborazione del DSM territorialmente competente di residenza del paziente e la relazione integra al suo interno eventuali valutazioni formulate dal DSM.

Articolo 9

Premesso che il ricovero in REMS costituisce l'estrema ratio, le misure di sicurezza non detentive come la libertà vigilata, indicano specifiche prescrizioni idonee ad evitare nuovi reati (art. 228 III co c.p.). E' considerata come prescrizione anche la sottoposizione ai piani terapeutici predisposti dai competenti DDSSMM ovvero il ricovero presso strutture terapeutiche residenziali territoriali. In prossimità della scadenza della Misura di Sicurezza, il magistrato di sorveglianza può autorizzare un periodo di licenza finale di esperimento (LFE), ex art. 53 Ordinamento Penitenziario, della durata di mesi sei – eventualmente rinnovabile – durante il quale il paziente, sottoposto al regime della libertà vigilata, può essere inserito in una struttura terapeutica residenziale o presso la famiglia al fine di proseguire la fase di riabilitazione e reinserimento nel territorio con opportuno Progetto Terapeutico Individualizzato (P.T.I.). Durante il periodo di LFE non può essere garantito il posto letto al paziente e nel caso di revoca della LFE, il paziente va avviato ad un percorso terapeutico riabilitativo stabilito dal DSM anche ricorrendo alla REMS qualora ogni altra forma di cura residenziale abbia dato esito fallimentare.

Articolo 10

Sono assicurate le comunicazioni tra responsabile REMS e magistratura e tra responsabile Rems e D.A.P. anche mediante comunicazione mensile alle REMS dei recapiti telefonici degli uffici competenti in ordine ai singoli soggetti nei confronti dei quali è disposta una misura di sicurezza. Il magistrato: - all'atto di ingresso del soggetto ricoverato trasmette al Responsabile REMS copia del fascicolo giudiziario e in particolare l'ordinanza applicativa della misura di sicurezza, la sentenza definitiva con applicazione della misura di sicurezza, la consulenza tecnica di ufficio o di parte; - crea un canale preferenziale con il giudice tutelare che permetta di attuare in tempi rapidi le misure necessarie per i pazienti autori di reato in misura di sicurezza, con ridotta capacità di agire (amministrazione di sostegno o forme maggiormente incisive di tutela); - autorizza le comunicazioni per il mantenimento dei rapporti con la famiglia e la rete sociale anche in considerazione delle indicazioni ricevute dall'equipe della Rems; - autorizza, previo parere del responsabile della REMS, le attività trattamentali esterne alla REMS incluse nel PTRI.

Articolo 11

Il primo ingresso e i trasferimenti per necessità giudiziaria sono disposti dalla Autorità Giudiziaria con i mezzi che essa riterrà. Il trasferimento, successivo a quello di ingresso nella REMS, e l'adozione delle misure atte a prevenire condotte del paziente, lesive per sé o per altri, in relazione alle sue intrinseche condizioni di salute mentale, rientrano nel trattamento sanitario e sono di competenza dell'autorità sanitaria. La Regione solo in presenza delle condizioni suddette quindi esclusivamente legate alla salute mentale del paziente, adotterà le misure strutturali e organizzative volte a garantire la sicurezza dello stesso anche in ambiente esterno alla REMS. L'Autorità Giudiziaria è competente ad individuare con provvedimento motivato le eventuali situazioni di pericolo o di necessità di isolamento, non connesse alle condizioni mentali del paziente, ma derivanti da altre esigenze e da diversi indicatori di pericolosità, disponendo le conseguenti cautele, da porsi in esecuzione per mezzo della polizia penitenziaria e delle forze dell'ordine. I ricoveri urgenti disposti dal responasbile della REMS sono sempre eseguiti con traduzione con l'ausilio delle forze di polizia e con piantonamento ad opera della Polizia penitenziaria. L'autorità giudiziaria competente può disporre che il paziente non sia sottoposto a piantonamento durante il prosieguo

della degenza, con provvedimento motivato da adottare nel più breve termine e comunque entro 48 ore dal ricovero. Le parti si impegnano a concordare con le locali Prefetture standard comuni di sicurezza perimetrale e di sicurezza interna anche negli ambienti esterni alla REMS dove il soggetto è temporaneamente trasferito.

Articolo 12

Sono di competenza del personale delle REMS solo le "comunicazioni" che hanno ad oggetto provvedimenti decisori in ordine a richieste avanzate dallo stesso personale per la gestione sanitaria o trattamentale dell' internato. La notifica di tutti gli altri atti giudiziari deve essere effettuata secondo le regole poste dagli artt. 148 e seg. c.p.p. che individuano, quali organi delle notificazioni, l'ufficiale giudiziario o la polizia giudiziaria. La collocazione dell'internato nella REMS non è ostativa alla notifica dell'atto a mani proprie del destinatario, anche nei casi in cui questo sia stato dichiarato interdetto o incapace processualmente, essendo tuttavia previsto in tali casi l'obbligo aggiuntivo di notifica dell'atto al tutore o al curatore speciale (v. art. 166 c.p.p.). La notifica deve essere eseguita, prioritariamente, a mani proprie del destinatario mediante consegna di copia dell'atto alla persona cui è diretto. Per ipotesi di temporanea assenza dalla struttura del destinatario dell'atto, ovvero di momentanea impossibilità da parte di quest'ultimo di ricevere la consegna personalmente, l'atto, in assenza di personale addetto al servizio di portierato o ricezione posta, deve essere ricevuto da personale della struttura quale "convivente temporaneo".

Articolo 13

L'attuazione del presente Protocollo di Intesa è monitorata attraverso l'esame continuo dei dati relativi ai pazienti e di eventuali eventi critici. Periodicamente è convocato il Tavolo Sanità-Magistratura istituito presso la Direzione Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio. A richiesta anche di una sola delle parti, sono valutati eventuali ostacoli e criticità nell'attuazione del presente protocollo.

Articolo 14

La Corte di Appello e la Procura Generale, si impegnano a realizzare prassi organizzative attuative degli obiettivi del presente Protocollo di Intesa, aventi evidente ricaduta sulla concreta organizzazione degli uffici giudiziari del distretto (Tribunali ordinari, Procure della Repubblica, Tribunale di Sorveglianza, Giudice tutelare) e sulla efficacia ed efficienza in generale dell'azione giurisdizionale.

Articolo 15

Le parti assumono, congiuntamente, l'obbligo della formazione del personale, attraverso l'organizzazione di periodici incontri di aggiornamento e di informazione destinati a magistrati, medici, operatori sanitari e penitenziari.

Roma,

Letto, confermato e sottoscritto

Il Ministro della Giustizia Andrea Orlando
Il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti

Il Presidente della Corte di Appello di Roma Luciano Panzani
Il Procuratore Generale della Repubblica di Roma Giovanni Salvi

Determinazione 8 novembre 2017, n. G15139 C.U. n. 3 del 22/1/2015. Nomina del medico coordinatore della rete regionale penitenziaria per l'appropriatezza dei trasferimenti dei detenuti per motivi di salute.(BUR n. 94 del 23.11.17)

Note

Viene disposto che il "Coordinatore della rete regionale", dovrà svolgere innanzitutto la funzione di: valutazione dei trasferimenti di detenuti nel territorio regionale per motivi di salute e, esclusivamente per le patologie di maggiore gravità, dei trasferimenti per motivi inter-regionali in entrata e in uscita, anche attraverso il concorso dei referenti aziendali per la sanità penitenziaria e del referente Coordinatore del Progetto Interaziendale, nel rispetto delle competenze gestionali delle singole AA.SS.LL.

Viene esplicitato per linee generali le procedure di trasferimento per motivi sanitari:

1. se il trasferimento del detenuto per motivi di salute è in ambito intra-aziendale ovvero tra Istituti Penitenziari compresi nel territorio di competenza di una stessa ASL - la richiesta è avanzata dal Referente/Responsabile della sanità penitenziaria aziendale su proposta del Responsabile del Servizio Sanitario competente per l'Istituto Penitenziario (o da un suo delegato) e trasmessa al PRAP o DAP a seconda delle rispettive competenze che derivano dalla tipologia di detenuto di cui trattasi (se detenuto comune, se di alta sicurezza, ecc.) e, per conoscenza, alla Direzione Penitenziaria interessata e al "Coordinatore"; nel certificato medico di richiesta di trasferimento deve essere obbligatoriamente esplicitata l'impossibilità di garantire al detenuto l'assistenza sanitaria di cui necessita con le risorse sanitarie a disposizione nell'Istituto penitenziario e sono altresì proposte, tra gli Istituti Penitenziari le strutture del Servizio Sanitario presenti sul territorio aziendale, le sedi in grado di erogare appropriatamente le prestazioni idonee per la patologia di che trattasi; il "Coordinatore", relativamente all'appropriatezza e alla necessità del trasferimento, rende parere alla competente articolazione del PRAP o DAP, cui spettano le valutazioni e la consequenziale effettuazione del trasferimento, comunicando per conoscenza anche alla Regione Lazio, Area politiche Inclusione e al referente Coordinatore del Progetto Interaziendale. Il servizio sanitario dell'Istituto Penitenziario di partenza e di arrivo collaborano nello scambio di informazioni a tutela della continuità terapeutica;
2. se il trasferimento del detenuto per motivi di salute è in ambito regionale (tra Istituti Penitenziari compresi nei territori di competenza di due diverse ASL), la richiesta è avanzata dal Referente/Responsabile del Servizio di sanità penitenziaria aziendale su proposta del Responsabile del Servizio Sanitario competente per l'Istituto Penitenziario (o da un suo delegato) e trasmessa al "Coordinatore" e, per conoscenza, alla Direzione Penitenziaria interessata e al PRAP o DAP. Nel certificato medico di richiesta di trasferimento è obbligatoriamente esplicitata l'impossibilità di garantire al detenuto l'assistenza sanitaria di cui necessita con le risorse dell'Azienda Sanitaria competente nell'istituto penitenziario e sono altresì proposte, quando possibile, le strutture del Servizio Sanitario presenti sul territorio regionale specializzate ad erogare le terapie idonee per la patologia di che trattasi. Il "Coordinatore" esamina la proposta del Referente/Responsabile del Servizio di sanità penitenziaria aziendale di attuale assegnazione del detenuto e, qualora ne confermi l'appropriatezza e la necessità, individua tra gli istituti compresi nel territorio regionale le possibili sedi idonee e sottopone tali informazioni alla competente articolazione del PRAP o DAP per le valutazioni e la consequenziale effettuazione del trasferimento, sentiti innanzitutto gli omonimi Coordinatori della Regione Abruzzo e Molise in quanto regioni di competenza territoriale dello stesso Provveditorato, e per conoscenza anche alla Regione Lazio, Area politiche Inclusione e al referente Coordinatore del Progetto Interaziendale. Il servizio sanitario di partenza e di arrivo collaborano nello scambio di informazioni a tutela della continuità terapeutica.
3. se il trasferimento del detenuto per motivi di salute è in ambito extraregionale, la richiesta è da ritenersi evento eccezionale, ed è comunque riservata esclusivamente alle patologie di maggiore gravità ed è disposta dalla competente articolazione del PRAP o DAP con la collaborazione del "Coordinatore". Proceduralmente, la richiesta di trasferimento in sede extra-regionale è formulata analogamente a quanto previsto per un trasferimento per motivi di salute in ambito regionale;

perviene al "Coordinatore" che, solo dopo avere esperito, con esito negativo, tutte le possibili procedure di trasferimento intra-regionale in precedenza descritte, e acquisite le attestazioni delle Aziende Sanitarie sede di servizi penitenziari relativamente all'impossibilità di assicurare all'interno del territorio di competenza le prestazioni necessarie, la formalizza alla competente articolazione del PRAP o DAP, anche integrandola, laddove possibile, con la disponibilità acquisita dai soggetti che coordinano le altre reti regionali, sentiti innanzitutto gli omonimi Coordinatori della Regione Abruzzo e Molise in quanto regioni di competenza territoriale dello stesso Provveditorato.
Il Referente/Responsabile del Servizio di sanità penitenziaria aziendale che ha in carico la persona detenuta e ne conosce le patologie, ha inoltre il compito di indicare, con l'ausilio del "Coordinatore", le strutture del Servizio Sanitario presenti sul territorio nazionale specializzate ad erogare le terapie idonee per la patologia in argomento. Tale indicazione è relativa a più località, se disponibili, e non si limita ad una sola sede, per consentire di individuare la sede appropriata sia dal punto di vista sanitario che penitenziario. Il Referente/Responsabile del Servizio di sanità penitenziaria aziendale dell'Istituto penitenziario di provenienza e il servizio sanitario dell'Istituto penitenziario etra-regionale dove il detenuto è trasferito collaborano nello scambio di informazioni a tutela della continuità terapeutica. Al fine di assicurare l'effettività e la continuità delle cure, il provvedimento di trasferimento di un detenuto per motivi di salute trova esecuzione solo dopo che il Servizio Sanitario competente per l'Istituto Penitenziario di destinazione abbia manifestato la disponibilità ad accogliere il detenuto; nel caso di un trasferimento in ambito extra-regionale, la predetta preventiva disponibilità deve essere fornita anche dal soggetto che coordina la rete regionale di destinazione.
Tutta la suddetta regolamentazione, laddove pertinente, trova applicazione sia ai trasferimenti in entrata che a quelli in uscita dalla rete regionale. Tutti i provvedimenti di trasferimento per motivi di salute adottati dall'Amministrazione Penitenziaria sono opportunamente comunicati al "Coordinatore" e per conoscenza alla Regione Lazio - Area Politiche Inclusione, in forme concordate e adeguate a consentire alla Regione un monitoraggio almeno trimestrale. Il predetto monitoraggio periodico, finalizzato alle verifiche sull'opportunità delle scelte effettuate e sui possibili ostacoli insorti dopo i trasferimenti, deve essere altresì implementato con modalità idonee a rilevare ogni possibile criticità, con particolare riferimento all'appropriatezza delle motivazioni e delle consequenziali procedure alla base dei trasferimenti sia intra-regionali che inter-regionali.
Viene nominato il Dott. Pierluigi Cervellini, medico Coordinatore della rete regionale penitenziaria, in quanto medico di guardia all'interno dell'Istituto Penitenziario della ASL R4 e pertanto con competenze derivanti dall'esperienza clinica maturata nell'ambito carcerario;
Viene individuato nella Dott.ssa Maria Cedrola, il Dirigente medico della ASL RM2, che collabora con il medico Coordinatore della rete regionale penitenziaria, in quanto ricoprendo già il ruolo di referente Coordinatore del Progetto elaborato dal Tavolo di "Coordinamento Tecnico Interaziendale" per la sanità penitenziaria è a conoscenza dell'organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario sul territorio regionale e delle loro modificazioni.
L'insieme delle competenze di entrambi i suddetti professionisti garantiscono l'appropriatezza dei trasferimenti dei detenuti per motivi di salute attraverso una reciproca collaborazione.

BILANCIO

CAMPANIA
L.R.20.11.17, n. 32. - Rendiconto generale della Regione Campania per l'esercizio finanziario 2014. (BUR n. 84 del 20.11.17)

DIFESA DELLO STATO

LAZIO

DGR 31.10.17, n. 702 - DGR 575/2011 "Criteri e modalita' per la concessione di contributi per progetti aventi ad oggetto la ristrutturazione, la riqualificazione nonche' la promozione e l'uso sociale di beni immobili confiscati alla criminalita' organizzata di cui alla L. 575/65 e s.m.i. ed alla legge regionale 20 ottobre 2009 n. 24, individuando il Prefetto della Provincia di Roma quale assegnatario delle risorse disponibili sul capitolo R45526 per complessive euro 300.000,00, e sul capitolo R46508, per complessive euro 1.000.000,00, dell'esercizio finanziario 2011". Autorizzazione all'espletamento delle procedure contabili ai fini dell'imputazione delle risorse ai soggetti beneficiari. (BUR n. 92 del 16.11.17)

Note

Viene preso atto, formalmente, del venir meno del ruolo della Prefettura di Roma quale assegnataria delle risorse, con funzione di garante e di erogatore finale dei contributi economici e, conseguentemente, autorizzare l'espletamento delle procedure contabili ai fini dell'imputazione delle risorse disponibili di parte capitale, già impegnate a favore della Prefettura – Ufficio territoriale del Governo, sul cap. R46508, conto residui, esercizio finanziario 2017, ai soggetti beneficiari dell'avviso pubblico di cui alla DGR n. 575/2011 e alla determinazione n. A12014/2011, previa verifica delle rendicontazioni.

VENETO

DGR 7.11. 17, n. 1720 - Organizzazione della "giornata della trasparenza". decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, art. 10 comma 6 e dgr n. 39 del 27 gennaio 2017 "piano triennale per la prevenzione della corruzione 2017-2019"..(BUR n. 111 del 20.11.17)

Note PREMESSA

La realizzazione della "Giornata della trasparenza" è un adempimento previsto espressamente dall'art. 10, comma 6, del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Come è noto, la trasparenza rappresenta un fondamentale strumento per la prevenzione della corruzione e trova compiuta disciplina nel Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, che ha operato una sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendo, tra gli altri, l'istituto dell'accesso civico, che costituisce un rilevante sviluppo nel processo di realizzazione di un'amministrazione "aperta" e al servizio del cittadino.

Il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione 2017-2019, approvato con DGR n. 39 del 27 gennaio 2017, al fine di contrastare i fenomeni corruttivi all'interno dell'amministrazione regionale, implementa un sistema di prevenzione della corruzione che oltre alle specifiche misure di prevenzione adottate, individua nella trasparenza uno degli elementi qualificanti della sua azione ed efficacia.

A seguito delle importanti modifiche apportate dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97 alla normativa in questione, è stato introdotto, in particolare, il nuovo istituto dell'accesso civico "generalizzato" (Freedom of Information Act - FOIA), secondo cui chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 33/2013, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico. Detto istituto è entrato in vigore il 23 dicembre 2016, come è stato chiarito dalla Determinazione ANAC n. 1309 del 28/12/2016.

Sul punto, l'Amministrazione regionale si è tempestivamente attivata mediante l'istituzione, con DGR n. 1798 del 15 novembre 2016, del Gruppo di lavoro sulla trasparenza, al fine di analizzare e proporre soluzioni in relazione ai problemi interpretativi e applicativi emergenti dalla normativa in oggetto.

Con successivi decreti del Direttore dell'Area Programmazione e Sviluppo Strategico n. 7 dell'1/12/2016 e n. 2 del 9/02/2017, sono stati individuati i componenti del Gruppo nei referenti delle seguenti strutture regionali: Segreteria Generale della Programmazione; Area

Programmazione e Sviluppo Strategico; Direzione Relazioni Internazionali, Comunicazione e SISTAR - Unità Organizzativa Comunicazione e Informazione; Direzione Affari legislativi; Direzione ICT e Agenda digitale; Direzione Organizzazione e Personale; Area Sanità e Sociale; Avvocatura regionale.

Sulla base delle diverse attività condotte dal Gruppo di lavoro sulla trasparenza in materia, la Giunta regionale, con DGR n. 408 del 6 aprile 2017, ha approvato linee guida in materia di accesso, con particolare riferimento alle differenti tipologie dell'accesso civico semplice e dell'accesso civico generalizzato e istruzioni operative a beneficio degli "utenti" esterni, con modelli di richiesta relativi all'accesso civico semplice e generalizzato. Inoltre, ha individuato nella Direzione Relazioni Internazionali, Comunicazione e SISTAR la struttura competente a svolgere le attività di coordinamento e raccordo relative alle richieste di accesso che pervengono all'amministrazione regionale. Sono stati, inoltre, organizzati appositi incontri formativi con le strutture regionali, al fine di dare opportune indicazioni operative in materia.

Un ulteriore supporto all'impegno della Giunta regionale, è previsto con la partecipazione della Regione del Veneto alla Fondazione Gazzetta Amministrativa della Repubblica Italiana (GARI). Al riguardo, si fa presente che, con deliberazione n. 196 del 28 febbraio 2017, la Giunta Regionale ha aderito alla Fondazione Gazzetta Amministrativa della Repubblica Italiana, in attuazione dell'art. 24 della L.R. 30 dicembre 2016 n. 30 e subordinatamente al riconoscimento alla stessa della personalità giuridica di diritto privato: riconoscimento avvenuto, ai sensi del D.P.R. n. 361/2000, con contestuale approvazione dello Statuto e la conseguente iscrizione al n. 1233/2017 del Registro delle Persone Giuridiche della Prefettura di Roma.

Con la Fondazione "GARI", l'amministrazione regionale ha avviato una collaborazione in diversi ambiti di attività (enti regionali, società partecipate, formazione del personale regionale e degli enti locali, digitalizzazione dei procedimenti amministrativi), tra i quali anche la trasparenza e l'anticorruzione.

Ciò premesso, la "Giornata della trasparenza" costituisce la sede opportuna in cui svolgere la presentazione e l'approfondimento sullo stato di attuazione della normativa sopra richiamata e, altresì, delle attività intraprese dall'Amministrazione regionale in materia, e un momento di coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (utenti, associazioni di consumatori, enti regionali, società partecipate), al fine di valorizzare la trasparenza e di promuovere buone pratiche inerenti la cultura dell'integrità e dell'anticorruzione.

LA DISPOSIZIONE

Viene autorizzata l'Area Programmazione e Sviluppo Strategico ad organizzare la "Giornata della trasparenza", in data 1 dicembre 2017, dalle ore 9.30 alle ore 13.00, presso la Sala Polifunzionale della sede regionale di Palazzo "Grandi Stazioni".

La Giornata, in particolare, prevede il seguente programma: nella prima parte della mattinata i saluti istituzionali, l'introduzione dei lavori e gli interventi tecnici del Responsabile dell'Anticorruzione e della Trasparenza della Giunta regionale e del Presidente dell'OIV. Nella seconda parte, dopo una breve pausa, i lavori riprenderanno con gli interventi dei Referenti della Gazzetta Amministrativa, fino a conclusione delle attività.

L'importo massimo è di € 900,00 (IVA esclusa)

DIPENDENZE

MARCHE

Deliberazione Amministrativa 14 novembre 2017, n. 65 - Piano Regionale Integrato 2017/2018 per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da gioco d'azzardo patologico (GAP) e della dipendenza da nuove tecnologie e social network. Legge Regionale 7 febbraio 2017, n. 3, articolo 9, comma 1.(BUR n. 123 del 23.11.17)

INDICE

1. LA STRUTTURA DEL PIANO

2. INQUADRAMENTO GENERALE
a. Introduzione
b. Definizioni
c. Il contesto Ue, nazionale e regionale
Quadro normativo
Alcuni dati sul fenomeno
d. Principi di prevenzione
Principi generali
Prevenzione ambientale
Prevenzione del gioco d'azzardo su internet
3. OBIETTIVI E FINALITA' - CRITERI PER LA PROGETTAZIONE TERRITORIALE
a. Indicazioni operative
b. Obiettivi generali/linee d'intervento ed obiettivi specifici
c. Obiettivi specifici: vedi Tabella 1
d. Azioni: vedi Tabella 2
4. STRATEGIA REGIONALE
a. Linee d'intervento
b. Funzioni e Competenze
5. TARGET
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' - INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE
a. Prevenzione
b. Informazione e consulenza
c. Diagnosi, cura e riabilitazione
d. Formazione
7. RESPONSABILITA' DELLE AZIONI
8. RISORSE E PIANO FINANZIARIO - RIPARTIZIONE DELLE RISORSE
a. Il fondo nazionale
b. Criteri di ripartizione del fondo
9. COORDINAMENTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO
a. Comitato regionale di coordinamento
b. Monitoraggio
c. Valutazione dei risultati conseguiti
10. MODALITA' OPERATIVE

1. STRUTTURA DEL PIANO

Il presente Piano si inserisce nella più ampia programmazione regionale per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di persone con problemi di dipendenze patologiche.

Il sistema sociosanitario regionale dei servizi per le persone con problemi di dipendenza è articolato in 5 Dipartimenti integrati per le dipendenze patologiche (DDP), composti da strutture dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR-Servizi territoriali per le dipendenze patologiche STDP), dagli Enti accreditati (EA) e dai rappresentanti degli Ambiti territoriali sociali (ATS, aggregazioni di Comuni).

Il livello territoriale di competenza di ciascun DDP è di Area vasta (AV) provinciale.

Con il termine DDP integrato s'intende quindi un dipartimento che nel suo organo decisionale (Comitato di dipartimento) include anche i rappresentanti degli enti accreditati e degli ATS.

Come previsto nel decreto del Ministero della Salute del 06 Ottobre 2016, concernente la ripartizione e l'utilizzo del Fondo per il Gioco d'azzardo patologico (GAP), la Regione ha redatto il presente Piano d'azione.

Il Piano ha durata biennale 2017/2018 e prevede azioni di prevenzione del GAP, di contrasto dell'offerta, di cura e riabilitazione delle persone con dipendenza patologica da gioco d'azzardo.

Considerato che le caratteristiche della dipendenza da gioco d'azzardo rispetto alle dipendenze da sostanze psicotrope legali ed illegali richiedono competenze specifiche degli operatori, si prevede

un investimento di una quota delle risorse complessive anche nel settore della formazione. Specifica attenzione viene dedicata anche ad azioni come l'assistenza legale ed economica e la lotta all'usura nei confronti delle persone che hanno contratto forti debiti determinate dal GAP.
Il Piano prevede infine azioni di monitoraggio, studio del fenomeno e valutazione delle attività realizzate.
L'investimento complessivo per il periodo di riferimento è pari ad € 2.631.850,00 cui concorrono il fondo sanitario indistinto 2016, 2017 e2018.
La legge regionale 7 febbraio 2017, n. 3 concernente "*Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network*", nel perseguire finalità ed obiettivi sostanzialmente coerenti con il presente Piano, prevede a sua volta (articolo 9)
l'approvazione di un "*Piano regionale integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da GAP*". Corre l'obbligo di sottolineare, quindi, che nella stesura del presente Piano si è perseguito anche l'obiettivo di armonizzare la programmazione regionale (ai sensi della legge regionale) con gli indirizzi ministeriali contenuti nel d.m. Salute sopra citato.

2. INQUADRAMENTO GENERALE

a. INTRODUZIONE

Il gioco d'azzardo (GA), occasione di per sé non patologica, è un fenomeno di dimensioni progressivamente rilevanti, ad oggi più stimato che misurato. In alcuni soggetti vulnerabili può determinare rischi di dipendenza comportamentale: il gioco d'azzardo patologico (GAP).
L'insorgere della condizione patologica è direttamente connessa alla perdita di spontaneità, di libertà e di piacere presenti nella situazione ludica e all'instaurarsi di una ripetitività ossessiva e irrinunciabile, che annulla la volontà del soggetto, lo aliena dalla realtà e lo stravolge nella sua quotidianità.
Il gioco d'azzardo patologico è una condotta che può rintracciarsi in differenti profili di personalità e in contesti sintomatologici di diversa gravità. Denominatore comune è, al di là delle razionalizzazioni addotte dal giocatore (difficoltà economica, crisi lavorativa, recupero delle perdite), la sofferenza interna alla persona che in questo modo si esprime. Oltre ad essere sintomo del dolore psichico, ne rappresenta, allo stesso tempo, un tentativo di difesa (scarico della tensione, eccitazione antidepressiva, blocco del pensiero).
Per l'insistenza su simili meccanismi, è definibile, con altre manifestazioni di abuso (ad es. le sostanze psicoattive), dipendenza patologica. Più specificatamente, insieme alle altre forme di gioco problematico (eccesso di videogiochi, dipendenza da internet, consumo eccessivo di videopornografia) è qualificata come dipendenza comportamentale. Tali affinità spiegano la concomitanza nella stessa persona di più comportamenti compulsivi e il facile passaggio dall'uno all'altro. Rispetto alle conseguenze apportate, se il danno più evidente è di tipo economico, in breve si riscontrano effetti disastrosi in tutti i settori della vita dell'individuo: annullamento della vivacità sociale e culturale, rovina professionale, crisi familiare, morte psichica. Spesso conduce all'attuazione di azioni illecite ed illegali e alla messa in atto di propositi suicidari. Al pari di altre dipendenze comportamentali e a differenza delle altre condotte di abuso, il GAP si caratterizza per alcune specificità:
_ la condizione problematica si struttura nell'ambito di uno stile lecito e socialmente accettato, non ragionevolmente estinguibile;
_ l'accessibilità e la fruibilità del gioco sono in alcuni casi illimitate (si pensi al gioco online fruibile da qualsiasi pc o *smartphone* 24 ore su 24).
Per ostacolarne l'evoluzione morbosa, l'atto preventivo si rende pertanto di importanza assoluta.
In sintesi, il GAP è espressione della sofferenza profonda della persona. La concomitanza con altre condotte compulsive, la compresenza di patologie psichiatriche, la determinazione di effetti nefasti a livello personale e familiare ne fanno, oltre che un dramma individuale, un'emergenza socioeconomica e un problema di salute pubblica. Come tale necessita, per le azioni di prevenzione, di contrasto, di cura e di riabilitazione, di un intervento di personale specializzato (psicologo,

medico, assistente sociale, educatore della riabilitazione, consulente legale), in grado di fornire diagnosi precoci e trattamenti mirati.

b. DEFINIZIONI1

_ Gioco d'azzardo informale e ricreativo: comportamento fisiologico che necessita comunque di consapevolezza dei potenziali rischi. Le principali caratteristiche sono: la fruizione saltuaria, la motivazione fondata sulla socializzazione o sulla competizione, costi contenuti per il soggetto.

_ Gioco d'azzardo problematico: comportamento volontario a rischio per la salute mentale, fisica e sociale dell'individuo, che necessita di diagnosi precoce e trattamento. Principali caratteristiche: rispetto al gioco ricreativo aumenta la frequenza di gioco, il tempo ed il denaro ad esso dedicato.

_ Gioco d'azzardo patologico: dipendenza patologica neuropsicobiologica con conseguenze sanitarie e socioeconomiche, che necessita di diagnosi, cura e riabilitazione. Rispetto al gioco problematico: la fruizione è intensiva, si manifesta la crisi da astinenza ed è frequente la recidiva; ingenti sono i costi economici associati, fino all'indebitamento personale e familiare.

_ Disordine da dipendenza da nuove tecnologie, internet, videogiochi e social network: dipendenza che sfocia nel patologico per la permanenza temporale dei soggetti "addicted" on line, con comportamenti ossessivi connotati dalla continua immersione in questo mondo virtuale pertanto con relativo distacco dalla realtà circostante. Anche questo disordine necessita, al pari del GAP, di un'adeguata diagnosi e di un efficace trattamento poiché mina anche i rapporti interpersonali e la serenità del nucleo familiare.

1 Fonte: "*Gambling*", Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga, 2013

c. IL CONTESTO UE, NAZIONALE E REGIONALE

_ Il quadro normativo

Il GAP si presenta come un fenomeno relativamente nuovo, con scarsi riferimenti normativi. A livello UE il Parlamento europeo ha approvato nel 2013 una risoluzione nella quale si afferma la legittimità degli interventi degli Stati membri a protezione dei giocatori: è necessario contrastare i possibili effetti negativi per la salute e a livello sociale, tenuto conto anche dell'enorme diffusione del gioco d'azzardo e del fenomeno delle frodi (anche attraverso campagne di monitoraggio del fenomeno e di sensibilizzazione dei cittadini – consumatori) oltre che svolgere un'azione di lotta alla criminalità. A livello nazionale si registrano ripetuti interventi legislativi da parte del Parlamento, fondati sull'esigenza di tutelare l'ordine e la sicurezza pubblica, di contrastare il crimine organizzato ed eventuali frodi e di salvaguardare minori e soggetti più deboli, oltre che per regolare i profili di carattere fiscale. L'atto più recente è il decreto Balduzzi che rappresenta un intervento più organico in materia (decreto legge 158/2012, convertito dalla legge 189/2012) che affronta diverse tematiche. In base al decreto Balduzzi è stato istituito inoltre l'Osservatorio per valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave. Nella legge di stabilità per il 2016 (legge 208/2015) sono state introdotte norme per sanzionare l'impiego dei c.d. totem (apparecchi che permettono di collegarsi con piattaforme per il gioco on line) ed avviare un processo di contenimento del numero delle slot machine. Sono state approvate anche disposizioni limitative della pubblicità, con riferimento sia agli orari in cui sono vietati i messaggi pubblicitari nelle tv generaliste sia ai contenuti dei messaggi stessi (per monitorare il comportamento del giocatore e generare messaggi di allerta). La maggior parte delle Regioni ha regolato le distanze tra i locali dove sono installati gli apparecchi da gioco ed i principali luoghi di aggregazione e/o permanenza di fasce vulnerabili della popolazione, ritenute ragionevolmente idonee ad arginare i richiami di facile ed immediato arricchimento.

A livello regionale, oltre al Piano regionale di prevenzione 2014/2018, sono stati realizzati alcuni progetti di prevenzione e di informazione in ciascuna Area Vasta ASUR da parte degli ATS in collaborazione con i Dipartimenti per le dipendenze patologiche ASUR.

La legge regionale 7 febbraio 2017, n. 3 concernente "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network", nel perseguire finalità ed obiettivi sostanzialmente coerenti con il presente Piano, prevede a sua volta

(articolo 9) l'approvazione di un "Piano annuale regionale integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio da GAP".
La legge regionale 3/2017 ha tra le sue finalità la prevenzione e il trattamento della dipendenza da nuove tecnologie e social network. Al comma 2 dell'articolo 1 difatti è stabilitO che la Regione promuove interventi finalizzati anche alla prevenzione e al contrasto della dipendenza da nuove tecnologie e social network, inoltre promuove attività educative, sociali, sportive e culturali per la riduzione ed il contrasto degli effetti prodotti dalla realtà virtuale in minori, giovani e in tutte le altre fasce d'età.

_ Alcuni dati sul fenomeno

Da un punto di vista storico, i dati pubblicati nel "Libro blu" Anno 2015 Area Monopoli dell'Agenzia Dogane e Monopoli-AMMS (tabella 1), evidenziano nel periodo 2013/2015, un incremento dei volumi di gioco sia a livello nazionale che regionale. Nelle Marche il numero degli utenti in trattamento ed il volume prestazionale correlato sono in costante aumento nell'ultimo triennio (tabelle 4 e 5).

NB

SI FA RINVIO ALLA LETTURA INTEGRALE DEL TESTO

d. PRINCIPI DI PREVENZIONE2

_ Principi generali

La prevenzione è la principale azione per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati al gioco d'azzardo. La complessa realtà con la quale i Servizi per le dipendenze patologiche si sono confrontati in questi anni è stata caratterizzata da un continuo mutamento delle condotte di "abuso" (Nuove dipendenze) ed un ampliamento delle categorie maggiormente a rischio (prioritariamente i giovani e i ragazzi fuori dai circuiti scolastici). Questo ha spinto ad adeguare le strategie abitualmente utilizzate in ambito preventivo e ad ispirarsi alle "buone prassi" e alle evidenze scientifiche note in ambito nazionale ed internazionale. Estendendo alla prevenzione del gioco d'azzardo patologico i principi dei programmi per le dipendenze da sostanze, occorre agganciare le azioni alla logica della complessità: è sempre più radicata infatti la convinzione, sostenuta anche dai dati di ricerca, che piani isolati, che non incidono sul tessuto sociale e culturale della comunità, non siano efficaci per contrastare comportamenti di pericolo e potenziare fattori protettivi. Poiché nell'eziologia della dipendenza si rileva una complessa interazione tra fattori soggettivi, relazionali e sociali, si ritiene importante partire dall'analisi sistemica del problema ed attuare interventi con strategie diversificate a seconda degli obiettivi specifici (individuo, famiglia, scuola, comunità). Anche le indicazioni delle Linee Guida sulla prevenzione dell'Istituto Nazionale sull'Abuso delle Droghe (NIDA) degli Stati Uniti, sono in linea con i principi esposti. Risultano pertanto più efficaci i programmi che: _ trasmettono abilità concrete piuttosto che l'aumento delle conoscenze;
_ fanno propria una modalità di conduzione interattiva, che stimoli relazioni di sostegno tra ragazzi e adulti di riferimento;
_ protraggono l'azione nel tempo;
_ sono destinati a più fasce d'età (dai bambini della scuola elementare fino ai ragazzi della scuola media inferiore e superiore) e sono finalizzati all'aumento di competenze scolastiche e sociali;
_ prevedono la formazione degli adulti di riferimento.
Nel presente documento si catalogheranno le azioni di prevenzione sulla base degli obiettivi dei riferimenti esistenti in letteratura:
_ Selettiva: destinata a soggetti che non hanno ancora avuto esperienze di GA ma che presentano un rischio specifico patologico superiore alla media (soggetti vulnerabili), determinato da fattori individuali e/o ambientali. Obiettivi della prevenzione selettiva sono l'individuazione precoce dei disturbi e dei fattori di rischio e la corretta gestione in famiglia e a scuola;
_ Indicata: destinata a soggetti che hanno avuto esperienza problematica di GA ma in modo discontinuo, rilevata tramite strumenti diagnostici o screening, pur in assenza di dipendenza. Oltre

agli obiettivi della prevenzione selettiva, la prevenzione indicata è finalizzata alla diagnosi precoce della possibile dipendenza ed alla riduzione dei rischi evolutivi;
_ Universale: destinata a tutta la popolazione, con gli obiettivi di diffondere conoscenze corrette sul GA e sulle reali probabilità di vincita, informare sulle conseguenze e sui rischi del GA, e di informare sui servizi di supporto e di cura disponibili;
_ Ambientale: destinata a tutti i soggetti, le istituzioni, gli ambienti coinvolti nella prevenzione. Ha come obiettivo la diffusione di messaggi coerenti e la realizzazione di interventi coordinati, attuati dai vari portatori d'interesse.
2 Per approfondimenti si veda: "*Gambling*", Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga, Roma, 2013.

_ Prevenzione ambientale (PA)

Le azioni sono finalizzate principalmente ad incidere sul tessuto sociale e culturale di una comunità, modificando l'approccio verso comportamenti di gioco problematici, in generale, e di gioco patologico, in particolare. La comunità locale deve essere messa nelle condizioni di diventare competente nel riconoscere l'esistenza di bisogni emergenti legati al tema della prevenzione e della promozione della salute. Attraverso il confronto tra le varie agenzie educative, è stimolata a porre a sistema le azioni esistenti e progettarne di nuove. La PA è indirizzata al territorio ed agli ambienti dove si concentra il rischio, ed è orientata a ridurre l'accessibilità e la disponibilità del GA sul territorio stesso. Oltre alla regolamentazione dell'accesso e della disponibilità delle sedi fisiche di gioco, è efficacemente sostenuta da interventi di prevenzione universale (campagne nelle scuole destinate anche ad insegnanti e genitori).
Rientrano nella PA tutte le campagne informative, anche multimediali. Di queste, quelle che invitano a "giocare responsabilmente" non si sono dimostrate efficaci, mentre sono risultati idonei quei programmi che contemplano i vari comportamenti a rischio e includono le strategie di "sviluppo positivo del giovane" sin dall'infanzia. In tali casi l'obiettivo è incrementare i fattori protettivi, attraverso lo sviluppo ed il potenziamento delle abilità di vita. Secondo l'OMS (1994) infatti il benessere, individuale e relazionale, può essere ottenuto attraverso la cura delle competenze psicosociali (life skills3), intese come quelle "…che portano a comportamenti positivi e di adattamento che rendono l'individuo capace di far fronte efficacemente alle richieste e alle sfide della vita di tutti i giorni".

_ Prevenzione del gioco d'azzardo su Internet

Negli ultimi anni si sta assistendo ad un rapido cambiamento nell'industria dell'azzardo, sempre più interessata a spostare l'offerta di servizi di gioco su internet (*Blackjack, roulette, videolottery, betting*). I nuovi GA on line hanno maggiore accessibilità (si procede in qualsiasi momento, anche da cellulare e tablet) e velocità (con il rischio di innescare la compulsività). Non richiedono abilità specifiche e garantiscono l'invisibilità della persona e la decontestualizzazione dell'azione (si maneggia moneta virtuale e si tende a perdere maggiormente il contatto con la realtà). Dagli studi epidemiologici sappiamo che i giocatori on line, rispetto a quelli terrestri, hanno età più giovane, livello di educazione e stato socioeconomico più elevati, grande frequentazione per lavoro e svago con il mondo virtuale. In genere si rivolgono meno ai consueti servizi di cura verso cui afferiscono i giocatori tradizionali. Visto lo scarso effetto delle metodiche già in essere, la prevenzione per il gioco in rete dovrà insistere proprio sul canale virtuale: nei siti dedicati alla problematica dell'azzardo e nei principali social network si potranno diffondere informazioni adeguate ed intercettare l'interesse e le richieste dei giocatori attraverso forum, pagine *Facebook*, discussioni con esperti. Un ulteriore sforzo di sensibilizzazione e di informazione va indirizzato a giovani ed adolescenti che, per l'uso quotidiano della rete, divengono facile bersaglio di messaggi pubblicitari di siti di gioco d'azzardo on line.

3. OBIETTIVI E FINALITA' - CRITERI PER LA PROGETTAZIONE TERRITORIALE

a. Indicazioni operative

Ciascun Dipartimento integrato per le dipendenze patologiche redige un Programma territoriale biennale di Area vasta, coerente con il presente Piano d'azione regionale. I programmi territoriali

vengono redatti con il concorso dei Servizi territoriali per le dipendenze (STDP), degli enti accreditati, degli Ambiti territoriali sociali, sentita l'Assemblea del DDP integrato. In materia di prevenzione gli obiettivi e gli 3"…*competenze che portano a comportamenti positivi e di adattamento che rendono l'individuo capace di far fronte efficacemente alle richieste e alle sfide della vita di tutti i giorni*".interventi devono essere coerenti e coordinati con il Piano regionale della prevenzione 2014/2018. I 5 programmi d'Area vasta devono pervenire in Regione entro 45 giorni dall'approvazione del presente Piano. Il programma deve prevedere il più ampio e capillare coinvolgimento delle scuole, dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta, dell'associazionismo compresi i gruppi di auto-mutuo aiuto, delle famiglie, degli esercenti (ove disponibili) e delle principali organizzazioni portatrici d'interesse attive nella comunità. Il programma deve prevedere altresì interventi/servizi di assistenza legale e per il contrasto all'usura nei confronti di persone con problemi economici determinati dal GAP.
A tal fine, ai sensi dell'articolo 12 della l.r. 3/2017, i Comuni e l'ASUR possono avvalersi, anche mediante convenzione, della collaborazione di enti, associazioni e organizzazioni prive di scopo di lucro.
Al finanziamento di ciascun Programma concorrono:
_ le risorse del fondo sanitario indistinto 2016 assegnate agli enti accreditati capofila con Decreto 182/IGR/2016 in attuazione della DGR 1614/2016;
_ le risorse del fondo sanitario indistinto 2017, già impegnate;
_ le risorse del fondo sanitario indistinto 2018, che saranno assegnate all'ASUR, ed in quota agli ATS per la continuità dei progetti di prevenzione in corso.
L'utilizzo del Logo regionale "No Slot" di cui all'articolo 10 della l.r. 3/2017 (*Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network*) è definito con atti della Giunta regionale predisposti dalla struttura regionale competente in materia di Commercio.

b. Obiettivi generali/linee d'intervento ed obiettivi specifici

1. Informazione, educazione e sensibilizzazione

A. Incrementare le conoscenze in tema di GAP e di dipendenza da nuove tecnologie e social network e sulla rete dei servizi da parte degli operatori e portatori di interesse (operatori dei Servizi Socio- Sanitari, medici di m.g., pediatri di libera scelta, esercenti pubblici, Forze dell'Ordine, amministratori locali).

B. Informare e sensibilizzare:
_ studenti istituti secondari I e II grado;
_ docenti;
_ genitori.

C. Sensibilizzare i soggetti non più in età lavorativa ad una gestione proficua del tempo e dei rischi connessi al GAP e alla dipendenza da nuove tecnologie e social network.

D. Portare la popolazione a conoscenza del fenomeno, dei rischi e della rete dei Servizi di informazione e consulenza presenti nel proprio territorio.

2. Prevenzione ambientale e universale

A. Promuovere interventi di prevenzione con piani di azione integrati (Dipartimenti di prevenzione e Dipartimenti Integrati DP, scuola, enti accreditati e terzo settore, associazioni accreditate della onsulta regionale per la famiglia ed enti di Confessioni religiose riconosciute).

B. Incrementare nei soggetti in età evolutiva le competenze personali (life skills) e il bagaglio conoscitivo verso scelte salutari che prevengano il GAP e la dipendenza da nuove tecnologie e social network.

3. Prevenzione selettiva ed indicata

A. Intercettare il bisogno attraverso servizi di sensibilizzazione, di aggancio e di educativa di strada in luoghi informali (piazze, centri aggregazione, oratori, zone antistanti sale giochi).

B. Realizzare interventi di diagnosi precoce indirizzati alle fasce a rischio e vulnerabili.

4. Consulenza e ascolto

A. Fornire informazioni sui servizi e sull'iter di cura.
B. Offrire un primo contesto di accoglienza della domanda e motivare verso una presa in carico.
C. Tutelare le persone attraverso supporto di tipo economico, legale e finanziario.
5. Presa in carico, cura e riabilitazione
A. Garantire e qualificare processi di diagnosi e cura con interventi multidisciplinari verso giocatori e loro familiari.
B. Sostenere il progetto di cura con interventi di tipo riabilitativo e di reinserimento nel tessuto relazionale e lavorativo.
C. Offrire un trattamento riabilitativo residenziale e semiresidenziale (per fasce orarie in giorni feriali e fine settimana intensivi).
D. Sostegno alle persone trattate che hanno ridotto la compulsività al gioco ma permangono nell'area del rischio della problematica.
6. Monitoraggio del fenomeno
A. Monitorare e studiare il fenomeno a livello regionale.
7. Valutazione degli interventi
A. Valutare gli interventi di prevenzione attuati.
B. Valutare i programmi di cura.
8. Formazione
A. Formare, supervisionare, aggiornare reti territoriali qualificate di operatori e portatori d'interesse (mmg, pls, polizie locali, amministratori locali, …).
B. Formare, supervisionare, aggiornare una rete qualificata di professionisti del sistema dei servizi socio-sanitari per le dipendenze.
C. Corso di formazione per docenti ed educatori per l'Educazione tra Pari.
Per quanto riguarda la formazione/informazione/aggiornamento degli esercenti e del personale impiegato nelle sale gioco, prevista all'articolo 4, comma 1, lettera e), della l.r. 3/2017 ("*Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da nuove tecnologie e social network*"), la predisposizione dei relativi atti deliberativi è a cura della struttura regionale competente in materia di Commercio.

c. Obiettivi specifici ed indicatori: vedi tabella 1

Tabella 1

Obiettivi generali/linee d'intervento	**Obiettivi specifici**	**Indicatori**	**Valore regionale atteso 2018**
1. Informazione, educazione e sensibilizzazione			
A. Incrementare le conoscenze in tema di GAP e sulla rete dei Servizi da parte degli operatori e dei portatori di interesse (personale Servizi socio-sanitari, medici m.g. e pediatri libera scelta, esercenti, Forze Ordine)			
B. Informare e sensibilizzare: _ studenti istituti secondari I e II grado _ docenti _ genitori			
C . Sensibilizzare i Soggetti non più in età lavorativa ad una gestione proficua del tempo e dei rischi connessi al GA			
D. Portare la popolazione a conoscenza del fenomeno, dei rischi e della rete dei Servizi di informazione e consulenza presenti nel proprio territorio	a) Numero degli incontri territoriali realizzati in ciascuna Area Vasta con i vari soggetti interessati al fenomeno		
	a1) Adozione della carta dei servizi		
	b) numero degli istituti scolastici che rispondono all'iniziativa		

c) Numero di incontri in luoghi di aggregazione (centri anziani, Uni3, etc)
d) numero dei contatti al Numero Verde regionale
- Per ogni categoria realizzazione in ogni Area Vasta di almeno 2 incontri/anno
- una carta dei servizi per Area vasta
- Interventi in almeno il 70% delle classi individuate negli Istituti che aderiscono
- Almeno 2 incontri l'anno in ogni territorio di competenza del STDP
- almeno 5 contatti/mese da ciascuna Area vasta
2. Prevenzione ambientale ed universale
A. Promuovere interventi di prevenzione con piani di azione integrati (Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti Integrati DP, Scuola, Enti Accreditati e Terzo Settore)
a) Protocolli di intesa per la realizzazione di piani integrati
a1) Numero di programmi integrati - Realizzazione di n. 1 protocollo d'intesa per Area vasta
- Realizzazione di un programma per Area vasta
B. Incrementare nei soggetti in età evolutiva le competenze personali (life skills) e il bagaglio conoscitivo verso scelte salutari che prevengano il GAP e la dipendenza da nuove tecnologie e social network
b) numero di interventi idonei sul genere dell'Educazione tra pari o delle Abilità di Vita (peer education – life skills)
- Almeno 1 intervento/anno in ciascuna scuola aderente
3. Prevenzione selettiva ed indicata
A. Intercettare il bisogno attraverso servizi di sensibilizzazione, di aggancio e di educativa di strada in luoghi informali (piazze, centri aggregazione, zone antistanti sale giochi)
B. Realizzare interventi precoci verso fasce a rischio e vulnerabili
a) Numero di interventi di aggancio e di educativa di strada
b) Numero di interventi di diagnosi precoce
- Almeno 4 interventi per Area vasta/anno
- Almeno 4 interventi per Area vasta/anno
4. Consulenza e ascolto
A. Fornire informazioni sui servizi e sull'iter di cura
B. Offrire un primo contesto di accoglienza della domanda e motivare verso una presa in carico
C. Tutelare le persone attraverso supporto di tipo economico, legale e finanziario
a) Numero di casi che accedono al trattamento attraverso il NVR
b) numero degli sportelli/Area vasta
b1) numero di casi che accedono agli sportelli
b2) numero di casi che accedono al trattamento attraverso gli sportelli
c) Realizzazione di reti territoriali di Soggetti (Enti Pubblici, Privati, EEAA, Terzo Settore) che offrano sostegno alle problematiche non sanitarie del giocatore, anche economiche, finanziarie, legali
- Almeno 6 casi/anno per ciascuna Area vasta
- almeno 1 sportello dedicato/Area vasta
- almeno 20 casi/anno per Area vasta
- almeno 6 casi/anno per Area vasta
- Almeno 1 protocollo di collaborazione con la rete di servizi di ciascuna Area Vasta
5. Presa in carico, cura e riabilitazione
A. Garantire e qualificare processi di diagnosi e cura con interventi multidisciplinari verso giocatori e loro familiari
a) Definizioni di prassi che prevedono l'intervento e il coordinamento di tutti i membri dell'équipe
- Un protocollo in ogni Dipartimento Integrato

B. Sostenere il progetto di cura con interventi di tipo riabilitativo e di reinserimento nel tessuto relazionale e lavorativo
C. Offrire un trattamento riabilitativo residenziale e semiresidenziale (per fasce orarie in giorni feriali e fine settimana intensivi)
D. Sostegno persone trattate che hanno ridotto la compulsività al gioco ma permangono nell'area del rischio della problematica
b) Numero di borse-lavoro, di tirocini formativi, di iscrizioni presso associazioni sportive o ricreative
c) Numero di persone in trattamento e esito dei percorsi terapeutici concordati
d) Collaborazioni con associazioni del territorio per interventi di supporto (anche in gruppi di auto-mutuo aiuto)
- Trattamenti ergo terapici per almeno il 20% dei pazienti GAP in carico per DDP Integrato
- offerta di almeno un modulo residenziale e semiresidenziale per Area vasta
- Ritenzione nel programma terapeutico: almeno il 60% per trattamenti res., almeno 70% persemiresidenziali
- Almeno 1 protocollo di collaborazione con associazioni del territorio
6. Monitoraggio del fenomeno
A. Monitorare e studiare il fenomeno a livello regionale
Disponibilità di dati ed informazioni sul fenomeno e sull'utenza - Un report annuale a cura dell'Osservatorio regionale per le dipendenze Patologiche
7. Valutazione degli interventi
A. Valutare gli interventi di prevenzione attuati
a) I medesimi previsti dal Piano regionale della Prevenzione
- Un report annuale a cura dell'Osservatorio regionale dipendenze
B. Valutare i programmi di cura b) progetto di valutazione dei programmi trattamentali
8. Formazione A. Obiettivo 2017 - formare, supervisionare,aggiornare reti territoriali qualificate di operatori e portatori d'interesse (mmg,pls, polizie locali,)
B. Formare, supervisionare, aggiornare una rete qualificata di professionisti del sistema dei Servizi Socio-Sanitari per le dipendenze
C. Corso di formazione per docenti ed educatori per l'Educazione tra Pari a) programmi formativi territoriali
b) Programma formativo regionale
c) Numero di incontri per educatori e docenti
- Realizzazione di almeno un programma formativo per territorio di competenza di STDP
- Realizzazione di un programma formativo regionale per gli operatori dei servizi per le dipendenze
- Realizzazione di almeno un evento formativo per territorio di competenza del STPD

d. Azioni: vedi tabella 2

Tabella 2

Obiettivo generale 1

Informazione, educazione e sensibilizzazione

Razionale: Il disturbo da gioco d'azzardo patologico ha un'evoluzione cronica e progressiva che inizia in genere nella prima adolescenza negli uomini e più tardi nelle donne; spesso è intervallato da periodi di astinenza e ricadute. E' più comune tra gli uomini e in Italia la sua incidenza tra gli adulti si attesta sull'1-2% della popolazione (Relazione al Parlamento 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga) assumendo dimensioni sociali rilevanti. Dato il quadro che si va delineando, diventa indispensabile attuare come primo intervento un piano di informazione e sensibilizzazione al problema utilizzando canali diversificati. A partire dal gennaio 2013 la legge 189/2012 (cd decreto Balduzzi) ha reso obbligatorio per tutti i luoghi di gioco esporre avvisi di rischio e l'indicazione dei servizi di assistenza. Occorrerà adottare una strategia incrementale delle conoscenze in tema di GAP attraverso un lavoro di mappatura e messa a sistema delle informazioni

già disponibili in diverse banche dati di servizi e progetti, la presenza on-line e nei principali social networks colmando, in particolare, il gap informativo con la distribuzione di materiale ad hoc.
Evidenze: i costi individuali, sociali ed economici connessi al gioco d'azzardo sono così elevati che il gambling e i disturbi correlati sono ormai considerati un problema di salute pubblica (Gambling and the public health, 2009; Afifi et al. 2010; Monaghan and Blaszczynski 2010; Hodgins et al 2013) che pertanto richiede necessariamente lo sviluppo e l'implementazione di nuovi approcci, capaci di attrarre un numero maggiore di giocatori problematici. Nonostante i giocatori patologici siano molti, solo pochi di essi (<10%) in realtà, chiede un trattamento formale, fondato su basi cliniche. (Suurvali et al. 2010; Hodgins et al. 2011). I fattori responsabili
di questa poca propensione al trattamento possono essere svariati, dalla convinzione non realistica di potercela fare da solo a risolvere il problema, alla vergogna a ìesporsi, alla poca visibilità e chiarezza delle strutture dove recarsi per chiedere aiuto. E' necessario riflettere ulteriormente su come rendere la popolazione maggiormente consapevole dei rischi, su come motivare il giocatore patologico a chiedere aiuto, parallelamente a uno sforzo a rendere più fruibili le strutture di cura e gestione clinica della patologia.
Target: popolazione della Regione Marche
Setting: territorio regionale, comunità locali, Dipartimenti integrati per le dipendenze patologiche
Obiettivo specifico:
Indicatori Soggetto
attuatore
Fonte di
verifica
Valori attesi
A. Promuovere la conoscenza sulla rete dei Servizi da parte degli operatori portatori di interesse (personale Servizi socio-sanitari, medici m.g. e pediatri libera scelta, esercenti, Forze Ordine)
_ Numero degli incontri territoriali realizzati in ciascuna Area vasta con i vari soggetti interessati al fenomeno
_ Adozione della carta dei servizi
_ Regione
_ ASUR
Verbali degli incontri a cura dell'ASUR
_ Per ogni target realizzazione di almeno 2 incontri/anno in ogni Area vasta **risultati**
_ Maggiore coordinamento della rete
_ Adozione della Carta dei Servizi di Area vasta
azioni
_ Campagna informativa multimediale regionale
_ Incontri per raccogliere informazioni per elaborazione della Carta dei Servizi e per coordinamento della rete dei servizi _ 1 carta dei servizi per Area vasta
Obiettivo generale 2
Prevenzione universale e ambientale
Razionale: l'attuale quadro epidemiologico delle dipendenze patologiche (inclusi quindi il GAP e la dipendenza da nuove tecnologie e social network) ed il ruolo assunto nel loro determinismo da fattori di tipo comportamentale e dagli stili di vita, suggerisce di focalizzare l'attenzione sulle strategie di promozione della salute prevedendo azioni quali il potenziamento delle cosiddette abilità di vita (life skills) e l'utilizzo di metodologie adeguate, quali l'Educazione tra Pari (Peer Education), basate su processi di Apprendimento Cooperativo (Cooperative Learning). Accanto a queste è necessario prevedere misure per la tutela dell'ambiente, che hanno lo scopo di modificare l'accettazione e le norme sociali correlate agli stili di vita non corretti (ad es restrizioni nella pubblicità, regolazione del consumo in pubblico e della disponibilità etc…) in modo da promuovere una cultura della salute pubblica che sostenga gli sforzi della prevenzione.

Evidenze: L'insegnamento dei 'life skills' è presente in un'ampia varietà di programmi educativi e di prevenzione di dimostrata efficacia. Il documento di Ginevra del 1994 dichiara che i programmi educativi che includono tali skills sono stati adottati in vari ambiti con risultati positivi "per la prevenzione di abuso di droga (Botvin, 1980, 1984; Pentz, 1983), per lo sviluppo delle potenzialità intellettive (Gonzales, 1990), per la lotta ai comportamenti violenti (Olweus, 1990), per la prevenzione all'AIDS (WHO/GPA, 1994)" ossia in presenza di una certa vulnerabilità, come nel caso del GAP. Nel glossario della promozione della salute dell'OMS (1998) le Life SKills vengono definite come: "insieme delle abilità utili per adottare un comportamento positivo e flessibile e far fronte con efficacia alle esigenze e alle difficoltà che si presentano nella vita di tutti i giorni". Nel caso della peer education, le metodiche adottate hanno mostrato maggior efficacia rispetto agli interventi con adulti esperti in tema di dipendenza da sostanze psicoattive (Gottefredson, Wilson, 2003) così come si è dimostrata efficace l'azione di prevenzione specifica e precoce sulle distorsioni cognitive sul gioco d'azzardo (probabilità di vincita, possibilità di influenzare il risultato di vincite causali mediante riti o abilità etc…) oltre ad una serie di misure socio-ambientali che necessariamente devono accompagnare gli interventi sull'individuo che, in caso contrario, potrebbero essere vanificati.

Obiettivo generale 3

Prevenzione selettiva e indicata

Razionale: la prevenzione guarda alla persona e alla comunità per promuoverne la salute -potenziando i determinanti positivi e riducendo quelli negativi-, per individuare precocemente fattori di rischio, e rimuoverli, per diagnosticare precocemente le patologie al fine di assicurare una migliore aspettativa di vita; per individuare percorsi assistenziali e riabilitativi adeguati. Quando tuttavia uno stato morboso o una particolare vulnerabilità si è rivelata, dovrebbero intervenire, senza soluzione di continuità, le attività di prevenzione volte ad evitare le complicanze e le recidive di patologia. La prevenzione selettiva riguarda l'insieme degli interventi messi in atto verso le categorie considerate più vulnerabili rispetto alla problematica del GA. Le fasi del ciclo di vita dove più frequentemente emerge la dipendenza da gioco d'azzardo secondo le recenti indagini Eurispes sono l'adolescenza e l'età anziana. Pertanto sarà opportuno procedere con interventi di diagnosi precoce e di incremento della consapevolezza della persona (soprattutto se adolescente) mentre negli anziani occorrerà favorire percorsi di socializzazione ed attività ricreative e salutari. La prevenzione indicata è destinata a soggetti che hanno avuto esperienza problematica di GA ma in modo discontinuo, rilevate tramite strumenti diagnostici o screening, pur in assenza di dipendenza. In ogni caso, nello svolgimento delle attività di prevenzione tanto selettiva quanto, soprattutto, indicata, un ruolo fondamentale spetta, laddove presenti alle Unità di Strada poiché il campo di azione dovrà essere esteso a luoghi a rischio (slot, bar, sale gioco etc…) ed informali (piazze, parchi..).

Evidenze: gli studi e le ricerche sull'impatto delle campagne informative e di sensibilizzazione e della loro efficacia sono molto modeste (Williams, West, e Simpson 2012) se non affiancate da strategie per avvicinare i soggetti a rischio o problematici ai servizi di trattamento e aumentare la collaborazione fra servizi di assistenza e personale che opera nei luoghi di gioco (Jackson, Thomason, e Thomas 2002). Tali interventi inoltre dovrebbero essere mirati su target specifici rispetto a variabili come genere, età e livello di coinvolgimento nel gioco, poiché target differenti sono attirati da messaggi con caratteristiche diverse (Messerlian e Derevensky 2006;Shead et al. 2011). Oltre a fattori individuali propri della popolazione giovanile, è importante considerare l'impatto di variabili ambientali, familiari (sono più a rischio i giovani appartenenti a famiglie di giocatori) e situazionali (comunità recentemente colpite dal recente sisma di agosto-ottobre 2016).

Target: soggetti che non hanno ancora avuto esperienze di GA ma che presentano un rischio specifico patologico superiore alla media (soggetti vulnerabili); soggetti che hanno avuto esperienza problematica di GA ma in modo discontinuo, rilevata tramite strumenti diagnostici o screening, pur in assenza di dipendenza.

Obiettivo generale 4

Consulenza e ascolto

Razionale: il potenziamento e/o l'attivazione di punti di primo ascolto e di iniziative di informazione a supporto delle persone coinvolte nel gioco d'azzardo patologico e loro familiari ha lo scopo di effettuare la presa in carico precoce, orientare ed accompagnare ai servizi sociali e socio-sanitari attivi nei rispettivi contesti territoriali e svolgere una azione di animazione territoriale. Le organizzazioni territoriali (enti pubblici, privati, EEAA, terzo settore) dovranno essere in grado di offrire una rete di sostegno alle problematiche non sanitarie del giocatore (es. consulenza legale, interventi antiusura etc.) poiché le persone con GAP sono facilmente preda di usura e sfruttamento da parte di organizzazioni criminali. E' quindi necessario prevedere piani e programmi che tengano conto di questo aspetto che può creare gravi problemi sia per l'individuo sia per la sua famiglia.

Evidenze: In Italian Journal on Addiction .- numero monografico del 2012 dedicato al gioco d'azzardo patologico, esaminando nel dettaglio le tipologie di trattamento offerte dalla rete dei servizi, si osserva che l'ascolto risulta il trattamento più erogato, seguito da interventi di counselling effettuati all'interno della struttura e telefonici, rispettivamente il 61% e il 50%. Si deduce pertanto che la domanda prevalente è quella di una informazione più estesa possibile dei rischi connessi al problema per cogliere i primi segnali indicatori di pericolo e porre così in atto strategie di intervento immediato, disponendo di punti di ascolto e trattamento.

Target: giocatori problematici e patologici

Obiettivo generale 5

Presa in carico, cura e riabilitazione

Razionale: il gioco d'azzardo patologico è comparso nella Classificazione Internazionale delle alattie (ICD-9) nel 1977 e nel 1980 è stato inserito nella sezione dei "Disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti classificati" del DSM-III. Nella quinta edizione del DSM (2013), pubblicata nel maggio del 2013, la denominazione viene modificata da gioco d'azzardo patologico (GAP) a DGA. Il quadro sindromico, il correlato cerebrale, la comorbilità, la fisiologia e il trattamento del DGA sono molto simili a quelli dei comportamenti di abuso e dipendenze, sebbene non comporti l'assunzione di sostanze psicoattive. In entrambe le patologie risulta esserci una correlazione con un'alterazione del sistema della gratificazione, caratterizzata da craving e da una coartazione delle modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura il piacere. Per la presa in carico, cura e riabilitazione è necessario pertanto un intervento integrato e multidimensionale che preveda oltre al trattamento farmacologico parallelamente quello psicologico, riabilitativo e di inclusione ed il coinvolgimento non solo del paziente ma anche dei familiari e della rete sociale di riferimento. Rispetto alla cura e alla riabilitazione, l'utenza è rappresentata dalle persone che si rivolgono ai servizi, o sono già pazienti in carico, o vengono intercettati dalle UdS, laddove presenti. Le principali azioni da perseguire si concentrano oltre che sui singoli fattori di rischio individuali anche su quelli ambientali, che siano in grado di favorire processi di inclusione socio-lavorativa. Esiste un bisogno rilevante di interventi innovativi relativi alla offerta residenziale per questa tipologia di dipendenza.

Il gambling è una malattia cronica che può vivere delle fasi di recidiva in qualsiasi momento della vita, quindi i servizi hanno il dovere di essere presenti nelle fasi successive ai trattamenti sanitari. Un follow up anche telefonico prolunga l'alleanza terapeutica e aiuta la persona a non sentirsi sola ricordandole che può sempre contare su delle figure di supporto che l'hanno sostenuta fino a quel momento.

Al contempo anche la dipendenza da nuove tecnologie e dai social network necessita di pari considerazione. L'internet addiction disorder (IAD) è il disordine da dipendenza da internet, IL social-network addiction è la dipendenza dai più famosi social network, il "VGA" infine è l'uso eccessivo o compulsivo di videogiochi che interferisce con la vita quotidiana di una persona: chi ne soffre andrà parimenti preso in carico al fine di un trattamento sanitario come quello che avverrà per il GAP e anche nelle fasi successive ai trattamenti sanitari stessi.

Evidenze: molti studi hanno evidenziato che il gioco patologico vada trattato sempre e che è preferibile sottoporre il giocatore patologico a un trattamento clinico piuttosto che lasciarlo al suo

destino (Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. Lancet 2011; 378: 1874-84; 113. Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen BH, Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. Addiction 2005; 100: 1412-22.) Per quanto riguarda l'accoglienza e lo screening la letteratura suggerisce di indagare i problemi e le risorse nelle diverse aree vitali del paziente (personale, familiare, sociale, economica, lavorativa). Gli strumenti della valutazione sono rappresentati dal colloquio clinico, questionari e scale di valutazione standardizzate, dalle interviste per lo più semi-strutturate e da schede per la misurazione di fenomeni specifici. Per fare qualche esempio il SOGS viene impiegato per lo screening e la stadiazione, i criteri del DSM-5 per la diagnosi, il GCRS per la valutazione delle distorsioni cognitive, il MATE o l'euroASI per la valutazione dimensionale, l'SF-36 per la qualità della vita, il MARE o la SCID per i disturbi di personalità e comorbilità e la BIS-11 per l'impulsività. A livello scientifico per quanto riguarda il trattamento farmacologico sono state utilizzate nel trattamento del DGA quasi tutte le classi di farmaci psicotropi, dagli antidepressivi, agli stabilizzatori dell'umore, gli antagonisti degli oppiacei e gli antipsicotici atipici mentre l'approccio psicologico che ha accumulato maggiori evidenze di efficacia è quello cognitivo-comportamentale. Altri trattamenti previsti sono di natura sociale e legale.

Partendo dai problemi finanziari dei pazienti connessi al gambling, poi, la letteratura suggerisce un'offerta di trattamenti e prestazioni che ha a che fare con la gestione controllata del denaro. Cibin M, Hinnenthal I. Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina. Il modello Soranzo SEEd Edizioni Scientifiche 2011mette in evidenza la necessità di interventi a carattere intensivo e di breve durata per questo tipo di pazienti, che presentano un grado maggiore di integrazione sociale.

Infine si rappresenta la necessità di ambulatori dedicati: i locali utilizzati per le attività di diagnosi e cura, comuni anche ad altre tipologie di dipendenti patologici, si sono dimostrati un elemento che ostacola l'accesso dei gamblers ai servizi offerti dai Servizi per le dipendenze.

Target: giocatori patologici

Obiettivo generale 6

Monitoraggio del fenomeno

Razionale: L'epidemiologia del gioco patologico, rispetto a quella delle altre dipendenze (tossicodipendenza, alcolismo, ecc.), ha ricevuto poca attenzione conseguentemente anche alla difficoltà incontrata nel tempo a considerare il gioco un fattore patogeno in grado di generare dipendenza. I dati oggi a disposizione suggeriscono invece un lavoro di maggiore comprensione della patologia e dei suoi meccanismi eziopatologici. Le metodologie utilizzate nella definizione delle dimensioni da indagare e dai relativi indicatori, faranno riferimento ad un approccio di tipo partecipato e aperto, al fine di dare ai portatori di interesse competenze e strumenti operativi, ma anche a creare una rete di attori sensibilizzati e sollecitati a giocare un ruolo attivo nella pianificazione di interventi futuri.

Evidenze: il fenomeno, date le dimensioni che sta assumendo a livello nazionale, va indagato con ricerche epidemiologiche a livello locale e su scala regionale. Dai dati nazionali si evince infatti che, a partire dal 2003, il volume del gioco d'azzardo in Italia ha avuto un andamento crescente. Secondo i dati del Ministero della salute del 2012, la stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2%10. Bastiani et al. hanno rielaborato dati ottenuti dalla ricerca IPSAD-Italia 2007-08 (Italian Population Survey on Alcohol and Other Drugs) curata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR). Gli autori hanno stimato una prevalenza di problematiche da gioco d'azzardo nel 2,3% della popolazione giovane (15-24 anni) e del 2,2% della popolazione adulta (25-64 anni). Se si considerano anche coloro che presentano problemi lievi (6,9% nei giovani vs 5,8% negli adulti) è possibile ipotizzare che quasi 1 italiano su 10 potrebbe avere qualche problema con il gioco.

Target: popolazione 15-74 anni ed utenza dei servizi

Obiettivo generale 7

Valutazione degli interventi

Razionale: negli ultimi anni le attività nel campo del gioco d'azzardo patologico si sono moltiplicate. Tuttavia la maggior parte dei progetti non sono stati valutati opportunamente ed esiste perciò la necessità improrogabile di migliorare la conoscenza delle modalità di "valutazione della efficacia" e di rendere possibile lo scambio delle esperienze e dei risultati. L'Osservatorio regionale dipendenze può mettere a punto metodi di valutazione scientifica allo scopo di favorire il miglioramento della qualità di tutto l'ampio spettro degli interventi di prevenzione cura riabilitazione e reinserimento previsti dal piano. La valutazione di processo – monitoraggio - accompagnerà l'intera implementazione del progetto e renderà possibili aggiustamenti in itinere, fornendo informazioni utili per un eventuale miglioramento o riprogettazione dell'intervento in caso di scarto tra il piano originario e la sua realizzazione. Il piano di valutazione di esito darà anzitutto un giudizio conclusivo rispetto alla capacità del piano di raggiungere i destinatari previsti, integrandosi, in tal senso, con l'attività di monitoraggio.

Evidenze: in letteratura sono poche le ricerche esistenti in questo campo, soprattutto in Italia. Se ne elencano le più importanti:

• Delfabbro P. (2008). *Evaluating the effectiveness of a limited reduction in electronic gaming machine availability on perceived gambling behaviour and objective expenditure. International Gambling Studies*, 8 (2): 151-165, DOI: 10.1080/14459790802139983

• Derevensky J., Sklar A., Gupta R., Messerlian C. (2010). *An empirical study examining the impact of gambling advertisements on adolescent gambling attitudes and behaviors*. International Journal of Mental Health and Addiction, 8: 21-34, DOI: 10.1007/s11469-009-9211-

• Ferland F., Ladouceur R., Vitaro F. (2005). *Efficiency of a gambling prevention program for youths: Results from the pilot study*. Encephale, 31(4): 427-436., DOI:10.1016/S0013-7006(05)82404-2

• Gaboury A., Ladouceur R. (1993). *Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents*. Journal of Primary Prevention, 14: 21-28., DOI: 10.1007/BF01324653

• Ladouceur R., Sylvain C., Gosselin P. (2007). *Self-exclusion program: A longitudinal evaluation study*. Journal of Gambling Studies, 23(1): 85-94.

Per valutare gli interventi di prevenzione attuati ed i programmi di cura negli aspetti di processo e di esito si farà altresì riferimento alle pubblicazioni ed alle ricerche nel più esteso campo delle dipendenze patologiche.

Target: tutti i target indicati negli obiettivi generali precedenti

Obiettivo generale 8

Formazione

Razionale: La formazione e l'aggiornamento congiunto degli operatori sociali e sanitari delle organizzazioni impegnate nella realizzazione del Piano regionale GAP e della dipendenza da nuove tecnologie e social network appare strategica per fornire una base comune e condivisa di conoscenze e favorire lo sviluppo del sistema integrato territoriale. La formazione e l'aggiornamento degli operatori riguarda le caratteristiche sociali, culturali, economiche ed epidemiologiche del fenomeno, la prevenzione, la cura ed il reinserimento dei gamblers secondo un modello di "community care". La metodologia formativa deve necessariamente privilegiare un metodo attivo che consenta ai partecipanti di integrare le conoscenze "situazionali" derivanti dall'esperienza sul campo, nei territori di provenienza, con i saperi scientifici e le prassi operative validate.

Evidenze: L' attività di prevenzione e di cura della dipendenza da gioco d'azzardo patologico trovano nella formazione integrata una pratica consolidata. Il processo formativo rappresenta un'opportunità di integrazione professionale tra i diversi soggetti impegnati nell'attuazione del piano. Una consolidata letteratura conferma l'efficacia di metodologie basate sulla formazione orientata all'intervento. Il fondamento della metodologia della formazione-intervento si ritrova nelle sue origini sperimentali, e ha una connotazione precisa che si sostanzia in tre parole significative: partecipazione, progettazione e apprendimento. Si basa infatti sul presupposto che, per promuovere

un cambiamento, si debba alimentare un'ampia partecipazione degli attori che ne sono coinvolti direttamente o indirettamente. La confluenza di più attori e quindi la disponibilità di più competenze lungo un processo di apprendimento orientato all'azione porta a ricercare e condividere soluzioni innovative e di maggiore soddisfazione generale consentendo di sviluppare un apprendimento sia individuale che collettivo.

Target: operatori e portatori d'interesse

4. STRATEGIA REGIONALE

a. Linee d'intervento

Il presente Piano è finalizzato al contrasto della diffusione del GAP e della dipendenza da nuove tecnologie e social network attraverso le linee d'intervento/obiettivi generali ed obiettivi specifici indicati nel paragrafo 3.b

b. Funzioni e competenze

La Regione svolge le attività di programmazione, monitoraggio e valutazione degli interventi previsti dal presente Piano, in collaborazione con il CNR e con l'Osservatorio regionale dipendenze, e definisce i criteri di ripartizione del fondo nazionale e delle risorse proprie. Definisce inoltre il programma di formazione di livello regionale.

All'attuazione del Piano concorrono le seguenti organizzazioni del sistema di contrasto:

Enti/organizzazioni Aree di competenza

L'Azienda sanitaria unica regionale Marche (ASUR), attraverso i Dipartimenti integrati per le dipendenze Patologiche (DDP) ed i Dipartimenti di Prevenzione (DP)

Prevenzione, informazione, consulenza, valutazione, diagnosi, trattamento, riabilitazione

Gli enti del privato sociale accreditati nel settore delle dipendenze (EA)

Prevenzione, informazione, consulenza, valutazione, trattamento, riabilitazione (nell'ambito dei programmi territoriali dei DDP Integrati)

Gli Ambiti territoriali sociali (ATS) Prevenzione, informazione, sensibilizzazione (nell'ambito dei programmi dei DDP Integrati)

Le autonomie scolastiche Prevenzione, informazione, sensibilizzazione in ambito scolastico, in collaborazione con ATS, ASUR, enti accreditati (nell'ambito dei programmi dei DDP Integrati)

Le associazioni di auto-mutuo aiuto Rete di socializzazione e sostegno, in stretta collaborazione con DDP Integrati

Le associazioni di tutela dei consumatori, le fondazioni antiusura

Consulenza, assistenza legale, economica e finanziaria, contrasto all'usura, (nell'ambito dei programmi dei DDP Integrati)

Altri soggetti della cooperazione sociale e dell'associazionismo con esperienza specifica nel settore della dipendenza da gioco d'azzardo, anche online; associazioni delle famiglie componenti della Consulta regionale per la famiglia

Informazione, educazione, consulenza in stretta collaborazione con DDP Integrati (nell'ambito dei programmi dei DDP Integrati)

5. TARGET

Nella logica della complessità della prevenzione universale l'intervento è destinato a tutte le fasce della popolazione. Per interventi di tipo selettivo ed indicato, in genere più efficaci in ambito scolastico e familiare, il principale target di riferimento è quello a maggior rischio di sviluppo di una dipendenza dal GA e da nuove tecnologie e social network:

_ giocatori problematici, con potenziale viraggio verso la compulsione;
_ adolescenti vulnerabili con comportamenti problematici e propensione al rischio;
_ persone con familiarità al GA;
_ giovani con difficoltà nel controllo dell'impulsività;
_ persone in grave disagio economico e con indebitamento;
_ soggetti che consumano sostanze illegali o alcolici;
_ adulti/anziani con carenti attività ricreative e socializzanti;
_ soggetti dipendenti patologicamente dalle nuove tecnologie informatiche e dai social network.

Il target secondario è costituito da famiglie, insegnanti, esercenti, medici e pediatri.
Per una corretta comprensione del fenomeno e un uso critico della prevenzione, è bene precisare che le categorie elencate indicano condizioni in cui il fattore di pericolo (impulsività, uso di alcolici o disagio economico) non rappresenta la causa fondante ma, in genere, una variabile ultima o scatenante della dipendenza. L'origine del gioco d'azzardo patologico, come di qualsiasi altra condotta compulsiva, deve infatti essere rintracciata nella sfera della sofferenza della persona, che priva di adeguati strumenti di gestione, utilizza la via dello scarico comportamentale dell'angoscia.
Rispetto alla cura e alla riabilitazione, l'utenza è rappresentata dalle persone che si rivolgono ai servizi, o sono già pazienti in carico, o vengono intercettati dalle UdS, laddove presenti.
Le principali azioni da perseguire si concentrano sui singoli fattori di rischio individuali ed ambientali.
Oltre che ridurre l'offerta di consumo (sale giochi, …) e le condizioni di accesso (divieti secondo l'età e sistemi di segnalazione di comportamenti problematici), occorrerà fornire informazioni sulle reali possibilità di vincita e promuovere nel territorio alternative di svago improntate alla socializzazione e all'integrazione (associazioni sportive, luoghi di incontro e aggregazione, …).

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' - INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE

a. Prevenzione

La prevenzione dei comportamenti di dipendenza mira ad accrescere i fattori di resilienza e ridurre la vulnerabilità. È dimostrato che un intervento precoce ha un impatto maggiore di uno operato in tempi successivi.
In tema di prevenzione primaria è importante differenziare il gioco dalla compulsione, valorizzando e promuovendo l'azione ludica sana (creativa, educativa, socializzante, valida a tutte le età) e informando sui rischi connessi all'azzardo. Quest'ultimo, benché non sia "problematico", presenta delle caratteristiche proprie, capaci di attivare comportamenti di dipendenza.
Esperienze precedenti (vedi campagne di pubblicità mirate a promuovere il gioco responsabile) hanno evidenziato che vanno assolutamente evitati messaggi tolleranti nei contesti preventivi.
La Regione realizza inoltre distinte campagne informative sul rischio da dipendenza da GAP e quello da nuove tecnologie informatiche e social network.

Prevenzione del GAP e della dipendenza da nuove tecnologie informatiche e social network nel periodo dell'adolescenza

Massima attenzione deve essere rivolta all'adolescenza, dal momento che il ricorso al gioco d'azzardo può essere utilizzato come fonte di esperienze nuove ed emozionanti, sfida di sé, occasione di affrancamento dalle regole familiari, trasgressione del mondo degli adulti. Per le sue caratteristiche, inoltre ben si presta ad essere utilizzato come dispositivo di scarico della tensione, di negazione della noia e degli stati depressivi, di ristabilimento del senso di potenza in un periodo di incertezze. Nello specifico in questa età, le principali conseguenze si rintraccerebbero, oltre che nell'alto dispendio di denaro, nelle assenze dalle lezioni, negli scarsi risultati scolastici, nei furti, nella presenza di sintomi di tipo depressivo. E' importante poi segnalare la preoccupazione per il concomitante uso di sostanze e la comparsa di manifestazioni di disadattamento e di esclusione sociale.
Ricerche nazionali (Molinaro S., 2009 e Bono P., 2009) e internazionali (Ladouceur R. et al., 2002) hanno evidenziato che i giovani coinvolti in attività di GA hanno iniziato l'abitudine già a partire dalle Scuole Primarie per poi consolidarla in tarda adolescenza. A partire da quell'età sviluppano e mantengono pensieri irrazionali, col rischio di incorrere in gravi problemi personali e relazionali.
Secondo Derevensky (2000) corretti atteggiamenti e giuste cognizioni sull'attività di gioco rappresentano una protezione per lo sviluppo di comportamenti patologici: è dimostrato che maggiore è la cultura scientifica e la preparazione matematica minore è la spesa in gioco d'azzardo (Contucci P., 2012; Canova P., Rizzuto D., 2016). E' invece fattore di rischio per i giovani il considerare il gioco un'occasione per rilassarsi, una innocua abitudine, un terreno in cui dimostrare abilità personali (Capitanucci et al., 2009).

La letteratura internazionale in ambito di prevenzione primaria suggerisce per la popolazione giovanile di mirare a:
- una cultura ludica sana che promuova la socializzazione, l'integrazione, il piacere della condivisione, l'evasione, lo sviluppo della personalità;
- un'esatta comprensione delle reali possibilità di vincita veicolando cultura scientifica e matematica come protezione dalle false credenze sul GA;
- informazioni sugli elementi che stimolano la co mpulsione al gioco (velocità, facilità, possibilità di ripetizione delle giocate, illusione di controllo, etc);
- le cosiddette abilità di vita (life skills) e in particolare le abilità cognitive - senso critico, pensiero creativo, capacità di risolvere problemi, capacità di prendere decisioni;
- l'utilizzo di metodologie adeguate, quali l'Educazione tra Pari (Peer Education), basate su processi di Apprendimento Cooperativo (Cooperative Learning).

Queste ultime metodiche hanno mostrato maggior efficacia rispetto agli interventi con adulti esperti in tema di dipendenza da sostanze psicoattive (Gottefredson, Wilson, 2003). Al contrario,il ruolo degli adulti (operatori della salute e docenti) si è rivelato, al contrario, fondamental e per l'impatto degli interventi e per il sostegno ai giovani che ricoprono il ruolo di PE (Bonino S., Cattelino E., 2008; vedi anche "Guadagnare Salute negli Adolescenti" – programma nazionale promosso dal CCm del Ministero della Salute).

Alla luce di quanto affermato e vista la validità e l'efficacia riconosciuta ai programmi di prevenzione finalizzati al potenziamento e al riconoscimento delle abilità sociali, un primo livello di azione avverrà in contesti gruppali (gruppi classe da preferire ai gruppi informali), finalizzate a diffondere:
- competenze sociali (capacità interpersonali utili per costruire relazioni positive)
- competenze emotive (comprensione e gestione delle emozioni)
- competenze cognitive (risolvere problemi, definire obiettivi, etc.).

Secondariamente, ci si disporrà a rimuovere le credenze errate (probabilità di vincita, capacità d'influenzare l'esito di una sessione).

Prevenzione selettiva e indicata

La prevenzione selettiva riguarda l'insieme degli interventi messi in atto verso le categorie considerate più vulnerabili rispetto alla problematica del GA. Sono ritenuti tali, secondo le recenti indagini Eurispes, i giovani e gli anziani.

Per i primi, l'OMS suggerisce di realizzare un numero consistente di sessioni a carattere educativo, sin dai primi anni di scuola, in cui contrastare il procedere del percorso di rischio avviato e rafforzare fattori protettivi e abilità di vita (life skills).

E' opportuno inoltre procedere con interventi di diagnosi precoce e di incremento della consapevolezza del soggetto (soprattutto se adolescente). Strategico è infine sostenere la famiglia a livello educativo. Laddove presenti le Unità di Strada, il campo di azione può essere esteso a luoghi a rischio (slot, bar, sale gioco etc…) e informali (piazze, parchi..).

Per la diagnosi verranno impiegati strumenti specifici (colloquio diagnostico, somministrazione di questionari, analisi del contesto familiare e sociale, studio dei fattori di rischio e di protezione).

Conclusa la fase valutativa, si procederà con la strategia terapeutica più idonea per soggetto ed il nucleo familiare.

Riguardo l'età, si ritiene dover intervenire già a partire dagli 11 anni, periodo di sviluppo del pensiero operatorio formale (Piaget J.,1967) e di acquisizione della capacità di ragionamento astratto ipotetico-deduttivo. Tali competenze aiuteranno il giovane ad impadronirsi, attraverso interventi mirati e comunicazioni appropriate, di contenuti corretti.

Gli interventi devono incentivare il potenziamento di abilità, quali:
- senso critico: per l'analisi oggettiva di informazioni ed esperienze, valutando vantaggi e svantaggi e riconoscendo i fattori che influenzano atteggiamenti e comportamenti (probabilità di vincita, pressioni dei coetanei, influenza dei mezzi di comunicazione, ecc.);
- capacità di risolvere problemi (problem solving): favorire processi decisionali più consapevoli;

- prendere decisioni (decision making): saper scegliere in modo cosciente e costruttivo nelle diverse situazioni e contesti di vita.

Oltre a fattori individuali propri della popolazione giovanile, è importante considerare l'impatto di variabili ambientali, familiari (sono più a rischio i giovani appartenenti a famiglie di giocatori) e situazionali (comunità recentemente colpite dal recente sisma di agosto-ottobre 2016).

A questo proposito, sono noti infatti gli effetti rilevati, in termini di aumento di spesa, per il GA nella Regione Abruzzo dopo il terremoto del 2009. Diversi autori hanno rilevato come la perdita di speranza nel tessuto sociale, la difficoltà di trovare prospettive lavorative a breve termine, i lunghi tempi di ricostruzione abbiano inciso nella popolazione con una forte incidenza nel GA e con ripercussioni in termini di salute per la popolazione. Alla luce di questi dati diventa ancora più importante intervenire sui soggetti più vulnerabili attraverso il coinvolgimento di famiglie e scuola.

Anziani: favorire percorsi di socializzazione, attività ricreative e salutari (gruppi di cammino, ginnastica dolce, ….).

b. Informazione e consulenza

Il sistema promuove la massima informazione sui rischi del gioco d'azzardo, con strategie adeguate ai vari target (popolazione generale, giovani e adolescenti, adulti, anziani, soggetti a rischio, giocatori problematici) e contesti (luoghi del gioco, scuole, luoghi aggregativi, luoghi di lavoro, web, …). Il livello territoriale minimo di diffusione delle informazioni è l'Area vasta ASUR; è auspicabile l'integrazione ed il coordinamento tra gli interventi informativi delle aree vaste adiacenti.

Le Unità di strada concorrono alla realizzazione di tale indirizzo.

Il numero verde regionale sulle dipendenze fornisce informazioni ed un primo livello di consulenza; qualora il caso necessiti di approfondimento l'operatore propone l'invio ai servizi dipartimentali territorialmente competenti.

La Regione realizza inoltre una campagna informativa multimediale sul GAP.

Presso ogni Area vasta vengono offerti anche interventi di supporto economico, legale e finanziario alle persone in condizioni di difficoltà determinate dal GAP e dalla dipendenza da nuove tecnologie informatiche e social network. A tal fine i DDP Integrati promuovono la ratifica di protocolli territoriali di collaborazione con le associazioni di tutela dei consumatori iscritte al Registro regionale previsto dall'articolo 4 della l.r. 14/2009 ("*Norme in materia di tutela dei consumatori e degli utenti*") che svolgono le attività previste dall'articolo 1 della stessa legge regionale, tra cui la tutela della salute e della sicurezza dei consumatori, la tutela degli interessi economici e giuridici dei consumatori, oltre che la promozione della formazione e dell'informazione dei consumatori e degli utenti. Nell'ambito dei programmi dipartimentali l'assistenza e la tutela sono a favore dei casi che contestualmente accettano di essere presi in carico dall'ASUR. I protocolli di collaborazione possono prevedere impegni economici a favore delle associazioni sopra indicate, negoziati territorialmente nell'ambito delle risorse assegnate a ciascuna Area vasta.

c. Diagnosi, cura e riabilitazione

In caso di gioco, l'intervento diagnostico e clinico è un atto di particolare delicatezza, dal momento che il problema è vissuto dalla persona in maniera scarsamente critica e consapevole (richiesta "senza una specifica domanda"), a volte presentato da altri (familiari, amici). Complica il quadro la concomitanza di assetti di personalità fragili, fortemente bisognosi di appoggio e sostegno per la soluzione dei propri bisogni, portati a manifestare all'esterno, attraverso azioni impulsive, pensieri, emozioni ed affetti.

Lo sforzo dei professionisti è far comprendere, al di là dell'urgenza e dell'emergenza imposti dalla condotta patologica, che il gioco è la manifestazione esterna di sofferenze e conflitti interni. Oltre a ricostruire l'evoluzione della problematica, insieme a tutte le disastrose conseguenze, questo comporta valutare il mondo interno del giocatore: la storia individuale, il profilo di personalità, il bilancio tra deficit e potenzialità psichiche disponibili. Si rivela inoltre fondamentale l'analisi delle risorse utilizzabili (individuali, familiari, materiali) su cui far leva per le varie fasi dell'intervento.

I Servizi territoriali dipendenze patologiche (STDP) diagnosticano e certificano la dipendenza patologica da gioco d'azzardo (ludopatia) e da nuove tecnologie informatiche e social network. La valutazione diagnostica è condotta da un'équipe multidisciplinare (psicologo, medico, assistente sociale, consulenza legale e finanziaria), che accerta e certifica la dipendenza patologica al gioco d'azzardo. Documenta inoltre la presenza di altre patologie correlate.
Una volta restituito l'esito al soggetto che ha richiesto aiuto, l'equipe lo coinvolge nella definizione del progetto terapeutico che potrà avvenire a livello ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale.
Dove necessario, è prevista degenza ospedaliera per accertamenti diagnostici specifici o somministrazione di terapia farmacologica.
Gli enti accreditati realizzano, ove necessari, i relativi percorsi di riabilitazione.
L'intervento terapeutico ha come scopo, oltre la soppressione del comportamento disturbante (trattamento sintomatico), sostenere, attraverso la cura, la persona nello sforzo di ristabilire il processo di salute e individuare nuove opportunità per la propria vita. Si pone anche l'obiettivo di restaurare quella relazionalità e quella quotidianità smarrite con l'isolamento al gioco.
Tutti i casi trattati vengono inseriti nel software regionale "Ippocrate".
I servizi curanti valutano l'efficacia dei trattamenti e trasmettono semestralmente alla Regione i relativi report statistici.

d. Formazione

Al fine di promuovere una cultura della prevenzione e della cura del GAP, e di garantire lo sviluppo di conoscenza e competenze specifiche agli operatori ed ai portatori d'interesse, la Regione stabilisce un programma formativo così articolato:
_ Formazione regionale: destinata agli operatori del sistema dei servizi sociosanitari per le dipendenze;
_ Formazione territoriale, a livello di ciascuna Area vasta, curata dai servizi territoriali, destinata ai portatori d'interesse in materia di GAP e di nuove tecnologie informatiche e social network (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, insegnanti, esercenti, forze dell'ordine, amministratori locali,).
Il programma formativo viene elaborato da un apposito comitato regionale composto:
_ dal dirigente del Servizio politiche sociali e sport, che lo presiede, o suo delegato;
_ da 2 rappresentanti dell'ASUR, designati dall'ASUR stessa.
Il programma formativo è elaborato sentiti gli ATS, gli enti accreditati aderenti al CREA e all'ACUDIPA ed altri esperti, nonché le associazioni ed i comitati che si occupano di azzardopatia e di altre forme di ludopatia.

7. RESPONSABILITA' DELLE AZIONI

Il presente Piano prevede azioni di livello e responsabilità Regionali ed azioni di livello e responsabilità territoriali (di Area vasta o di STDP) attribuibili all'ASUR, agli enti accreditati, agli ATS, ove opportuno in collaborazione con altre associazioni, fondazioni, gruppi di auto-mutuo aiuto portatori d'interesse.
Nel dettaglio si veda il paragrafo 3.d Tabella 2.

8. RISORSE E PIANO FINANZIARIO - RIPARTIZIONE DELLE RISORSE

a. Il fondo nazionale

Ai sensi della legge 208/2015 (legge stabilità 2016), presso il Ministero della Salute è stato istituito il fondo nazionale per il GAP. Per la dotazione del Fondo è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016. Il Fondo è ripartito tra le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con Decreto del Ministro della Salute del 6 ottobre 2016.
La quota attribuita alla Regione Marche è di € 1.295.925,00 per ciascun anno 2016, 2017 e 2018.
A seguito del ricorso al TAR del Lazio da parte del Codacons nazionale, componente dell'osservatorio nazionale sul GAP, contro il Ministero della Salute, il TAR del Lazio ha accolto il ricorso con sentenza n. 10525 del 17/10/2017 che ha sospeso l'efficacia dell'atto amministrativo ministeriale con cui sono stati trasferiti i fondi alle Regioni.

In attesa della risoluzione del ricorso, quindi, all'attuazione del presente Piano concorrono le sole risorse regionali del fondo sanitario indistinto 2016/2017 e 2018 per il periodo di riferimento complessivamente pari ad € 2.631.850,00.

b. Criteri di ripartizione e di assegnazione del fondo

Il fondo complessivo viene ripartito per linee d'intervento come segue:

_ Prevenzione, informazione, comunicazione, sensibilizzazione: 50%;
_ Consulenza, ascolto, cura e riabilitazione: 41%;
_ Monitoraggio e valutazione: 1,5%;
_ Formazione: 4%;
_ Spese di gestione fisse: 3,5%.

Eventuali minori spese vengono destinate alle attività di prevenzione, informazione, comunicazione e sensibilizzazione.

La ripartizione dei singoli obiettivi può essere annualmente modificata sulla base delle verifiche di attuazione del piano.

Eventuali ulteriori risorse disponibili possono essere impiegate in esercizi finanziari successivi.

Il fondo, esclusa la quota a gestione diretta regionale, viene ripartito territorialmente come segue:

_ il 70% proporzionalmente alla popolazione residente nel territorio di ciascuna Area vasta ASUR;
_ il 30% proporzionalmente all'estensione territoriale di ciascuna Area vasta ASUR.

Per motivi contabili il fondo indistinto 2016 (€ 1.295.925,00) è stato ripartito secondo il criterio sopra indicato ed assegnato con decreto n. 182/IGR/2016 a cinque enti accreditati ai sensi della l.r. 21/2016 che esercitano, in forma associata (ATI) con tutti gli enti territoriali accreditati presso il SSR , o convenzionati o contrattualizzati con l'ASUR nel settore delle dipendenze, la funzione di ente capofila di ciascuna Area vasta come segue:

_ 4 enti designati dal Coordinamento regionale enti accreditati (CREA), con vincolo di utilizzo integrato e coordinato delle risorse economiche con le strutture dipartimentali (dipendenze e prevenzione) dell'ASUR e con gli ATS, per l'attuazione dei programmi dipartimentali di Area vasta;
_ 1 ente designato dall'Associazione cura dipendenze patologiche (ACUDIPA), con vincolo di utilizzo integrato e coordinato delle risorse economiche con le strutture dipartimentali (dipendenze e prevenzione) dell'ASUR e con gli ATS per l'attuazione dei programmi dipartimentali diArea vasta.

L'annualità 2017, pari ad € 15.000,00, è stata destinata al finanziamento del Numero Verde Regionale sulle dipendenze, così come la quota pari ad € 25.000,00 dell'annualità 2018.

La restante quota del fondo 2018 viene ripartita ed assegnata come segue:

_ 83% all'ASUR per la realizzazione dei programmi integrati d'Area vasta;
_ 12% agli ATS per attività di prevenzione, informazione, sensibilizzazione previste nei programmi d'Area vasta, che concorrono alla quota complessiva di risorse destinate alla prevenzione sopra indicata (50%);
_ 5% a gestione regionale diretta per attività di monitoraggio e valutazione, di comunicazione e di formazione di livello regionale.

9. COORDINAMENTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL PIANO

a. Comitato regionale di coordinamento

Per il coordinamento dell'attuazione del Piano regionale, presso la Regione è istituito un comitato così composto:

_ 2 rappresentanti della struttura regionale competente in materia di dipendenze;
_ 2 rappresentanti dell'ASUR;
_ 2 rappresentanti degli ATS.

Il Comitato è presieduto dal Dirigente della struttura regionale competente in materia di politiche sociali o suo delegato.

Il Comitato si riunisce periodicamente per verificare lo stato di attuazione del Piano a livello territoriale e per esaminare eventuali criticità attuative, formulando le relative proposte di soluzione.

b. Monitoraggio

Per il monitoraggio del fenomeno nelle Marche si fa riferimento agli studi IPSAD ed ESPAD del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), con il quale è in corso di definizione un accordo di collaborazione.

Il monitoraggio del Piano d'azione regionale è affidato all'Osservatorio regionale dipendenze istituito presso l'Agenzia regionale sanitaria, che redige un Rapporto annuale di monitoraggio e valutazione.

c. Valutazione delle azioni realizzate

La valutazione delle azioni previste nel Piano è affidata al Comitato regionale di coordinamento, in collaborazione con l'Osservatorio regionale dipendenze istituito presso l'Agenzia regionale sanitaria, che redige un Rapporto annuale di monitoraggio e valutazione.

10. MODALITA' OPERATIVE

Ciascun ente beneficiario (enti accreditati capofila, ASUR, Ambiti territoriali sociali) è responsabile della gestione amministrativa delle risorse assegnate, che vengono utilizzate obbligatoriamente secondo il programma di Area vasta predisposto presso ciascun DDP, nel rispetto degli indirizzi Regionali e delle linee d'intervento sopra indicate.

I programmi territoriali vengono redatti con il concorso dei Servizi territoriali per le dipendenze (STDP), degli enti accreditati, degli Ambiti territoriali sociali, sentita l'Assemblea del DDP integrato. In materia di prevenzione gli obiettivi e gli interventi devono essere coerenti e coordinati con il Piano regionale della Prevenzione 2014/2018. Entro 45 giorni dall'approvazione del presente Piano ciascuna Area vasta ASUR trasmette alla Giunta regionale, Servizio Politiche Sociali e Sport, il relativo programma territoriale attuativo del Piano regionale, redatto secondo lo schema che sarà approvato con atto dirigenziale successivo.

I programmi territoriali dovranno prevedere anche apposita sezione dedicata alle dipendenze da nuove tecnologie informatiche e social network; i servizi territoriali degli Enti accreditati concorrono alla redazione di questa apposita sezione assieme agli Ambiti territoriali sociali competenti per territorio.

Ciascun programma deve prevedere il più ampio e capillare coinvolgimento degli ATS, delle scuole, dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta, dell'associazionismo compresi i gruppi di auto-mutuo aiuto (ai sensi della l.r. 3/2017, articolo 12), delle famiglie, degli esercenti (ove disponibili) e delle principali organizzazioni attive nella comunità portatrici d'interesse. Il Programma deve prevedere altresì forme di coordinamento/collaborazione con enti che erogano servizi di assistenza legale e per il contrasto all'usura nei confronti di persone con problemi economici determinati dal GAP.

Il programma potrà essere adottato con atto del direttore d'Area vasta, ovvero al programma dovrà essere allegato il verbale del Comitato dipartimentale sottoscritto da tutti i componenti, che attesti il percorso integrato e coordinato messo in atto e l'accordo sul programma.

Entro 30 giorni dalla ricezione la Giunta regionale approva i programmi.

VENETO

DGR 7.11.17, n. 1762 - Assegnazione all'azienda ulss n. 4 Veneto orientale, in qualità di capofila, di un contributo per la realizzazione di un progetto di prevenzione al gioco d'azzardo patologico dal titolo "safe night in game" in materia di prevenzione, contrasto e riduzione del rischio di dipendenza del gioco d'azzardo patologico (gap). BUR n. 112 del 20.11.17)

Note **PREMESSA**

L'approccio di salute pubblica ci permette di considerare il gioco d'azzardo come comportamento a rischio che giustifica interventi di contrasto da parte dei servizi, e più in generale della comunità locale. Tali interventi dovrebbero essere indirizzati alle diverse stratificazioni della popolazione, dai soggetti che non hanno mai giocato, ai giocatori patologici che non pervengono ai servizi, attraverso

molteplici modalità: appare opportuno quindi sperimentare modelli di informazione, contatto e consulenza attraverso canali diversificati a disposizione del cittadino (giocatore, familiare, amico) che configurino forme di prevenzione universale, selettiva ed indicata.
L'azienda ULSS 4 Veneto Orientale, fa parte del Coordinamento Regionale Veneto "Safe Night " che si è costituito nell'anno 2005 e si occupa di progetti di prevenzione selettiva nei luoghi di divertimento giovanile. Il Coordinamento è composto dai progetti: Bside, Fuori Posto, Giochi Puliti, Off Limits, Tutor e What's Up, i quali storicamente operano nei territori delle province di Belluno Azienda ULSS n. 1, Vicenza Azienda ULSS 8, Verona Azienda ULSS n. 9, Venezia Azienda ULSS 3 e Azienda ULSS 4 e Treviso Azienda ULSS n. 2.
L'ambito d'intervento dei progetti afferenti al coordinamento è finora stato quello della prevenzione selettiva all'uso/abuso di sostanze psicoattive. Rispetto a ciò, l'efficienza e l'efficacia, sono garantite da un impianto valutativo in grado di rendere conto dell'operato, grazie all'apporto dello strumento "Go-Card" che garantisce l'analisi dei risultati in modo puntuale a livello Regionale tra tutti i progetti in rete.
Le peculiarità dei progetti afferenti al Coordinamento di operare nei locali pubblici, la capacità maturata di aggancio e counseling circa l'uso/abuso di sostanze (in particolare l'alcol), la rete e la continua collaborazione con i gestori dei locali, dopo attenta riflessione, ha suggerito agli operatori del Coordinamento di inserire un nuovo ambito di intervento.
La metodologia di *Safe Night* di operare nei locali pubblici agganciando migliaia di giovani e molti gestori di locali, ha permesso di pensare ad un intervento circa al Gioco d'Azzardo direttamente "sul campo", laddove la gente abusa di alcol, usa sostanze e con ogni probabilità assume comportamenti a rischio anche circa il Gioco d'Azzardo.
Nel dettaglio, il progetto presentato con prot. 423706 in data 11/10/2017 dall'Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale in qualità di capofila del progetto dal titolo "*Safe Night in Game*", si è posto l'obiettivo di sensibilizzare, informare e promuovere atteggiamenti consapevoli relativi ai disturbi da gioco d'azzardo , e al consumo problematico di alcol, tabacco e altre sostanze direttamente "sul campo".
Potenziamento e diffusione della rete dei programmi di prevenzione selettiva nei luoghi di divertimento della Regione Veneto (anche nelle aree territoriali, non coperte dall'azione delle Unità Mobili che ne facciano richiesta episodica o continuativa), al fine di realizzare interventi mirati alle reali esigenze e modellati sui fenomeni in costante cambiamento.
L'attività operativa del progetto sarà caratterizzata da una presenza costante e reiterata nei locali eventi di aggregazione, tramite unità mobili adeguatamente adibite, in grado di offrire spazi di accoglienza, favorendo l'aggancio e il counseling. Operatori adeguatamente formati somministreranno questionari per rilevare consuetudini ed eventuale livello di patologia circa il Gioco d'Azzardo, correlazioni tra Gioco d'Azzardo e uso di sostanze. Questo strumento avrà il duplice scopo di rilevare i dati che permetteranno di individuare i tassi di gioco problematico e di associazione gioco problematico e uso di sostanze nella popolazione partygoers.

LA DISPOSIZIONE

Viene sostenuto il progetto succitato presentato in qualità di capofila dalla Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale.
Il costo del progetto è pari a Euro 140.000,00.

DGR 7.11.17, n. 1763 - finanziamento progettualità socio-sanitarie in materia di dipendenze da sostanze d'abuso di cui alla dgr n. 2138 del 7/9/2010 e decreto n. 155 del 26/11/2014. (BUR n. 112 del 20.11.17)

Note **PREMESSA**

La Regione del Veneto ha adottato strategie di intervento efficaci per la realizzazione di azioni, quali: politiche sociali sempre più rispondenti alla crescente complessità sociale; politiche intersettoriali e programmi specifici in grado di promuovere la salute e, nel contempo, di agire attivamente contro l'uso incongruo di ogni tipo di sostanza stupefacente e psicoattiva utilizzate a

fini non terapeutici, attività di indirizzo e coordinamento nel settore, anche attraverso la stipula di accordi e protocolli di intesa tra la Regione e i diversi soggetti pubblici e privati che a vario titolo interagiscono col settore in questione.
Aiutare e sostenere il processo di crescita degli adolescenti è sicuramente un intervento con una valenza di tipo educativo molto importante, così come importanti sono gli interventi di prevenzione del disadattamento giovanile la cui valutazione, però, è senza dubbio un'impresa difficile.
La condizione che influenza la salute psico-fisica dei giovani adolescenti diventa una priorità da seguire e una sorgente di informazioni.
Il segmento di popolazione considerata rappresenta il terreno fertile sul quale agire in ottica preventiva perché i giovani adolescenti sono la popolazione che rappresenta lo sviluppo futuro ed un contesto permeabile nel quale stimolare saperi.
In questo contesto la programmazione regionale alla luce anche dell'art. 127 del DPR 309/1990 e successive modifiche ed integrazioni, "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"; ha individuato tra le azione prioritarie d'intervento la prevenzione selettiva (gruppi a rischio), finalizzata alla realizzazione di interventi rivolti prevalentemente ai comportamenti giovanili emergenti di uso e abuso delle cosiddette nuove droghe, nonché al poliabuso di sostanze illegali e legali (alcol).
Con DGR 2138 del 7 settembre 2010 recante "Fondo Regionale d'intervento lotta alla droga: Progetti di interesse regionale - Area Dipendenze", con cui venivano approvati i criteri e le procedure per la valutazione e il finanziamento di progetti di prevenzione selettiva di interesse regionale ed individuati i soggetti titolati (le Aziende ULSS), alla presentazione degli stessi.
Successivamente il Decreto del Direttore della Sezione Non Autosufficienza Direzione Servizi Sociali n. 155 del 26/11/2014, finanziava per l'anno 2014/2015 le Aziende ULSS del Veneto per progettualità specifiche in materia di dipendenze da sostanze d'abuso di cui alla D.G.R. n. 2138 del 7/9/2010 e approvava l'Allegato A in cui sono indicati, come da DGR n. 2138/2010, i criteri per l'assegnazione e il riparto alle Aziende Ulss del Veneto per la "Realizzazione di progettualità Socio-sanitarie in materia di dipendenza da sostanze d'abuso" e il decreto citato si stabiliva che il fondo regionale era ripartito alle Aziende Ulss in modo proporzionale al numero di utenti giovani dei Serd, considerando la fascia di età compresa tra i 14 e i 29 anni, secondo i dati estratti dal tracciato SGX - Anagrafica soggetto del Flusso Sind, inviato dalle Aziende Ulss anno 2013.
Nel corso degli anni 2015/2016 le Aziende ULSS, hanno attivato progetti a livello territoriale prevedendo percorsi di sensibilizzazione e promozione di stili di vita sani attraverso lo stimolo dello spirito critico nei giovani adolescenti.

LA DISPOSIZIONE

Alla luce delle esperienze positive maturate e dei risultati ottenuti dai territori vengono confermati i criteri per l'assegnazione e il riparto di Euro 300.000,00 alle Aziende Ulss del Veneto per la "Realizzazione di progettualità Socio-sanitarie in materia di dipendenza da sostanze d'abuso", finalizzata alla realizzazione di progetti di prevenzione selettiva come da A**llegato A**.

ALLEGATOA

Criteri per la realizzazione di progettualità socio-sanitarie in materia di dipendenze da sostanze d'abuso, di cui alla DGR n. 2138 del 7 settembre 2010 e Decreto 155 del 26/11/2014

Soggetti titolari delle progettualità

I soggetti titolari delle progettualità sono le 9 Aziende ULSS del Veneto (Dipartimenti per le Dipendenze) che dovranno prevedere il coordinamento delle Aziende Ulss incorporate ai sensi della L.R. 19/2016 e che possono presentare il progetto anche con il partenariato di altri enti.

Requisiti di ammissibilità

Qui di seguito si riportano i requisiti di ammissibilità dei progetti, il cui mancato rispetto comporterà la revoca del finanziamento:

□□ogni Azienda ULSS potrà presentare un progetto, con un importo minimo di spesa non inferiore a quello assegnato a ciascuna Azienda (v. tabella sotto riportata);

□□è previsto un cofinanziamento da parte delle stesse aziende ULSS non inferiore al 10% delle risorse assegnate;
□□l'area d'intervento individuata è quella della prevenzione selettiva e/o indicata e i criteri individuati per la predisposizione e realizzazione dei progetti dovranno essere sviluppati nell'ottica di:
o indirizzare le risorse e le azioni verso i contesti ed i soggetti (con particolare attenzione ai giovani) maggiormente esposti all'uso di sostanze, a causa di situazioni di vulnerabilità e fragilità familiare/personale/sociale;
o identificare i fattori di rischio a livello locale che conducono all'uso di sostanze psicoattive;
o attuare interventi di prevenzione specifici sui fattori di rischio e di protezione;
o promuovere azioni di aggancio precoce e accompagnamento ai Servizi per giovani;
o sviluppare ed incentivare interventi di prevenzione delle patologie correlate;
□□i progetti, di durata annuale, devono rientrare nella programmazione territoriale e quindi essere in stretta connessione e coerenza con i Piani di Zona Territoriali, Area Dipendenze;
□□il progetto, sottoscritto dal responsabile e validato dal Dipartimento per le Dipendenze deve essere inviato via pec (area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it) entro la data del **15dicembre 2017**, accompagnato da una comunicazione in cui viene indicata la data di avvio del progetto. La rendicontazione delle spese, unitamente ad una relazione finale sulle attività svolte, dovranno essere approvate con provvedimento dell'Azienda ULSS e trasmesse via pec (area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it) alla Regione del Veneto entro il **30 settembre 2018**.

Risorse a disposizione

Le risorse messe a disposizione per la realizzazione dei progetti di cui al presente atto, ammontano a Euro 300.000,00 a valere sul capitolo di spesa n. 103230 "Realizzazione di progettualità Socio-sanitarie in materia di dipendenza da sostanze d'abuso". Tali risorse sono ripartite come di seguito indicato secondo il criterio del numero di utenti giovani dei SERD, considerando la fascia di età compresa tra i 14 e i 29 anni di età (dati estratti dal tracciato del FlussoSind inviato dalle Aziende ULSS per l'anno 2016).

GIOVANI

PIEMONTE

DGR 27.10.17, n. 22-5836 - L.R. 16/1995 e L.R. 44/2000. Fondo nazionale per le politiche giovanili 2017. Approvazione della proposta progettuale "UNDER 35 - DIGITAL VIDEO CONTEST – Giovani protagonisti" di cui all'art. 2, comma 5 dell'Intesa n. 53/CU. (BUR n. 46 del 16.11.17)

Note **PREMESSA**

la L.R. 13 febbraio 1995 n. 16 e s.m.i., recante "Coordinamento e sostegno delle attività a favore dei giovani", stabilisce che la Regione attui un'azione per i giovani del Piemonte, favorendo la realizzazione di iniziative degli Enti locali e dell'associazionismo giovanile, coordinandone gli interventi diretti o indiretti nei campi economico, sociale e culturale, promuovendo, in particolare, l'aggregazione giovanile, lo sviluppo di un sistema coordinato di informazione ai giovani e per prevenire e contrastare fenomeni di emarginazione e devianza, interventi per l'effettivo inserimento dei giovani nella società e attività culturali, sportive e del tempo libero e mobilità dei giovani; la L.R. 26 aprile 2000 n. 44 e s.m.i., recante "Disposizioni normative per l'attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del Capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59", ha previsto all'art. 132, che la Regione definisca il programma regionale per le politiche giovanili, indicando gli indirizzi e gli obiettivi prioritari degli interventi, e che le Province predispongano annualmente piani di interventi per i giovani, al fine di favorire una politica coordinata sul territorio

in attuazione del programma regionale; tale funzione verrà esercitata in conformità della L.R. n. 23 del 29 ottobre 2015 "Riordino delle funzioni amministrative conferite alle Province in attuazione della legge 7 aprile 2014, n. 56 (Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni)". in Conferenza Unificata del 25 maggio 2017 (repertorio atti 53/CU) veniva approvata l'"Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti Locali, sulla ripartizione per l'anno 2017 del "Fondo nazionale per le politiche giovanili di cui all'art. 19, comma 2 del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248", determinando, tra l'altro, la quota per l'anno 2017, destinata alle Regioni, pari complessivamente a € 1.266.345,00, ripartita con decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 20 giugno 2017, registrato dalla Corte dei conti in data 31 luglio 2017, al n. 1643; l'Intesa del 25 maggio 2017 stabilisce, altresì, quanto segue:

- che la quota del Fondo destinata alle Regioni e alle Province Autonome sia utilizzata a "cofinanziare interventi territoriali in materia di politiche giovanili, volti a promuovere attività di orientamento e placement, e/o attività dirette alla prevenzione del disagio giovanile e al sostegno dei giovani talenti" (art. 2, comma 1);
- che le Regioni devono far pervenire al Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale, entro e non oltre il 31 ottobre 2017, le proposte progettuali conformi alle disposizioni contenute nell'Intesa, approvate con Delibera di Giunta Regionale (art. 2 comma 5);
- che le Regioni evidenzino le modalità di realizzazione del progetto, i tempi, gli obiettivi, il valore complessivo, il numero di interventi, i destinatari, il territorio ed altri elementi ritenuti utili in un'apposita "scheda di progetto", che costituisca parte integrante della Delibera di Giunta Regionale (art. 2, comma 6);
- che le Regioni si impegnino a cofinanziare almeno il 20% del valore complessivo di ciascun progetto, anche attraverso la valorizzazione di risorse umane, beni e servizi messi a disposizione per realizzare gli interventi di cui all'articolo 2, comma 1 (art. 2, comma7);
- le modalità di monitoraggio sugli interventi ed il trasferimento delle relative risorse finanziarie, da attuare con il cofinanziamento del Fondo, sono disciplinate mediante lo strumento dell'Accordo di Collaborazione sottoscritto bilateralmente, tra il Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale e le Regioni, ai sensi dell'art. 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241 (art. 2, comma 8);
- che la sottoscrizione degli Accordi, tra il Dipartimento e le Regioni, avvenga entro 60 giorni dalla ricezione delle proposte progettuali inviate, dalle Regioni al Dipartimento, entro il 31/12/2017 (art. 2, comma 9);
- che il trasferimento delle risorse del Fondo alle Regioni avrà luogo a seguito della registrazione del provvedimento di approvazione dell'Accordo da parte del competente organo di controllo della Presidenza del Consiglio dei Ministri, al quale viene trasmesso dal Dipartimento entro trenta giorni dalla sottoscrizione di cui al comma 8 (art. 2, comma 10);
- che le attività da realizzare dovranno essere avviate entro 4 mesi dalla data di perfezionamento dell'Accordo, a seguito di sottoscrizione in forma digitale da entrambe le Parti, dandone comunicazione al Dipartimento (art. 2, comma 11);
- che le eventuali somme, già destinate alla Regione, che si rendano disponibili a seguito della mancata sottoscrizione dell'Accordo di cui all'art. 2, c. 8, ovvero a seguito del mancato avvio delle attività che si intendono realizzare entro il termine previsto dal comma 11 dell'art. 2 dell'Intesa, andranno a riconfluire nel Fondo per le Politiche giovanili per essere redistribuite nelle annualità successive (art. 2, comma 12); considerato l'assenso acquisito ed espresso dell'ANCI e dell'UPI in sede di conferenza unificata sulle modalità di ripartizione dei Fondi dell'Intesa 2017.

I fondi statali previsti dall'Intesa 2017 sono stati ripartiti a favore della Regione Piemonte per un importo di € 90.924,00 con il Decreto ministeriale del 20 giugno 2017 recante il "Riparto delle risorse finanziarie del Fondo Nazionale per le politiche giovanili per l'anno 2017", cui fa riferimento l'art. 2, c. 2, dell'Intesa 53/CU del 25/5/2017, registrato alla Corte dei Conti in data 31 luglio 2017, al n. 1643.

Viene coperta la somma necessaria al cofinanziamento regionale dell'Intesa 2017, in conformità a quanto previsto dell'art. 2 comma 7 dell'Intesa stessa, con la disponibilità presente sul pertinente capitolo;
Viene individuato un soggetto attuatore, per realizzare un Bando specifico, finalizzato a valorizzare e dare visibilità ad esperienze giovanili sui temi di cittadinanza attiva, protagonismo giovanile e pari opportunità, realizzate dai giovani sviluppando e sperimentando il proprio talento, attraverso la partecipazione ad un bando rivolto ai giovani stessi, tra i 18 e i 35 anni, nell'ottica dell'educazione non formale e della condivisione tra pari, che li vede coinvolti in un'esperienza di realizzazione di opere audiovisive nell'ambito dei media digitali, con particolare attenzione alle tecnologie emergenti (AR, VR, MR) e ai contenuti immersivi, all'uso di social network e piattaforme, alla creazione di una narrazione espansa, crossmediale e/o transmediale.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvata, ai sensi dell'art. 2, comma 6 dell'Intesa sul riparto del Fondo nazionale per le politiche giovanili, sancita in sede di Conferenza Unificata in data 25 maggio 2017, la proposta progettuale, articolata in una scheda intervento, di cui all'allegato A facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.
La proposta progettuale di cui all'allegato A, è del valore complessivo di € 120.924,00
Viene destinato ad un soggetto attuatore, da individuare, per la realizzazione di specifico bando rivolto ai giovani tra i 18 e 35 anni, come meglio descritto nella scheda progetto cod. 01-2017/2018 denominata "UNDER 35 DIGITAL VIDEO CONTEST– Giovani protagonisti" di cui all'allegato A, la quota di € 120.924,00.

ALLEGATO A

Proposta progettuale della Regione Piemonte di attuazione dell'Intesa 53/CU del 25/5/2017 (art. 2, comma 5) schede intervento/fonte 01– 2017/2018 Totale

UNDER 35
DIGITAL VIDEO
CONTEST –
Giovani protagonisti
Risorse statali
Intesa 53/CU del 25/5/2017
90.924,00 90.924,00
Fondi Regione 30.000,00 30.000,00
Altre risorse regionali in controvalore di risorse umane, professionali e strumentali
0,00 0,00
Totale
Progetto
120.924,00 120.924,00

Progetto della Regione Piemonte in attuazione dell'Intesa 25 maggio 2017 (art. 2 comma 5)
Titolo intervento UNDER 35 DIGITAL VIDEO CONTEST – Giovani protagonisti
Codice intervento 01 – 2017/2018
Obiettivi intervento
Favorire la partecipazione dei giovani alla vita della società civile, rafforzando gli strumenti che supportano il protagonismo giovanile attraverso la cittadinanza attiva e le pari opportunità, prevenendo e contrastando fattori ostativi all'inclusione sociale.
Valorizzare e dare visibilità ad esperienze giovanili sui temi di cittadinanza attiva, protagonismo giovanile e pari opportunità, permettendo ai giovani di sperimentare il proprio talento attraverso la partecipazione ad un bando, nell'ottica dell'educazione non formale e della condivisione tra pari, che li veda coinvolti in un'esperienza di realizzazione di opere audiovisive nell'ambito dei media digitali, con particolare attenzione alle tecnologie emergenti (AR, VR, MR) e ai contenuti

immersivi, all'uso di social network e piattaforme, alla creazione di una narrazione espansa, crossmediale e/o transmediale.
Descrizione intervento
L'intervento si realizza attraverso specifico bando rivolto ai giovani, tra i 18 e 35 anni, secondo i criteri definiti dallo stesso.
Il sostegno economico potrà variare da un minimo di € 5.000,00 ad un massimo di € 20.000,00 per ciascun progetto ritenuto idoneo fino ad esaurimento delle risorse disponibili.
La Regione Piemonte provvede ad individuare un soggetto attuatore a a cui saranno destinate le risorse stanziate.
Le risorse saranno trasferite in due tranches:
- la prima tranche di fondi regionali, a seguito di presentazione della comunicazione di avvio delle attività;
- la seconda ed ultima tranche a seguito di trasmissione della rendicontazione delle stesse, e comunque in conformità alla normativa vigente.
Localizzazione Il territorio regionale
Numero utenti coinvolti Potenziale bacino d'utenza regionale: 764.020 giovani fra 18 e 35 anni (dati ISTAT 31.12.2016)
Soggetto attuatore
Da individuare
Altri soggetti coinvolti Centri di aggregazione giovanili, associazioni giovanili e/o società di produzione con esperienza nei media digitali
Costo complessivo € 120.924,00
Copertura finanziaria
Risorse statali Intesa 25/5/2017 90.924,00
Fondi Regione 30.000,00
Eventuali altre risorse (controvalore risorse umane, professionali, tecniche e strumentali) 0,00
Tempi di realizzazione previsti
avvio attività: entro 4 mesi dalla data di sottoscrizione dell'Accordo attuativo dell'Intesa 2017, subordinatamente al trasferimento delle risorse statali.
Conclusione e rendicontazione: entro il 31.3.2019.
Referente del progetto
Regione Piemonte – Settore Politiche per la famiglia, Giovani e Migranti, Pari Opportunità e Diritti della Direzione regionale competente
Connessioni con altri Interventi

IMMIGRATI

UMBRIA
DD 2 novembre 2017, n. 11355. - Avviso pubblico regionale per la presentazione di candidature per la individuazione di enti ed organismi di cui all'art. 3, lett. b), c), d), e), g), l) della legge regionale 18 aprile 1990, n. 18, in ordine alla costituzione della Consulta regionale dell'immigrazione.(BUR n. 49 del 15-.11.17)

COSTITUZIONE DELLA CONSULTA REGIONALE PER L'IMMIGRAZIONE DI CUI ALLA LEGGE REGIONALE 18 APRILE 1990 N.18, ART. 3.
Avviso pubblico regionale per la presentazione di candidature per la individuazione di enti ed organismi di cui all'art. 3, lett. b), c), d), e), g), l) della Legge regionale 18 aprile 1990 n.18, in ordine alla costituzione della Consulta regionale dell'immigrazione.
1. OGGETTO DEL PRESENTE AVVISO PUBBLICO REGIONALE

La Legge regionale n. 18/1990 “Interventi a favore degli immigrati extracomunitari” prevede, all’art.3, comma 1, l’istituzione, presso la Giunta regionale, della Consulta regionale per i problemi dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie (di seguito definita Consulta regionale immigrazione) e ne detta la composizione.
Ai sensi del comma 2, art.3, la Consulta è composta da:
a) il Presidente della Giunta regionale o suo delegato;
b) dodici rappresentanti designati dalle associazioni di cittadini provenienti da Paesi extracomunitari operanti in Umbria individuate dalla Giunta regionale sulla base della rappresentatività con riferimento al numero complessivo degli aderenti ed in modo da garantire, ove possibile, un'adeguata presenza nella Consulta di tutte le grandi aree geografico - culturali extracomunitarie;
c) tre rappresentanti designati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale;
d) quattro rappresentanti designati dai patronati maggiormente rappresentativi a livello regionale che si occupano dell'assistenza ai lavoratori extracomunitari;
e) quattro rappresentanti designati dalle organizzazioni regionali degli industriali, degli artigiani, dei commercianti e degli agricoltori;
g) due rappresentanti designati dalle consulte locali, di cui uno in rappresentanza dei Comuni della provincia di Perugia e uno in rappresentanza dei Comuni della provincia di Terni;
h) un rappresentante designato dalla Unione province italiane, sezione regionale;
i) sette rappresentanti designati rispettivamente dalla Caritas regionale umbra, da Amnesty International - sezione regionale umbra, dalla Lega per i diritti e la liberazione dei popoli - sezione regionale umbra, dal Centro internazionale di accoglienza di Perugia, dal Centro di informazione documentazione iniziativa per lo sviluppo di Perugia, dall'Organizzazione solidarietà internazionale di Perugia e dal Centro internazionale per la pace fra i popoli di Assisi;
l) quattro rappresentanti designati dalle associazioni del tempo libero e della cultura maggiormente rappresentative a livello regionale;
m) un rappresentante designato dall'Università italiana per stranieri;
n) un rappresentante designato dall'Università degli studi di Perugia;
o) un rappresentante designato dall'Ente regionale di gestione dei servizi per il diritto allo studio universitario;
p) un rappresentante designato dal Centro sociale dell'Università italiana per stranieri;
q) due rappresentanti designati rispettivamente dai Provveditori agli studi di Perugia e Terni;
r) due rappresentanti designati dall'Ufficio regionale del lavoro e della massima occupazione;
s) un rappresentante designato dall'Istituto regionale di ricerche economiche e sociali;
t) un rappresentante del Centro per la realizzazione della parità e pari opportunità fra uomo e donna.
La Consulta regionale immigrazione è ricostituita ad ogni legislatura regionale e dura in carica sino alla scadenza del Consiglio regionale.
La Regione Umbria, Servizio Programmazione e sviluppo della rete dei servizi sociali e integrazione socio-sanitaria, in attuazione della Legge regionale n.18/1990, ha avviato la ricostituzione di tale organismo tecnico consultivo e ha acquisito, dagli enti membri di diritto previsti dall’art.3, comma 2, lettere h), i), m) n), o), p), q), r), s), t), i nominativi dei rispettivi rappresentanti (effettivo e supplente).
Si rende ora opportuno giungere al completamento della composizione Consulta regionale immigrazione mediante l’individuazione degli enti e organismi elencati alle lettere b), c), d), e), g), l) dell’art.3 della legge regionale n. 18/1990 come di seguito riportati:
□□dodici **associazioni** di cittadini provenienti da Paesi non comunitari operanti in Umbria.
Le suddette associazioni saranno individuate sulla base della loro rappresentatività con riferimento al numero complessivo degli aderenti ed in modo da garantire, ove possibile, un'adeguata presenza nella Consulta di tutte le grandi aree geografico – culturali extracomunitarie;

□□**tre rappresentanti designati dalle organizzazioni sindacali** maggiormente rappresentative a livello regionale;
□□**quattro rappresentanti designati dai patronati** maggiormente rappresentativi a livello regionale che si occupano dell'assistenza ai lavoratori extracomunitari;
□□**quattro rappresentanti designati dalle organizzazioni regionali degli industriali, degli artigiani, dei commercianti e degli agricoltori**;
□□**due rappresentanti designati dalle consulte locali**, di cui uno in rappresentanza dei Comuni della provincia di Perugia e uno in rappresentanza dei Comuni della provincia di Terni;
□□**quattro rappresentanti designati dalle associazioni del tempo libero e della cultura** maggiormente rappresentative a livello regionale.
Per quanto sopra, **con il presente avviso regionale,** rivolto alle sopra riportate tipologie di Enti ed organismi associativi, la Regione Umbria, Servizio Programmazione e sviluppo della rete dei servizi sociali e integrazione socio-sanitaria indice apposita **selezione comparativa per la individuazione degli organismi** elencati alle lettere b), c), d), e), g), l) dell'art.3 della legge regionale n. 18/1990 e finalizzata alla **ricomposizione** della Consulta regionale immigrazione di cui all'art. 3 comma 2 della L.R.n.18/1990. L'avviso viene approvato in rispetto dei principi della Legge 241/1990.
Agli Enti ed organismi che saranno individuati a seguito della presente selezione comparativa sarà, successivamente, richiesto di indicare il proprio rappresentante effettivo e il proprio rappresentante supplente in seno alla Consulta specificando che la partecipazione a tale organismo previsto dalla L.R.18/1990 è svolta a titolo gratuito e senza rimborsi spese.
Il presente avviso reca, oltre ai criteri di selezione, la fissazione di un termine per la presentazione delle candidature. Tale termine è fissato tenendo conto dell'urgenza di provvedere all'acquisizione delle predette candidature al fine di giungere alla ricostituzione della Consulta regionale immigrazione.

2. SOGGETTI AMMESSI ALLA PRESENTAZIONE DELLA CANDIDATURA

Ai fini della partecipazione al presente avviso regionale, **sono, pertanto, ammessi a presentare la propria candidatura** i seguenti Enti e Organismi:
□□Associazioni di cittadini provenienti da Paesi non comunitari aventi sede ed operanti in Umbria (art.3 comma 2, lett. b);
□□Organismi **sindacali** (art.3 comma 2, lett. c);
□□**Patronati** (art.3 comma 2, lett. d);
□□**Organismi datoriali degli industriali, degli artigiani, dei commercianti e degli agricoltori** (art.3 comma 2, lett. e);
□□**Consulte comunali locali formalmente costituite ed operanti** (art.3 comma 2, lett. g). La candidatura deve essere presentata in tale caso dal Presidente della consulta comunale;
□□**Associazioni del tempo libero e della cultura** (art.3 comma 2, lett. l);
La presentazione della candidatura in risposta al presente avviso dovrà avvenire mediante la presentazione della modulistica allegata al presente avviso debitamente compilata e sottoscritta dal Legale Rappresentante.

3. REQUISITI MINIMI DI PARTECIPAZIONE RICHIESTI

Per presentare validamente la propria candidatura **gli Enti e Organismi rientranti nelle categorie di cui al punto 2 del presente avviso devono possedere i seguenti requisiti, maturati alla data di scadenza del termine per la presentazione delle candidature:**
- **requisiti di onorabilità** consistenti:
a) nel non essere incorsi, nei due anni precedenti, nei provvedimenti previsti dall'art. 44 del D.Lgs.286/1998 in relazione all'art.43 dello stesso T.U. Immigrazione per gravi comportamenti ed atti discriminatori;
- **requisiti costitutivi** consistenti in un atto costitutivo ed in uno statuto, nonché la documentazione ritenuta utile dal candidato ai fini della corretta individuazione del organismo, con particolare riferimento alla sua natura giuridica e all'oggetto sociale.

4. MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE

La candidatura deve essere inviata - a scelta del candidato – via **PEC al seguente indirizzo** regione.giunta@postacert.umbria.it (in questo caso l'istanza di candidatura e il curriculum dell'ente/organismo candidato dovranno essere firmati digitalmente) **oppure per posta, a mano o a mezzo corriere** (consegnata presso il *front office* situato al Piano terra della sotto indicata sede). In questo caso la ricezione delle candidature avviene nei soli seguenti orari:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13.00;
- il martedì ed il mercoledì dalle ore 15.00 alle ore 17.00.

La candidatura deve essere trasmessa a:

Regione Umbria, Servizio Programmazione e sviluppo della rete dei servizi sociali e integrazione socio-sanitaria (Palazzo Broletto – Via Mario Angeloni, 61 – 06124 Perugia)

e **pervenire entro il seguente termine perentorio, previsto a pena di esclusione**:

ORE 12.00 DEL GIORNO 18 dicembre 2017

Oltre il predetto termine non sarà ritenuta ammissibile alcuna istanza di candidatura anche se sostitutiva od aggiuntiva ad una istanza precedente.

L'Amministrazione regionale non assume alcuna responsabilità per eventuali disguidi nella trasmissione della candidatura imputabili a fatti di terzi, al caso fortuito o a forza maggiore.

L'Amministrazione regionale si riserva la facoltà di richiedere chiarimenti sulla documentazione presentata ai fini della candidatura.

In caso di trasmissione cartacea della candidature il candidato dovrà presentare un plico adeguatamente sigillato con nastro adesivo o altro materiale idoneo a garantire l'integrità. Il plico dovrà riportare all'esterno la ragione sociale del candidato unitamente all'indirizzo, codice fiscale, numero di telefono, fax, email e pec (ove posseduta).

La PEC dovrà riportare il seguente oggetto come pure il plico cartaceo sigillato il quale dovrà riportare all'esterno la seguente dicitura:

"ISTANZA DI CANDIDATURA - Consulta regionale immigrazione, di cui all'art. 3 della legge regionale n. 18/1990"

In caso di trasmissione telematica via PEC, l'oggetto della PEC dovrà riportare la suddetta dicitura.

L'istanza di candidatura dovrà contenere:

1. Documentazione Amministrativa;
2. Curriculum dell'ente/organismo che si candida.

Tutta la documentazione prodotta dovrà essere sottoscritta dal legale rappresentante.

1. La Documentazione Amministrativa dovrà essere composta da:

a) istanza di candidatura, mediante compilazione del modello riportato in allegato al presente avviso **all'Allegato 1),** munita di apposito bollo, sottoscritta dal legale rappresentante dell'organismo proponente e correlativa dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi degli articoli 46 e 47 e per gli effetti di cui agli articoli 75 e 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, contenente:

- i dati identificativi dell'organismo;
- la dichiarazione di non essere incorso, nei due anni precedenti, nei provvedimenti previsti dall'art. 44 del D.Lgs.286/1998 in relazione all'art.43 dello stesso T.U. Immigrazione per gravi comportamenti ed atti discriminatori;

b) copia di un documento d'identità del sottoscrittore Rappresentante Legale in corso di validità;

c) copia dell'Atto costitutivo e dello Statuto, nonché la documentazione ritenuta utile dal candidato ai fini della corretta individuazione del soggetto, con particolare riferimento alla sua natura giuridica e all'oggetto sociale.

2. Il Curriculum dell'Ente/organismo proponente, contenente informazioni dettagliate sul numero degli iscritti e loro provenienza, sedi territoriali attive in Umbria, l'elenco delle attività, interventi e dei progetti realizzati nell'area dell'immigrazione, integrazione e accoglienza dei

migranti, tendenti a evidenziare la capacità di interrelazione con il territorio regionale che il candidato ritiene opportuno segnalare. Il Curriculum deve essere **redatto utilizzando il modello riportato in allegato al presente avviso all'Allegato 2**.

Il Curriculum dovrà essere sottoscritto dal Legale rappresentante e dovrà contenere la descrizione dell'organismo, con particolare riferimento a:

- numero totale degli iscritti nei registri dell'ente/organismo;
- numero totale degli iscritti nei registri dell'ente/organismo di nazionalità non italiana con indicazione delle aree geografico-culturali di provenienza;
- articolazione territoriale: numero delle sedi regionali con indicazione dei comuni dove è attiva ed operante la sede;
- progetti e interventi realizzati: numero/elenco illustrativo dei progetti e degli interventi realizzati a livello locale, regionale, nazionale o transnazionale inerenti la tematica della immigrazione, integrazione e accoglienza dei migranti che si ritiene opportuno segnalare, secondo lo schema reso disponibile all'all.2 curriculum.

La valutazione delle candidature e la selezione dei candidati secondo quanto dettagliato all'art. 1 del presente avviso avverrà in maniera comparativa, ad insindacabile giudizio della Commissione a tal fine incaricata dall'Amministrazione regionale, a seguito dell'attribuzione dei punteggi effettuata in base alla griglia di valutazione indicata nella **Tabella per la valutazione di merito** riportata al punto 7 del presente Avviso regionale.

5. COMMISSIONE di VALUTAZIONE

A seguito della ricezione delle candidature, preliminarmente l'Amministrazione regionale valuterà la regolarità formale delle candidature e la corrispondenza con i requisiti richiesti dal presente avviso regionale.

Successivamente, la commissione valuterà le candidature presentate nei termini ed ammissibili, applicando i criteri di valutazione ed i criteri motivazionali riportati nel presente avviso regionale.

All'esito delle predette operazioni la commissione procederà alla redazione della graduatoria di merito e all'individuazione degli enti ed organismi ritenuti idonei.

Tutte le operazioni relative alla presente procedura saranno verbalizzate e l'Amministrazione regionale provvederà a comunicare a tutti i candidati l'esito della valutazione, approvata con apposita determinazione dirigenziale.

All'esito della valutazione del merito la graduatoria sarà altresì pubblicata sul sito dell'Amministrazione regionale nella sezione Avvisi.

6. AMMISSIBILITÀ FORMALE DELLE CANDIDATURE

La candidatura sarà ritenuta ammissibile se:

- pervenuta entro la data e l'ora di scadenza e secondo le modalità indicate nel presente avviso regionale;
- contenente tutta la documentazione prevista dal presente avviso regionale.

Saranno escluse dalla valutazione di merito le candidature:

- che non rispondono ai requisiti di ammissibilità previsti nel presente avviso regionale;
- pervenute oltre la data e l'ora di scadenza oppure in difformità rispetto alle modalità indicate nel presente avviso regionale;
- carenti di uno o più documenti previsti nel presente avviso regionale.

L'amministrazione regionale si riserva di individuare anche un solo ente nel caso di una sola candidatura valida.

7. VALUTAZIONE DI MERITO DELLE CANDIDATURE

La valutazione comparativa delle istanze ammissibili sarà effettuata dalla Commissione applicando i criteri che di seguito si riportano:

1) **rappresentatività**: numero di iscritti /membri;
2) **territorialità**: capillarità della diffusione dell'ente/organismo

3) **progetti e interventi realizzati**: numero/elenco illustrativo dei progetti e degli interventi realizzati a livello locale, regionale, nazionale o transnazionale coerenti con l'ambito delle politiche per l'immigrazione, l'integrazione e l'accoglienza dei migranti.
L'attribuzione dei punteggi avverrà in base alla seguente griglia di valutazione, ad insindacabile giudizio della Commissione a tal fine incaricata dall'Amministrazione regionale, a seguito dell'attribuzione dei punteggi effettuata in base alla seguente griglia di valutazione:

TABELLA PER LA VALUTAZIONE DI MERITO

Elementi di valutazione

Punteggio attribuibile Criteri

Rappresentatività Max punti 35

Verrà attribuito 1 punto per ogni 10 iscritti di nazionalità italiana.
Verranno attribuiti 2 punti per ogni 10 iscritti di nazionalità non italiana.
Per l'individuazione delle Associazioni di cittadini provenienti da Paesi non comunitari aventi sede ed operanti in Umbria (art.3 comma 2, lett. b) si terrà conto anche dell'area di provenienza degli associati.

Territorialità Max punti 35

Verrà attribuito 1 punto per ogni sede operante sul territorio regionale con indicazione del Comune dove la sede
è attiva.

Progetti e interventi realizzati

Max punti 30

Verranno attribuiti fino a 30 punti valutando:
- il numero dei progetti e interventi realizzati e coerenti con l'ambito delle politiche per l'immigrazione, l'integrazione e l'accoglienza dei migranti;
- ruolo svolto dal candidato (es: soggetto proponente singolo, capofila, partner)
- numero dei partecipanti alle attività;
- eventuali contributi e finanziamenti ricevuti e loro entità;
- attività e interventi direttamente gestiti;

□□Giudizio ottimo: punti 30
□□Giudizio buono: punti 15
□□Giudizio sufficiente: punti 5
□□Giudizio insufficiente: punti 0

PUNTEGGIO totale massimo 100

La Commissione, nei limiti dei punteggi massimi attribuibili – come sopra descritti – procederà ad assegnare il punteggio, all'unanimità, a ciascuna candidatura tenendo conto dei criteri motivazionali indicati nella sopra riportata "Tabella per la valutazione di merito".

8. PUBBLICITÀ

Del presente avviso regionale sarà data pubblicità attraverso la sua pubblicazione sul sito internet dell'Amministrazione regionale nella sezione Avvisi.
All'esito della valutazione del merito sarà redatta una graduatoria che sarà pubblicata sul sito dell'Amministrazione regionale nella sezione Avvisi.

9. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il responsabile del procedimento è il Dirigente del Servizio Programmazione e sviluppo della rete dei servizi sociali e integrazione socio-sanitaria, Dott. Alessandro Maria Vestrelli, email: avestrelli@regione.umbria.it , fax 075.504.5569, PEC: regione.giunta@postacert.umbria.it
Informazioni possono essere richieste alla Dr.ssa Eleonora Bigi: ebigi@regione.umbria.it

10. FORO COMPETENTE

Per qualunque controversia derivante o connessa al presente Avviso è competente in via esclusiva il Foro di Perugia.

11. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Tutti i dati personali di cui l'Amministrazione regionale venga in possesso in occasione del presente procedimento verranno trattati nel rispetto dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003.

VENETO

DGR 7.11. 17, n. 1776 - Sostituzione partner progettuale progetto "asis - accompagnamento scolastico all'integrazione sociale" a valere sull'obiettivo specifico 2 integrazione e migrazione legale del fondo europeo fondo asilo migrazione e integrazione fami 2014-2020, cup h19d17000560007. approvazione schema di addendum alla convenzione di paternariato.(BUR n. 112 del 20.11.17)

Note

Nell'ambito del progetto "ASIS – Accompagnamento scolastico all'integrazione sociale", volto a favorire l'inclusione sociale dei giovani immigrati e a contrastare il fenomeno della dispersione scolastica, finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali a valere sul Fondo Europeo Fondo Asilo Migrazione e Integrazione FAMI 2014-2020, avviato con D.G.R. 871 del 13 giugno 2017 si sostituisce il partner progettuale IC 11 Verona Borgo Roma Ovest con il partner Istituto Comprensivo n.6 – Chievo – Bassona – Borgo Nuovo.

ADDENDUM ALLA CONVENZIONE DI PARTENARIATO PER LA REALIZZAZIONE DELPROGETTO "ASIS – ACCOMPAGNAMENTO SCOLASTICO ALL'INTEGRAZIONE SOCIALE"(COD. 1278). FONDO ASILO MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) CUPH19D17000560007.

TRA IL CAPOFILA

Regione del Veneto con sede in Palazzo Balbi, Dorsoduro 3901, Venezia, P. IVA 02392630279, rappresentata da _____la quale agisce in questo atto nella veste di Direttore pro tempore della U.O. Flussi Migratori in attuazione della D.G.R. n. 1105 del 29 giugno 2016;

E IL PARTNER

Istituto Comprensivo n. 6 – Chievo – Bassona – Borgo Nuovo con sede in - Via Puglie, 7/E – 37139 Verona (VR), Codice Fiscale 93184850233, rappresentato da _____, domiciliato ai fini della presente Convenzione presso la sede suddetta, il quale agisce in questo atto nella sua qualità di Dirigente e legale rappresentante;

PREMESSO CHE

a) Con Decreto prot. n. 1/2016 del 15/04/2016, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione, in qualità di Autorità Delegata FAMI (di seguito A.D. FAMI), ha adottato un avviso pubblico per la presentazione di progetti a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – Obiettivo specifico 2 Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo nazionale 2 Integrazione – Qualificazione del sistema scolastico in contesti multiculturali, anche attraverso azioni di contrasto alla dispersione scolastica lett. c).

b) A tale avviso, la Regione del Veneto, per il tramite della allora Sezione Flussi Migratori (di seguito il Capofila) e in partenariato con le seguenti scuole: CPIA di Padova, I.C. 1 Martini di Treviso, I.C. 3 Belluno, I.I.S. "E. De Amicis" di Rovigo, I.P.S.C. Cesare Musatti di Dolo (VE), I.C. 11 Verona Borgo Roma Ovest e il Liceo Ginnasio "G.B. Brocchi" di Bassano del Grappa (VI), nonché con il proprio ente strumentale Veneto Lavoro, ha aderito presentando il progetto "ASIS - accompagnamento scolastico all'integrazione sociale (COD. 1278)" (di seguito il Progetto);

c) con Decreto prot. n. 4305 del 21 dicembre 2016 l'A.D. FAMI ha approvato l'elenco dei progetti ammessi a finanziamento, tra i quali il succitato Progetto ASIS;

d) in data 05 aprile 2017 la Regione del Veneto, U.O. Flussi Migratori, ha sottoscritto la Convenzione di Sovvenzione con l'A.D. FAMI (di seguito Convenzione di Sovvenzione), a cui si fa integralmente rinvio;
e) con Delibera n. 871 del 13.06.2017 la Giunta Regionale ha approvato la stipula di una convenzione tra il Capofila e i Partner di progetto successivamente sottoscritta da tutti i partner;
f) il partner progettuale Istituto I.C. n.11 Borgo Roma Ovest Verona, in qualità di capofila di una rete di Istituti scolastici veronesi, c.d. rete TanteTinte, ha comunicato, con nota del 12 luglio 2017, che la gestione della stessa Rete TanteTinte sarebbe stata presa in carico dall'Istituto Comprensivo n. 6 – Chievo – Bassona – Borgo Nuovo, chiedendo contestualmente una modificaal partenariato di progetto senza alcuna incidenza sulle attività progettuali;
g) la richiesta di modifica del partenariato, trasmessa dal Capofila all'Autorità Delegata con nota prot. 0303664 del 25.07.2017, è stata accolta dall'A.D. con nota prot. 2650 del 28.07.2017;
h) in data 29.09.2017 è stato sottoscritto il relativo accordo modificativo Convenzione di sovvenzione FAMI tra l'Autorità Delegata ed il Capofila;
i) che l'art. 18 "Modifiche**"** della Convenzione sottoscritta dai Partner progettuali stabilisce che "la presente Convenzione costituisce la manifestazione integrale delle intese raggiunte e potrà essere modificata o integrata esclusivamente per atto scritto (vedi art. 24 "Accordi ulteriori" della Convenzione di Sovvenzione, che si applica per quanto non disciplinato nel presente articolo)".
j) Che con D.G.R. n. _____ del _____ la Giunta Regionale ha approvato la stipula di un addendum alla convenzione di partenariato tra il Capofila e il nuovo Partner di progetto, autorizzando il Direttore pro tempore della U.O. Flussi Migratori alla sottoscrizione della stessa.

TUTTO CIÒ PREMESSO SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1

Le premesse fanno parte integrante e sostanziale della presente Convenzione.

Art. 2

Le parti concordano quanto segue:
L'Istituto Comprensivo n. 6 – Chievo – Bassona – Borgo Nuovo subentra in qualità di partner nel progetto ASIS in luogo dell'istituto I.C. n.11 Borgo Roma Ovest Verona, succedendo a tutti i rapporti attivi e passivi assunti o da assumere da parte di quest'ultimo nell'ambito e in ragione del progetto stesso.
L'istituto Comprensivo n. 6 – Chievo – Bassona – Borgo Nuovo accetta in toto le disposizioni di cui alla Convenzione di partenariato, già sottoscritta dal Capofila e dagli altri Partner di progetto (ivi incluso il partner uscente): CPIA di Padova, I.C. 1 Martini di Treviso, I.C. 3 Belluno, I.I.S. E. De Amicis di Rovigo, I.P.S.C. Cesare Musatti di Dolo (VE), I.C. 11 Verona Borgo Roma Ovest, Liceo Ginnasio G.B. Brocchi di Bassano del Grappa (VI), nel testo che viene allegato al presente atto, sottoscritto tra il nuovo partner Istituto Comprensivo n. 6 – Chievo – Bassona – Borgo Nuovo e la Regione del Veneto, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.
Ogni riferimento all'Istituto I.C. n.11 Borgo Roma Ovest Verona, contenuto nella citata Convenzione di partenariato va inteso come riferito all'Istituto Comprensivo n. 6 – Chievo – Bassona – Borgo Nuovo.

Art. 3

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

Art. 4

Le parti dichiarano di aver letto il presente Accordo convenzionale composto da 4 articoli e di accettarne i termini e le condizioni.
Venezia, lì_____
Letto, approvato e sottoscritto,
per la Regione del Veneto, U. O. Flussi Migratori

_____
per l'Istituto Comprensivo n.6 – Chievo – Bassona – Borgo Nuovo

CONVENZIONE DI PARTENARIATO PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "ASIS– ACCOMPAGNAMENTO SCOLASTICO ALL'INTEGRAZIONE SOCIALE" (COD. 1278).
FONDO ASILO MIGRAZIONE ED INTEGRAZIONE (FAMI) CUP H19D17000560007.
TRA IL CAPOFILA
Regione del Veneto con sede in Palazzo Balbi, Dorsoduro 3901, Venezia, P. IVA 02392630279, rappresentata da _____la quale agisce in questo atto nella veste di Direttore pro tempore della U.O. Flussi Migratori in attuazione della D.G.R. n. 1105 del 29 giugno 2016;
E I PARTNER
Veneto Lavoro con sede in Venezia Mestre, Via Cà Marcello n. 67/B, Codice Fiscale e P. I.V.A. 03180130274, rappresentato da _____domiciliato ai fini della presente Convenzione presso la sede suddetta, il quale agisce in questo atto nella sua qualità di Direttore e legale rappresentante dell'Ente Regionale Veneto Lavoro.;
CPIA di Padova con sede in Padova, Via Dorighello n.16, Codice Fiscale 92271980283, rappresentato da_____, domiciliato ai fini della presente Convenzione presso la sede suddetta, il quale agisce in questo atto nella sua qualità di Dirigente e legale rappresentante;
IC 11 Verona Borgo Roma Ovest con sede in Verona, Via Udine n.2, Codice Fiscale 93185230237, rappresentato da_____, domiciliato ai fini della presente Convenzione presso la sede suddetta, il quale agisce in questo atto nella sua qualità di Dirigente e legale rappresentante;
I.C. 1 Martini di Treviso con sede in Treviso, Via Rapisardi n.1, Codice Fiscale 94136050260, rappresentato da_____, domiciliato ai fini della presente Convenzione presso la sede suddetta, il quale agisce in questo atto nella sua qualità di Dirigente e legale rappresentante;
Liceo Ginnasio "G.B. Brocchi" con sede in Bassano del Grappa, Viale XI Febbraio n.65, Codice Fiscale 82002770244, rappresentato da_____, domiciliato ai fini della presente Convenzione presso la sede suddetta, il quale agisce in questo atto nella sua qualità di Dirigente e legale rappresentante;
I.C. 3 Belluno con sede in Belluno, Via San Cipriano 17, Codice Fiscale 93049120251,rappresentato da_____, domiciliato ai fini della presente Convenzione presso la sede suddetta,il quale agisce in questo atto nella sua qualità di Dirigente e legale rappresentante;
I.P.S.C. Cesare Musatti con sede in Dolo, Via Rinascita 3, Codice Fiscale 90019790279,rappresentato da_____, domiciliato ai fini della presente Convenzione presso la sede suddetta,il quale agisce in questo atto nella sua qualità di Dirigente e legale rappresentante;
I.I.S. "E. De Amicis" con sede in Rovigo, Via C. Parenzo 16, Codice Fiscale 93028770290,rappresentato da_____, domiciliato ai fini della presente Convenzione presso la sede suddetta,il quale agisce in questo atto nella sua qualità di Dirigente e legale rappresentante;
PREMESSO CHE
k) la presente Convenzione è stipulata nel rispetto del Regolamento (UE) n. 514/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014 che istituisce il Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020 come integrato dal Regolamento delegato (UE) n. 1042/2014della Commissione, del 25 luglio 2014;
l) con Delibera n 2243 del 6 novembre 2012 la Giunta Regionale ha autorizzato la allora Sezione Flussi Migratori a partecipare in qualità di Capofila o di Partner alla realizzazione di specifiche progettualità a valere sui fondi europei previsti nell'ambito del programma generale "Solidarietàe gestione dei flussi migratori", nonché alla sottoscrizione della relativa documentazione;
m) con Decreto prot. n. 1/2016 del 15/04/2016, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - la Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione, in qualità di Autorità Delegata FAMI (di seguito A.D. FAMI), ha adottato un avviso pubblico per la presentazione di progetti a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – Obiettivo specifico

2Integrazione/Migrazione legale – Obiettivo nazionale 2 Integrazione – Qualificazione del sistema scolastico in contesti multiculturali, anche attraverso azioni di contrasto alla dispersione scolastica lett. c). A tale avviso la Regione del Veneto, per il tramite della allora Sezione Flussi Migratori (di seguito il Capofila) e in partenariato con le scuole sovra citate, ha aderito presentando il progetto "ASIS - accompagnamento scolastico all'integrazione sociale (COD.1278)" (di seguito il Progetto);
n) con Decreto prot. n. 4305 del 21 dicembre 2016 l'A.D. FAMI ha approvato l'elenco dei progetti ammessi a finanziamento, tra i quali il succitato Progetto presentato in qualità di capofila dall'U.O. Flussi Migratori della Regione del Veneto;
o) in data 05 aprile 2017 la Regione del Veneto, U.O. Flussi Migratori, ha sottoscritto la Convenzione di Sovvenzione con l'A.D. FAMI (di seguito Convenzione di Sovvenzione), a cui si fa integralmente rinvio;
p) con Delibera n. _____ del _____ la Giunta Regionale ha approvato la stipula di una convenzione tra il Capofila e i Partner di progetto autorizzando il Direttore pro tempore della U.O. Flussi Migratori alla sottoscrizione della stessa.

TUTTO CIÒ PREMESSO SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 Premessa

Le premesse fanno parte integrante e sostanziale della presente Convenzione.

Art. 2 Compiti e responsabilità dei Partner

I Partner concordano quanto segue:
− il Capofila è responsabile di tutte le operazioni indicate nella Convenzione di Sovvenzione, nonché del coordinamento e della gestione finanziaria del Progetto. Esso è l'unico referente nei confronti dell'A.D. FAMI per quanto riguarda la realizzazione del Progetto;
− i Partner sono responsabili dell'esatta ed integrale esecuzione delle attività progettuali di spettanza, così come indicato nella Convenzione di Sovvenzione.

Il Capofila e i Partner parteciperanno attivamente ad ogni fase del Progetto, per quanto di competenza.
La Regione del Veneto, U.O. Flussi Migratori, in qualità di Capofila e di unico responsabile - referente nei confronti degli organi di gestione del FAMI, assicurerà una corretta ed organica gestione degli aspetti tecnici e finanziari del Progetto, e svolgerà il ruolo di coordinatore generale delle diverse attività progettuali programmate. Ciò comporta responsabilità specifiche, dettagliate nella Convenzione di Sovvenzione.
Ai fini della corretta rendicontazione delle spese e dell'inoltro delle richieste di rimborso all'A.D.FAMI, il Capofila individuerà un Revisore contabile indipendente per la verifica e la certificazione delle spese sostenute. Il capofila individuerà inoltre un esperto di monitoraggio e valutazionee sterno che attesti la correttezza di tutte le procedure di affidamento incarico/appalto avviate nell'ambito della realizzazione del Progetto. Il Partner Veneto Lavoro individuerà un esperto legale esterno per la verifica di tutte le procedure di affidamento di servizi, lavori e incarichi individuali.
Il Capofila garantisce la diffusione dei risultati del Progetto, attenendosi alle regole di pubblicità del Fondo ed eventuali disposizioni dettate dall'A.D. FAMI.

Art. 3 Oggetto

La presente Convenzione definisce e regolamenta i rapporti di partenariato per la realizzazione del Progetto, il cui obiettivo generale è quello di favorire l'inclusione sociale dei giovani immigrati e di contrastare il fenomeno della dispersione scolastica. Per tale fine, le attività previste nel progetto punteranno a fornire gli strumenti necessari a portare avanti un percorso formativo positivo e ad effettuare scelte consapevoli rispetto al futuro, coinvolgendo anche le famiglie.

Art. 4 Articolazione del Progetto

Le fasi di intervento e le attività previste dal Progetto, dettagliatamente illustrate nella scheda progettuale approvata, sono:
− Azione 1. Laboratori di Italiano L2 e corsi di recupero: attività in capo alle scuole Partner.

Saranno attivati 270 laboratori di italiano di Lingua 2, per alunni di cittadinanza extra UE, organizzati come corsi di recupero.

−□Azione 2. Laboratori di animazione teatrale: attività in capo alle scuole Partner. Saranno attivati24 laboratori di animazione teatrale, finalizzati all'educazione interculturale, all'educazione alla convivenza civile, nonché al contrasto alle discriminazioni e alla prevenzione della dispersione scolastica.

−□Azione 3. Incontri informativi/formativi per le famiglie: attività in capo alle scuole Partner.

Saranno realizzati incontri informativi/formativi, per i genitori degli alunni coinvolti nel progetto, su tematiche riguardanti l'accoglienza, l'intercultura e la comunicazione scuola/famiglia. Gli incontri saranno condotti da un docente esperto della tematica in ciascuna scuola interessata.

−□Azione 4. Sportelli informativi di rete: attività in capo alle scuole Partner. Saranno realizzati 7sportelli informativi di rete tra le varie scuole del territorio di orientamento per studenti, famiglie e insegnanti, con l'obbiettivo di supportare le scelte scolastiche e professionali.

−□Azione 5. Letteratura migrante: attività in capo a Veneto Lavoro. Tali servizi porteranno alla promozione di modelli positivi volti all'inserimento socio – culturale per i giovani immigrati.

o Azione 5.1. Si intendono realizzare una serie di incontri con scrittori immigrati o di seconda generazione rivolti agli allievi degli istituti scolastici secondari di primo e di secondo grado, nonché alle famiglie.

o Azione 5.2. Si realizzerà un concorso letterario rivolto agli studenti di cittadinanza extra–Ue e italiani, che servirà per redigere una raccolta di testi che verranno pubblicati in un volume antologico, sia cartaceo, sia digitale.

−□Azione 6. Orientamento mirato per alunni e famiglie: attività in capo a Veneto Lavoro. Supporto alla corretta scelta scolastica:

o Azione 6.1. Realizzazione materiale informativo multilingue per le famiglie volto all'orientamento scolastico degli alunni.

o Azione 6.2. Ricerca sui bisogni generali e specifichi di orientamento scolastico e formativo dei giovani immigrati residenti in Veneto.

o Azione 6.3. Orientamento scuola – lavoro.

−□Azione 7. Servizi territoriali per l'integrazione scolastica, realizzato dalle Conferenze dei Sindaci: attività in capo alla Regione del Veneto.

o Azione 7.1. Servizio di mediazione linguistica – culturale come supporto per l'accoglienza e l'inserimento scolastico degli alunni immigrati.

o Azione 7.2. laboratori sperimentali di sostegno allo studio.

−□Azione 8. Monitoraggio e valutazione: attività in capo alla Regione del Veneto. Azione volta al miglioramento delle qualità organizzative e contenutistiche dei servizi offerti.

−□Azione 9. Coordinamento e gestione del progetto per tutta la durata dello stesso: attività in capo alla Regione Veneto in quanto Capofila del progetto. .

Tutti i Partner dovranno comunque concorrere al coordinamento ed alla gestione delle attività del Progetto, secondo il proprio ruolo e responsabilità.

Art. 5 Durata

La presente Convenzione avrà validità dalla data di sottoscrizione fino al 31 dicembre 2018 e comunque resta valida ed efficace fino all'esatto ed integrale adempimento di tutte le obbligazioni contrattuali qui disciplinate.

Art. 6 Obblighi dei Partner di progetto

Il Capofila e i Partner si impegnano a realizzare gli interventi in modo coerente con quanto previsto dal Progetto ammesso al finanziamento, nel rispetto di tutte le prescrizioni contenute nell'Avviso, nella Convenzione di Sovvenzione e nella presente Convenzione.

I Partner devono attenersi ai doveri e agli obblighi di seguito descritti:

□□accettare le regole e gli obblighi stabiliti nella Convenzione di Sovvenzione e nei suoi allegati, con particolare riguardo alla parte di competenza;

□□realizzare la parte progettuale di competenza nel rispetto degli obblighi derivanti dall'ammissione del Progetto a contributo;
□□rispettare le regole di ammissibilità delle spese contenute nel manuale redatto dalla Commissione ed attenersi alle indicazioni dell'A.D. FAMI in merito;
□□impegnarsi a tenere una contabilità separata per tutte le transazioni finanziarie relative alla realizzazione del Progetto;
□□fornire al Capofila i dati richiesti per il monitoraggio dell'attuazione finanziaria, fisica e procedurale del Progetto nei tempi utili per garantire il rispetto della tempistica stabilita dallaA.D. FAMI;
□□portare immediatamente a conoscenza del Capofila ogni evento di cui vengano a conoscenza che attenga alla realizzazione del Progetto o che possa creare ritardi o ostacoli nell'esecuzione dello stesso;
□□informare preventivamente il Capofila delle eventuali richieste di modifica al budget di progetto.

Art. 7 Piano finanziario

Il piano finanziario del Progetto ammonta complessivamente a € 1.315.000,00 di cui:
□□Quota comunitaria € 657.500,00
□□Cofinanziamento statale € 657.500,00
Le risorse del piano finanziario di Progetto saranno ripartite tra i Partner e il Capofila, secondo quanto stabilito nel budget finanziario approvato dall'Autorità Delegata, come segue:
−□Regione del Veneto, U.O. Flussi Migratori € 238.364,00, di cui contributo comunitario €119.182,00 e contributo nazionale € 119.182,00;
−□Veneto Lavoro € 476.636,00, di cui contributo comunitario € 238.318,00 e contributo nazionale € 238.318,00;
−□CPIA di Padova € 100.000,00 di cui contributo comunitario € 50.000,00 e contributo nazionale € 50.000,00;
−□IC 11 Verona Borgo Roma Ovest € 100.000,00, di cui contributo comunitario € 50.000,00 e contributo nazionale € 50.000,00;
−□I.C. 1 Martini di Treviso € 100.000,00, di cui contributo comunitario € 50.000,00 e contributo nazionale € 50.000,00;
−□Liceo Ginnasio € 100.000,00, di cui contributo comunitario € 50.000,00 e contributo nazionale € 50.000,00;
−□I.C. 3 Belluno € 50.000,00, di cui contributo comunitario € 25.000,00 e contributo nazionale €25.000,00;
−□I.P.S.C. Cesare Musatti di Dolo € 100.000,00 di cui contributo comunitario € 50.000,00 e contributo nazionale € 50.000,00;
−□I.S.S. "E. De Amicis € 50.000,00, di cui contributo comunitario € 25.000,00 e contributo nazionale € 25.000,00;
Il piano finanziario approvato dall'A.D FAMI può essere modificato, presentando trimestralmente al massimo una rimodulazione di budget e comunque l'ultima rimodulazione dovrà essere trasmessa all'A.R. FAMI entro e non oltre 30 giorni di calendario precedenti alla chiusura del progetto, fissata al 30 settembre 2018. Il piano finanziario finale non potrà discostarsi, rispetto a quello originariamente approvato, per una quota maggiore del 30%. Ai fini del calcolo del 30%concorreranno tutte le modifiche apportate durante il periodo di attuazione del progetto.
Ogni proposta di modifica dovrà essere motivata e richiesta, prima che possa produrre qualsivoglia effetto, da ciascun Partner in accordo con il Capofila e dovrà essere approvata specificata mente dall'A.D. FAMI, secondo quanto stabilito dall'art. 8.5 della Convenzione di Sovvenzione.
L'A.D. FAMI provvederà, a seguito della stipula della Convenzione di Sovvenzione e della richiesta di anticipo da parte della Regione del Veneto, ad erogare un prefinanziamento al Capofila.
Il Capofila, a seguito della sottoscrizione della presente Convenzione e previa richiesta formale dei Partner, si impegna a sua volta a corrispondere un ammontare di prefinanziamento ai Partner nella

stessa percentuale di contributo ricevuta dall'A.D. FAMI, compatibilmente con le regole e la tempistica delle contabilità regionale.
Il Capofila entro il 31 dicembre 2017, dovrà presentare all'A.D. FAMI una domanda di rimborso intermedio obbligatorio non superiore al 30% dell'importo finanziato che risulta dal budget approvato, sulla base delle spese rendicontate nella domanda di rimborso stessa e riconosciute ammissibili dall'Autorità Delegata. Eventuali quote rendicontate eccedenti saranno riconosciute in sede di saldo finale.
Il saldo verrà erogato dall'A.D. FAMI al Capofila su presentazione del *Final Assessment.*
Il Capofila rimborserà i Partner *pro quota*, sulla base e nei limiti delle spese validate dall'A.D.FAMI, sia in fase di rendicontazione intermedia, sia finale.
I pagamenti ai Partner saranno subordinati all'accreditamento del finanziamento al Capofila da parte dell'A.D. FAMI e quindi il Capofila non potrà essere ritenuto responsabile di eventuali ritardi nella liquidazione di quanto spettante.
Il progetto non deve essere finanziato da altre fonti del bilancio comunitario o da altri programmi nazionali.

Art. 8 Avanzamento tecnico e finanziario del Progetto

I Partner si impegnano a fornire al Capofila tutte le informazioni necessarie alla redazione dei rapporti di avanzamento tecnico-finanziario e degli altri documenti specifici richiesti dal FAMI. Il Capofila si impegna, a sua volta, ad inviare ai Partner copia dei rapporti di avanzamento tecnico finanziario e degli altri documenti specifici presentati agli organismi di gestione del Fondo.
Il Capofila può richiedere ai Partner informazioni aggiuntive qualora possano essere necessarie o utili per la preparazione di rapporti/documenti o per soddisfare una richiesta di informazioni da parte di organismi autorizzati.
Il Capofila deve mantenere aggiornati i Partner su tutte le comunicazioni intervenute, rilevanti perla corretta realizzazione del Progetto.

Art. 9 Principi di rendicontazione

I Partner si impegnano a tenere una contabilità separata in accordo con le norme comunitari e, nazionali e regionali sulla corretta gestione contabile. Tutta la contabilità deve essere espressa in Euro.
I rapporti di avanzamento tecnico-finanziario e gli altri documenti, inclusa la copia conforme all'originale di tutta la documentazione di spesa, devono essere inviati al Capofila secondo il calendario previsto nella Convenzione di Sovvenzione e dagli altri documenti specifici.
Il Capofila è l'unico responsabile nei confronti dell'A.D. FAMI relativamente alla presentazione delle richieste di rimborso e dei rapporti di avanzamento del Progetto.
Nel caso emerga una non completa conformità alla normativa comunitaria e nazionale dei rapporti di avanzamento del Progetto o l'utilizzo di modelli riepilogativi della spesa non concordati da parte di uno dei Partner, il Capofila deve richiedere al Partner di rielaborare ed aggiornare i suddetti documenti finanziari.
Il sistema finanziario, contabile e di rendicontazione del Capofila e dei Partner deve essere conforme a quanto disposto dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale, nonché alle ulteriori ed eventuali indicazioni previste dal FAMI.
Il Capofila, alla luce di ragionevoli dubbi ed al fine di garantire la congruità con i contenuti dei suddetti documenti, ha il diritto di richiedere ed ottenere dai Partner opportuni chiarimenti ed informazioni più dettagliate. Il Capofila non deve essere quindi essere ritenuto responsabile per eventuali conseguenze negative derivanti da una difforme interpretazione da parte dei Partner delle disposizioni stabilite dall'A.D. FAMI.

Art. 10 Verifica e conservazione dei documenti

I Partner hanno l'obbligo di conservare i documenti richiesti per la verifica dell'attuazione del Progetto e delle spese ammissibili e di renderli disponibili al controllo degli organismi e delle istituzioni competenti.

Il Capofila e i Partner hanno l'obbligo di conservare e archiviare tutti i documenti contabili e tuttigli altri documenti relativi al Progetto, per un periodo di 5 (cinque) anni successivi alla chiusura del Programma ai sensi della normativa Europea vigente.
Salvo il caso in cui la normativa regionale risulti più restrittiva, si applicano le disposizioni contabili e amministrative previste dalla normativa comunitaria e nazionale.
In caso di eventuali variazioni sia della sede ove sono depositati i documenti, sia della sede indicata per lo svolgimento delle attività, dovrà essere data immediata comunicazione scritta al Capofila.

Art. 11 Affidamento di incarichi e subappalto

iascun Partner può affidare a soggetti terzi l'esecuzione di parte delle proprie attività, sotto la propria esclusiva responsabilità.
Per quanto riguarda l'affidamento degli incarichi e la stipulazione dei contratti di appalto si applica l'art. 7 "Affidamento di incarichi o di contratti di appalto/fornitura (ove applicabile)" della Convenzione di Sovvenzione, al quale si fa espresso rinvio.

Art. 12 Tracciabilità dei Flussi Finanziari

Il Capofila e i Partner assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136.

Art. 13 Clausole e protocollo di legalità

I Partner, si impegnano a rispettare tutte le clausole di legalità di cui al Protocollo di legalità sottoscritto dalla Regione del Veneto in data 07 settembre 2015, di durata triennale, ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture e di accettarne incondizionatamente il contenuto e gli effetti.

Art. 14 Sanzioni e Revoche

Al verificarsi di una delle cause specificate all'art. 13 "Sanzioni e revoche" della Convenzione di Sovvenzione, l'A.D. FAMI potrà applicare sanzioni pecuniarie e revocare il contributo, in tutto o in parte, secondo le modalità previste nel citato art. 13.
In tal caso, il Partner responsabile o inadempiente si impegna a restituire all'A.D. FAMI, per il tramite del Capofila, nel termine dalla stessa A.D. FAMI concesso, la somma per quota parte. Ciò fermo restando l'obbligo al risarcimento dei danni.
Per poter definire l'ammontare del suddetto rimborso relativamente ai Partner, e poter pertanto liberare il Capofila da ogni responsabilità nei confronti dell'A.D. FAMI per l'importo complessivo delle risorse già versate, ogni rapporto di avanzamento tecnico-finanziario deve poter dimostrare la corretta ripartizione delle quote finanziarie tra i Partner.

Art. 15 Mancato rispetto degli obblighi o ritardi

Nel caso in cui si presentino eventi che possano determinare criticità e/o costituire impedimento nella realizzazione del Progetto, i Partner hanno l'obbligo di informarne immediatamente il Capofila e di fornirgli tutti i dettagli del caso.
Qualora uno dei Partner sia inadempiente ai propri impegni, il Capofila ha l'obbligo, tramite comunicazione scritta, di richiamarlo al rispetto degli stessi.
Qualora la non osservanza dovesse perpetuarsi, il Capofila potrà decidere di escludere il Partner dal Progetto dando immediata comunicazione scritta al Partner inadempiente all'A.R. FAMI e agli altri Partner. Il Partner escluso sarà obbligato a rifondere al Capofila ogni finanziamento ricevuto qualora le spese sostenute non siano ritenute ammissibili o, qualora siano ritenute ammissibili, non se ne possa provare, alla data di esclusione, l'effettivo utilizzo ai fini della realizzazione del Progetto.
Nel caso in cui la non ottemperanza degli obblighi da parte del Partner determini l'impossibilità di realizzare il Progetto, il Capofila può pretendere, mediante richiesta scritta, il risarcimento deldanno causato.

Art. 16 Trattamento dati personali e riservatezza

Nell'attuazione delle attività di cui alla presente Convenzione le parti si impegnano all'osservanza delle norme e prescrizioni in materia di trattamento dei dati personali nel pieno rispetto di quanto previsto dalla D.Lgs 196/2003 e sue successive integrazioni e modifiche. Ai Partner si applicano le

disposizioni previste negli artt. 14 “Protezione dei dati” e 19 “Riservatezza” della Convenzione di Sovvenzione.

Art. 17 Regole di pubblicità

Ai Partner si applicano le disposizioni previste nell’art. 15 “Regole di pubblicità” e nell’Allegato 1 - Regole di pubblicità del Fondo della Convenzione di Sovvenzione.

Art. 18 Modifiche

La presente Convenzione costituisce la manifestazione integrale delle intese raggiunte e potràessere modificata o integrata esclusivamente per atto scritto (vedi art. 24 “Accordi ulteriori” della Convenzione di Sovvenzione, che si applica per quanto non disciplinato nel presente articolo).

Art. 19 Obblighi di informazione

Il Capofila e i Partner si impegnano a tenersi costantemente e reciprocamente informati su tutto quanto abbia diretta o indiretta relazione con l’attuazione degli impegni derivanti dalla presente Convenzione.

I flussi di corrispondenza tra Capofila e Partner avverranno in forma scritta a mezzo PEC e comunque secondo le vigenti disposizioni di legge.

Art. 20 Controversie

In caso di controversie in ordine all’applicazione delle clausole contenute nella presente Convenzione, le parti si impegnano alla composizione amichevole delle stesse. In caso di esitonegativo, per ogni eventuale controversia è competente il Foro di Venezia.

Art. 21 Disposizioni finali

Per quanto non espressamente previsto nel presente atto, si fa rinvio alla Convenzione di Sovvenzione, parte integrante del presente accordo e che le parti dichiarano di conoscere e di accettare integralmente, nonché alle disposizioni di legge vigenti in materia.

Tutti i dati personali contenuti nel presente atto, inclusa la sua esecuzione, o ad esso inerenti, dovranno essere trattati secondo il vigente Codice della Privacy (Art. 4 D.lgs. 196/03). Tutti i dati saranno trattati dal Capofila esclusivamente per le finalità connesse all’attuazione della presente convenzione.

I Partner, su richiesta scritta, potranno avere accesso ai propri dati personali e correggere ogni informazione incompleta o imprecisa. I Partner potranno inviare ogni richiesta di chiarimento in merito alla gestione dei dati personali, direttamente al Capofila.

Art. 22 (Registrazione)

Le parti concordano di registrare il presente atto unicamente in caso d’uso.

Art. 23 (Sottoscrizione)

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

Art. 24 (Clausola finale)

Le parti dichiarano di aver letto la presente Convenzione composta da 24 articoli e di accettarne itermini e le condizioni.

Venezia, lì_____

Letto, approvato e sottoscritto,

per la Regione del Veneto, U. O. Flussi Migratori

_____

per Veneto Lavoro

_____

per CPIA di Padova,

_____

per l’Istituto Scolastico IC 11 Verona Borgo Roma Ovest,

_____

per l’Istituto Scolastico I.C. 1 Martini di Treviso,

_____
per l'Istituto Scolastico Liceo Ginnasio "G.B. Brocchi",

_____
per l'Istituto Scolastico I.C. 3 Belluno

_____
per l'Istituto Scolastico I.P.S.C. Cesare Musatti

_____
per l'Istituto Scolastico I.I.S. "E. De Amicis"

_____

INTERVENTI ASSISTENZIALI

PUGLIA

L.R. 15.11.17, n. 45 - Interventi a sostegno dei coniugi separati o divorziati che versano in particolari condizioni di disagio economico. (BUR n. 130 del 16.11.17)

Art. 1

Principi e finalità

1. La Regione, in attuazione del disposto di cui agli articoli 2, 29 e 30 della Costituzione, riconosce l'importanza che i ruoli materno e paterno rivestono nelle diverse fasi della crescita dei minori e sostiene il principio del mantenimento di un rapporto equilibrato e continuativo dei figli con entrambi i genitori anche dopo la loro separazione legale ovvero dopo l'annullamento, scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio.

2. Gli interventi di cui alla presente legge sono finalizzati a garantire le condizioni per la prosecuzione di un'esistenza dignitosa, il recupero dell'autonomia abitativa, l'accesso al credito, l'assistenza e mediazione familiare nelle situazioni di fragilità e conflitto familiare, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro per tutelare e svolgere pienamente il ruolo genitoriale.

Art. 2

Destinatari

1. La Regione, in attuazione dell'articolo 1, promuove interventi al fine di garantire ai genitori separati o divorziati, residenti in Puglia da almeno cinque anni, che vengano a trovarsi in situazione di grave difficoltà economica a seguito di pronuncia dell'organo giurisdizionale di assegnazione della casa familiare e dell'obbligo di corrispondere l'assegno di mantenimento all'altro coniuge, le condizioni per svolgere il loro ruolo genitoriale.

2. E' escluso dall'applicazione della presente legge e dalla possibilità di usufruire dei benefici a essa connessi il genitore che sia stato condannato con sentenza passata in giudicato per reati contro la persona, tra cui gli atti persecutori di cui al decreto-legge 23 febbraio 2009, n. 11 (Misure urgenti in materia di sicurezzapubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori) convertito, con modificazioni, dalla legge 23 aprile 2009, n. 38, nonché per i delitti di cui agli articoli 570 e 572 del codice penale.

Art. 3

Azioni regionali

1. Per il conseguimento delle finalità di cui all'articolo 1, la Regione promuove protocolli d'intesa con aziende sanitarie locali, enti locali, istituzioni pubbliche e private, istituti di credito, fondazioni e ogni altro soggetto operante sul territorio regionale a tutela dei minori e a sostegno della genitorialità e realizza, a favore del genitore separato o divorziato in grave difficoltà economica, così come individuato all'articolo 2, specifici interventi di:

a) assistenza e mediazione familiare;

b) sostegno economico;

c) sostegno abitativo.

2. La disponibilità reddituale inferiore o pari al doppio dell'importo stabilito per l'assegno sociale minimo, determinata da pronuncia dell'organo giurisdizionale di assegnazione della casa familiare e

dell'obbligo di corrispondere l'assegno di mantenimento all'altro coniuge e la presenza di figli minori o di figli non autosufficienti ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), costituiscono condizione necessaria per accedere a tutti gli interventi previsti dalla presente legge.

Art. 4

Interventi di assistenza e mediazione familiare

1. La Regione valorizza i consultori pubblici e privati quali centri per la famiglia dedicati alla mediazione familiare, all'orientamento, alla consulenza legale, psicologica, sociale, con specifica attenzione alle situazioni di fragilità e conflitto familiare, al fine di garantire il diritto dei figli a mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori, anche proponendo iniziative volte a favorire l'auto-mutuo aiuto tra gruppi di genitori.

Art. 5

Interventi di sostegno economico

1. Al fine di rispondere alle emergenze economiche connesse all'evento della separazione o divorzio dei soggetti di cui all'articolo 2, la Regione istituisce misure di sostegno economico, consistenti in:

a) prestiti da restituire secondo piani di rimborso concordati, entro il limite massimo di sessanta mesi, senza interessi o a tasso agevolato in ragione delle diverse capacità reddituali calcolate al netto dell'assegno di mantenimento dovuto al coniuge, per il mantenimento dei figli ed altri oneri documentati e sopportati in favore del nucleo familiare da cui ci si è separati; i prestiti a tasso zero o agevolati non possono superare l'importo massimo di euro 15 mila;

b) rimborso dei ticket sanitari da concedere sulla base della capacità reddituale che, al netto dell'assegno di mantenimento dovuto al coniuge, per il mantenimento dei figli e di altri oneri documentati e sopportati in favore del nucleo familiare da cui ci si è separati, risulti pari o inferiore all'importo stabilito per l'assegno sociale minimo.

2. I prestiti, di cui al comma 1, lettera a), per i genitori separati o divorziati, sono erogati da istituti e aziende di credito operanti in Puglia, selezionati mediante procedura di evidenza pubblica, secondo convenzioni sottoscritte con la Regione che procede al solo contributo in conto interessi.

3. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce le regole di gestione del fondo, le modalità per l'attuazione degli interventi economici a favore del coniuge separato o divorziato in grave difficoltà economica, le fasce di reddito per accedervi, i relativi criteri nonché le procedure e i termini per la presentazione delle domande.

Art. 6

Interventi di sostegno abitativo

1. Al fine di garantire idonee soluzioni logistiche per il migliore espletamento delle funzioni genitoriali, la Regione, nell'ambito dei programmi regionali di sostegno abitativo, individua interventi specifici destinati ai genitori separati o divorziati in possesso dei requisiti di cui ai precedenti articoli 2 e 3, comma 2, che non siano assegnatari o comunque non abbiano la disponibilità della casa familiare in cui risiedono i figli, anche se di proprietà dei medesimi coniugi o ex coniugi.

2. La Regione promuove progetti per l'adeguamento e gestione di immobili pubblici e privati da destinare alla residenza e accoglienza temporanee dei soggetti di cui al comma 1; tali residenze prevedono spazi adeguati per la socializzazione/interazione con i figli.

3. La Giunta regionale definisce accordi con le Agenzie regionali per la casa e l'abitare (ARCA) competenti per territorio e con altri soggetti pubblici e privati, che individuano forme di concorso, totale o parziale nel pagamento di canoni di affitto a carico dei soggetti di cui al comma 1.

4. La Giunta regionale individua le modalità, i criteri e i limiti di reddito per l'accesso ai seguenti interventi:

a) contributo ai comuni per la locazione di alloggi di proprietà pubblica a canone concordato;

b) contributo ai comuni per la concessione del fondo di sostegno alla locazione ai sensi dell'articolo 11 della legge 9 dicembre 1998, n. 431 (Disciplina delle locazioni e del rilascio degli immobili adibiti ad uso abitativo), ai soggetti di cui al comma 1;
c) contributo ai comuni da destinare ai soggetti di cui al comma 1 che si trovino nelle condizioni di accesso al fondo per la c.d. "morosità incolpevole" di cui al decreto-legge 31 agosto 2013, n. 102 (Disposizioni urgenti in materia di IMU, di altra fiscalità immobiliare, di sostegno alle politiche abitative e di finanza locale, nonché di cassa integrazione guadagni e di trattamenti pensionistici), convertito, con modificazioni, dalla legge 28 ottobre 2013, n. 124.
Art. 7
Modalità attuative
1. Gli interventi di cui agli articoli 5 e 6 sono cumulabili con quelli previsti da altre norme europee, statali o regionali, purché non sia da queste diversamente stabilito, secondo le procedure e le modalità previste dalle norme medesime.
Art. 8
Clausola valutativa
1. La Giunta regionale presenta ogni due anni alla Commissione consiliare competente una relazione che descrive le attività e i programmi attuati, l'entità e i beneficiari dei contributi erogati in applicazione della presente legge, evidenzia la rispondenza degli interventi rispetto al bisogno riscontrato e rileva eventuali difficoltà. di applicazione della legge.
Art. 9
Norma finanziaria
1. Per le finalità di cui all'articolo 5 è autorizzata la spesa di euro 140 mila per l'anno 2017, in termini di competenza e cassa, nell'ambito della missione 12, programma 5, titolo 1, e del capitolo n. 783033 di nuova istituzione nello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale 2017-2019 e del bilancio per l'anno 2017, con la denominazione "Interventi a sostegno dei coniugi separati o divorziati che versano in particolari condizioni di disagio economico".
2. Per le finalità di cui all'articolo 6, comma 4, lettera a), è autorizzata la spesa di euro 360 mila per l'anno 2017, in termini di competenza e cassa, nell'ambito della missione 8, programma 2, titolo 1 e del capitolo n. 411191 di nuova istituzione nello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale 2017-2019 e del bilancio per l'anno 2017, con la denominazione "Interventi di sostegno alla locazione a favore dei coniugi separati o divorziati che versano in particolari condizioni di disagio economico".
3. Agli oneri derivanti dall'articolo 6, comma 4, lettere b) e c), si provvede nell'ambito delle risorse del Fondo di sostegno alla locazione e del Fondo nazionale destinato agli inquilini morosi incolpevoli.
4. Alla copertura degli oneri derivanti dai commi 1 e 2 si provvede mediante corrispondente prelevamento dal Fondo globale per il finanziamento di leggi regionali di spesa corrente.
5. La Giunta regionale definisce annualmente, in base alle azioni previste dai protocolli d'intesa, gli interventi di cui alla presente legge, dando priorità a quelli che prevedono un cofinanziamento degli enti firmatari dell'intesa.

MINORI

PIEMONTE
DGR 27.10.17, n. 35-5849 - Rettifica della D.G.R. n. 49-5480 del 03/08/2017 avente ad oggetto: "Ridefinizione fabbisogno delle Comunita' Terapeutiche e delle Comunita' Riabilitative Psicosociali per minori". Sostituzione dell'Allegato 1 alla D.G.R. n. 49-5480 del 03/08/2017. (BUR n. 46 del 16.11.17)
Note

Viene rettificata la D.G.R. n. 49-5480 del 03/08/2017 ridefinendo il fabbisogno di posti letto per CTM e CRP nella misura seguente:
-riduzione di n. 17 posti letto per il fabbisogno delle CTM che hanno cessato l'attività (in precedenza ubicate nei territori delle ASL TO4 e BI), per un totale complessivo di n. 88 posti letto, sul territorio regionale, a seguito della ridefinizione.
-contestuale incremento di n. 17 posti letto per il fabbisogno delle CRP, per un totale complessivo di n. 183 posti letto, sul territorio regionale, a seguito della ridefinizione.
Viene approvato l'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, relativo al numero di posti letto sul territorio regionale prima della ridefinizione del fabbisogno di posti letto delle CTM e CRP e al numero di posti letto a seguito della ridefinizione stessa;

TOSCANA
MOZIONE 7 novembre 2017, n. 1012 - In merito alle politiche di sostegno per i minori fuori dalla famiglia.
IL CONSIGLIO REGIONALE
Premesso che:
- l' affidamento familiare è un istituto previsto dalla normativa al fine di "assicurare ai minori che, per gravi motivi, non possono, per un periodo di tempo più o meno lungo, continuare a vivere con i loro genitori o parenti, di crescere in un ambiente familiare evitando il loro inserimento in comunità o il ricovero in istituto";
- nel corso degli anni, l'indicazione normativa sull'affidamento familiare è risultata declinata in una pluralità di forme in funzione dell'intensità del bisogno e dei tempi di accoglienza, al fine di rispondere "in modo differenziato, flessibile e modulare alle esigenze diverse e in evoluzione dei bambini e delle loro famiglie" ("Linee di indirizzo per l'affidamento familiare", Ministero del lavoro e delle politiche sociali);
Considerato che:
- la legge 4 maggio 1983, n. 184 (Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori), come modificata dalla legge 28 marzo 2001, n. 149 (Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori», nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile), ha fissato l'obiettivo della realizzazione del diritto del bambino a crescere in una famiglia, a favore della quale sono disposti interventi di sostegno e di aiuto. Al riguardo, come recita l'articolo 1, comma 3, lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie competenze "sostengono, con idonei interventi, nel rispetto della loro autonomia e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, i nuclei familiari a rischio al fine di prevenire l'abbandono e di consentire al minore di essere educato nell'ambito della propria famiglia";
- altresì, la medesima norma prevede che "quando la famiglia non è in grado di provvedere alla crescita ed all'educazione del minore", si debbano applicare gli istituti previsti dalla legge, tra i quali: l'affidamento familiare consensuale/giudiziale; l'affidamento intrafamiliare/etero familiare; l'affidamento familiare diurno, a tempo parziale, residenziale;
Rilevato che
dette modalità differenziate di accoglienza sono, dunque, finalizzate a valorizzare le diverse disponibilità, motivazioni e risorse delle persone che intendono impegnarsi nell'azione di affidamento familiare;
Richiamata
la deliberazione del Consiglio regionale 21 settembre 1993, n. 364 (Direttiva sui criteri e modalità di sostegno economico per l'affidamento familiare);
Ricordato che:
- la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), all'articolo 53, comma 2, lettera e), prevede: "l'affidamento temporaneo a famiglia, a servizi residenziali socio-educativi e le altre tipologie di affidamento, secondo gli indirizzi della Giunta regionale..";

- nel corso degli anni la Regione ha provveduto a sviluppare un'intensa attività a sostegno delle politiche di intervento nel settore dell'affidamento di bambini e ragazzi, le quali hanno trovato un aggiornato strumento di orientamento e sintesi negli "Indirizzi regionali in materia di affidamento di minori a famiglie e servizi residenziali educativi", approvato con deliberazione della Giunta regionale 27 febbraio 2006, n. 139, in attuazione del citato articolo 53 della l.r. 41/2005;

Richiamata

la deliberazione della Giunta regionale 10 aprile 2017, n. 374 (Indirizzi in materia di affidamento di minori a famiglia e a servizi socio-educativi, ai sensi dell'articolo 53, comma 2, lettera e), legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41, approvati con deliberazione di Giunta regionale n. 139 del 27 febbraio 2006. Integrazione);

Rilevato che

l'impegno della Regione nella regolazione del sistema degli interventi si è accompagnato all'azione di supporto tecnico ed organizzativo svolta dal Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, istituito dalla legge regionale 20 marzo 2000, n. 31 (Partecipazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze all'attuazione delle politiche regionali di promozione e di sostegno rivolte all'infanzia e all'adolescenza), ed affidato alla gestione all'Istituto degli Innocenti;

Preso atto

che, al 31 dicembre 2014, in Toscana si avevano 2137 bambini fuori dalla famiglia d'origine, accolti sia in affidamento familiare che in struttura residenziale; di questi 1303 italiani e 834 stranieri (319 non accompagnati);

Rilevato

che, alla stessa data, erano 1204 i bambini in affidamento familiare, di cui 814 italiani e 390 stranieri (100 entrati in Italia non accompagnati, ma 85 di questi, grazie all'intervento del servizio sociale territoriale, successivamente affidati a familiari entro il quarto grado residenti in Toscana). (Fonte: Interventi e attività dei servizi territoriali a favore dei bambini e dei ragazzi di 0-17 anni e delle loro famiglie. I dati delle zone sociosanitarie e delle società della salute al 31 dicembre 2014);

Richiamato il Piano sociale sanitario integrato regionale (PSSIR) 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 5 novembre 2014, n. 91, con particolare riferimento alla sezione: 2.2.3 "Il sostegno alle persone ed alle famiglie", punto 2.2.3.2 "Tutela dei bambini e degli adolescenti", punto 2.2.3.3 "Famiglie multiproblematiche" e punto 2.1.5.2 "La rete dei Consultori: il sostegno alle donne, alla genitorialità, alle famiglie";

Rilevato

che al punto 2.2.3.2 "Tutela dei bambini e degli adolescenti" tra le azioni si prevede, tra l'altro, la diffusione e l'organizzazione "omogenea" su tutto il territorio regionale dei Centri per l'affido con funzioni di reperimento, informazione, formazione e sostegno alle famiglie affidatarie..";

Visto

il Programma regionale di sviluppo (PRS) 20162020, approvato con risoluzione 15 marzo 2017, n. 47;

Richiamato

il Progetto regionale n. 18 (Tutela dei diritto civili e sociali) che, tra i propri obiettivi, annovera quello volto al "potenziamento del sistema degli interventi delle politiche sociali con investimenti per migliorare il servizio alla persona, per sostenere e promuovere la tutela dei diritti dell'infanzia, dell'adolescenza e delle capacità genitoriali";

Considerato

che il citato progetto, tra le tipologie di intervento in tema di infanzia, adolescenza e genitorialità prevede: l'estensione della sperimentazione del Programma PIPPI, diffondendo e consolidando le metodologie di lavoro con le famiglie maltrattanti e/o negligenti incentrate sul riconoscimento ed il potenziamento delle capacità genitoriali e la riduzione del rischio di allontanamento (al riguardo cfr. l'articolo 6 del Decreto interministeriale 10 ottobre 2016); la progettazione, programmazione e attivazione di percorsi formativi mirati integrati e flessibili finalizzati al sostegno delle famiglie e dei minori nei processi di inserimento scolastico di bambini e ragazzi adottati; il mantenimento e lo

sviluppo del Centro regionale "infanzia, adolescenza, famiglie" quale espressione della collaborazione tra Istituto degli Innocenti e Regione Toscana; la promozione dell'affidamento familiare e dell'adozione, consolidando le progettualità intraprese e i servizi rivolti al sostegno delle famiglie di origine e affidatane; lo sviluppo dei servizi residenziale e semi-residenziali;
Considerato che:
- dunque il percorso di affidamento si articola in varie fasi e momenti alla cui realizzazione collaborano diversi soggetti ed attori istituzionali all'interno di un contesto organizzativo e metodologico che prevede l'integrazione ed il supporto delle attività dei servizi sociali di base ad opera dei centri per l'affido, nell' ottica di agevolare il ricorso all'affidamento familiare e di favorirne, contestualmente un utilizzo efficace; - tra le finalità prioritarie perseguite dalla Regione Toscana, sancite dall'articolo 4 dello Statuto, troviamo il diritto dei minori "ad interventi intesi a garantire la protezione sociale";
Richiamate
le seguenti deliberazioni della Giunta regionale:
- 27 ottobre 2014, n. 904 (Intesa Fondi Famiglia 2014. Progetto regionale Affido per l'utilizzo delle risorse destinate alla Regioni e Province Autonome. Approvazione);
- 21 giugno 2016, n. 595 (Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali con delega alle Politiche per la Famiglia, del 14 ottobre 2015, per il riparto dei Fondi Famiglia 2015. Sviluppo dello progetto regionale Affido e azioni innovative di sostegno alla genitorialità. Approvazione e assegnazione risorse);
- 27 dicembre 2016, n. 1412 (Fondi Famiglia 2016- Dipartimento delle Politiche per la Famiglia: sviluppo delle progettualità mirate derivanti dal "Piano di massima delle Attività" approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 1133 del 15 novembre 2016. Prenotazione risorse);
Considerato che:
- con le sopra richiamate deliberazioni della Giunta regionale si è provveduto a programmare, rispettivamente, l'utilizzo dei fondi annuali erogati dal Dipartimento delle politiche per la famiglia, in attuazione dei decreti del Ministro del lavoro e delle politiche sociali con delega alle politiche per la famiglia del 29 agosto 2014, 14 ottobre 2015 e 17 giugno 2016;
- la Regione Toscana risulta dotata di un fondo indistinto per le politiche sociali dal quale annualmente vengono ripartite risorse destinate a sostenere l'attività dei centri affidi, a sviluppare progetti che si occupano di tutela dei minori e famiglie, a promuovere progetti educativi ed informativi per i genitori e servizi all'area materno-infantile e della prima infanzia;
Preso atto
della volontà della Giunta regionale di istituire una cabina di regia, composta da una serie di direzioni regionali (Welfare, lavoro, urbanistica e politiche abitative, istruzione e formazione), in grado di elaborare un unico atto deliberativo volto a coordinare in modo organico il complesso degli interventi attivati, al fine di contrastare situazioni di povertà ed esclusione sociale;
IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE
a valutare, anche alla luce della citata decisione di porre in atto una programmazione integrata degli in terventi volti a combattere l'esclusione sociale, la possi bilità di rafforzare, nell'ambito del sopra richiamato fondo indistinto per le politiche sociali, le risorse da destinarsi sia allo strumento dell'affidamento familiare, con particolare riferimento al riconoscimento della centralità del ruolo svolto da parte dei centri affido, sia al sostegno economico delle famiglie affidatarie, provvedendo al contempo a regolamentare e rendere omogenei i contributi e le modalità di assegnazione nei vari comuni, al fine di evitare disparità di trattamento tra famiglie affidatarie, ed, in prospettiva, ad incrementare il rapporto numerico dei bambini in affidamento rispetto a quelli accolti in struttura residenziale.

NON AUTOSUFFICIENTI

CAMPANIA

L.R. 20.11.17, n. 33. - Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare**.** (BUR n. 84 del 20.11.17)

Art. 1 (Finalità)

1. La Regione Campania riconosce, nell'ambito delle politiche del welfare, la cura familiare e la solidarietà come beni sociali in un'ottica di responsabilizzazione diffusa e di sviluppo di comunità.

2. La Regione, nel rispetto dei principi della legge 3 marzo 2009, n. 18 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità), promuove e valorizza la figura del caregiver familiare, quale componente informale della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

3. La Regione in relazione alle esigenze della persona accudita, tutela i bisogni del caregiver familiare attraverso interventi ed azioni a suo supporto e definisce le modalità per favorire l'integrazione della sua attività nel sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari, come indicati nell'articolo 3. 4. La Regione sostiene iniziative che garantiscono alle persone non autosufficienti forme di assistenza che consentono loro la permanenza presso il proprio domicilio o in un contesto di relazione familiare.

Art. 2 (Il caregiver familiare)

l. Il caregiver familiare, scelto dalla persona da assistere oppure dal suo tutore, in primo luogo tra i familiari ed i conviventi, è la persona che si prende cura nell'ambito del Progetto Individuale per le persone disabili, di seguito denominato Progetto Individuale, di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), di una persona consenziente, non autosufficiente o comunque in condizioni di necessario ausilio di lunga durata, non in grado di prendersi cura di sé.

2. Il caregiver familiare assiste e si prende cura della persona e del suo ambiente domestico, la supporta nella vita di relazione, concorre al suo benessere psico-fisico, l'aiuta nella mobilità e nel disbrigo delle pratiche amministrative e si rapporta e si integra con gli operatori del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari-professionali che forniscono attività di assistenza e di cura.

3. Nello svolgimento delle attività di cui al presente articolo il caregiver familiare può avvalersi dei servizi territoriali e di lavoro privato di cura.

Art. 3 (Il caregiver familiare ed i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari del sistema regionale)

1. I servizi sociali dei Comuni singoli o associati in ambiti territoriali ed i servizi delle Aziende Sanitarie Locali, di seguito denominate ASL, riconoscono il caregiver familiare come un elemento della rete del welfare locale e assicurano il sostegno e l'affiancamento necessari a sostenere la qualità dell'opera di assistenza prestata.

2. I servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, previo consenso dell'assistito oppure del suo tutore, forniscono al caregiver familiare le informazioni sulle problematiche della persona assistita, sui bisogni assistenziali e le cure necessarie, sui diritti e sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie, sulle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura, come previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

3. Nell'ambito delle proprie competenze le ASL, i Distretti, i Comuni, la Regione e le Associazioni dei pazienti e dei familiari promuovono iniziative di sensibilizzazione, di informazione e di orientamento, nonchè la realizzazione di guide informative relative ai servizi ed alle iniziative pubbliche e private a sostegno del caregiver familiare.

4. Il caregiver familiare, sulla base delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3, di propria iniziativa o su richiesta dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, in modo libero e consapevole, dichiara la disponibilità a svolgere la propria attività di assistenza e cura e si avvale di supporti formativi e di forme di integrazione con i suindicati servizi, attraverso le associazioni di pazienti e familiari più

rappresentative. L'impegno assunto può essere rivisto con la tempestiva revisione del Progetto Individuale.
5. Il caregiver familiare è coinvolto in modo attivo nel percorso di valutazione, definizione e realizzazione del Progetto Individuale ed assume gli impegni del progetto stesso, previo consenso della persona assistita oppure del suo tutore, allo scopo di favorirne il mantenimento al proprio domicilio.
6. Nell'ambito della definizione del Progetto Individuale di cui all'articolo 2, la Regione, in collaborazione con i Comuni singoli o associati in ambiti territoriali e l'ASL territorialmente competente, nei limiti delle risorse disponibili nell'ambito della pianificazione e della programmazione della spesa sanitaria e socio-assistenziale regionale, stabilisce i contributi di cura necessari, le prestazioni, gli ausili, gli affiancamenti o le sostituzioni ed i supporti che i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari forniscono al caregiver familiare per affrontare le possibili difficoltà od urgenze e per svolgere le normali attività di assistenza e di cura in maniera appropriata e senza rischio alcuno.

Art. 4 (Interventi a favore del caregiver familiare)

1. La Regione, nei limiti delle risorse disponibili nell'ambito della propria programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria:
a) stabilisce azioni a supporto del caregiver familiare per le attività di cui al comma 2 anche per il tramite delle associazioni dei pazienti e dei familiari con comprovata esperienza, dei Comuni singoli o associati in ambiti territoriali e delle ASL;
b) promuove forme di sostegno economico attraverso l'erogazione dell'assegno di cura per le varie patologie croniche ed in percentuale equa rispetto al budget assegnato, e di interventi economici per l'adattamento domestico anche alle persone assistite a domicilio dai caregiver familiari, come previsto dalla normativa vigente per i contributi per la non autosufficienza;
c) favorisce accordi con le rappresentanze delle compagnie assicurative che prevedono premi agevolati per le polizze eventualmente stipulate dal caregiver familiare che opera nell'ambito del Progetto Individuale, per la copertura degli infortuni o della responsabilità civile, collegati all'attività prestata;
d) promuove intese ed accordi con le associazioni datoriali per una maggior flessibilità oraria che permetta di conciliare la vita lavorativa con le esigenze di cura, anche promuovendo lo sviluppo di servizi di welfare aziendale o interaziendale e l'incentivazione dello strumento del telelavoro;
e) favorisce, in accordo con i Comuni singoli e associati in ambiti territoriali e con le associazioni dei pazienti e dei familiari e sulla base delle buone prassi, il coinvolgimento dei soggetti gestori ed erogatori di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari nei programmi di aggiornamento degli operatori dei settori suindicati, sui temi del caregiver familiare e della relazione e comunicazione con gli stessi;
f) assicura il supporto di reti solidali ad integrazione dei servizi garantiti dalle reti istituzionali, di gruppi motivazionali e di mutuo aiuto per favorire il confronto e lo scambio di esperienze ed opportunità formative per la crescita della consapevolezza del ruolo del caregiver familiare anche mediante l'accesso ad elementi essenziali allo svolgimento delle azioni di cura e assistenza;
g) promuove la creazione di canali di comunicazione privilegiati anche con l'impiego delle nuove tecnologie della comunicazione e informazione (ICT) che facilitino il costante rapporto tra gli operatori ed il caregiver familiare.
2. I Comuni singoli o associati in ambiti territoriali, le ASL e le associazioni di pazienti e familiari, nei limiti delle risorse disponibili assicurano al caregiver familiare:
a) l'informazione, l'orientamento e l'affiancamento nell'accesso ai servizi necessari ai fini assistenziali attraverso gli sportelli front office, le sezioni sui portali con liste FAQ e i numeri verdi predisposti dalle ASL della Regione Campania;
b) la formazione e l'addestramento per il corretto svolgimento del lavoro di cura con corsi gratuiti tenuti periodicamente da medici, psicologi ed assistenti sociali nelle ASL della Regione Campania;

c) il supporto psicologico nella ricerca e nel mantenimento del benessere e dell'equilibrio personale e familiare per prevenire rischi di malattie da stress psico-fisico;
d) la definizione del responsabile delle cure nell'ambito del Progetto Individuale della persona assistita;
e) soluzioni condivise per assicurare gli interventi di sollievo, di emergenza o programmati attraverso l'impiego di personale qualificato anche con sostituzioni temporanee al domicilio del caregiver familiare;
f) la domiciliarizzazione delle visite specialistiche nei casi di difficoltà di spostamento dell'assistito, compatibilmente con la disponibilità del personale medico e l'organizzazione dei servizi sanitari.

Art. 5 (Rete di sostegno al caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato dei servizi regionali)

1. La rete di sostegno al caregiver familiare è costituita dal sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e da reti di solidarietà.
2. Sono componenti della rete, nell'ambito del Progetto Individuale:
a) il responsabile del caso che è la figura di riferimento ed il referente del caregiver familiare;
b) il medico di medicina generale che è il referente terapeutico del familiare assistito;
c) l'infermiere referente o case manager che assume la funzione di referente del caso;
d) i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari ed i servizi specialistici sanitari chiamati ad intervenire per particolari bisogni o specifiche necessità;
e) le associazioni dei pazienti e dei loro familiari, il volontariato e la solidarietà di vicinato che rappresentano un'ulteriore risorsa e possono essere attivati per contrastare i rischi di isolamento del caregiver familiare.

Art. 6 (Riconoscimento delle competenze)

1. Per favorire la valorizzazione delle competenze maturate, l'accesso o il reinserimento lavorativo del caregiver familiare, l'esperienza maturata nell'attività di assistenza e cura prestata nell'ambito del Progetto Individuale potrà essere valutata, sulla base dei criteri, delle modalità e delle procedure previste dalla deliberazione di Giunta regionale n. 214 del 28 giugno 2016 (Sistema di Certificazione regionale di Individuazione Validazione e Riconoscimento delle Esperienze), ai fini di una formalizzazione o certificazione delle competenze, oppure quale credito formativo per l'accesso ai percorsi formativi finalizzati all'acquisizione della qualifica di operatore socio-sanitario o di altre figure, anche innovative, del repertorio regionale relative all'area socio-sanitaria, ai sensi della normativa vigente.

Art. 7 (Azioni di sensibilizzazione e partecipazione)

1. La Regione, al fine di sensibilizzare la comunità sul valore sociale del caregiver familiare, istituisce il "Caregiver day" da celebrare ogni anno l'ultimo sabato del mese di maggio con la collaborazione degli enti locali, delle ASL e delle associazioni dei pazienti e dei loro familiari e valorizza la partecipazione del terzo settore, dei sindacati dei lavoratori, dei pensionati e delle associazioni datoriali.
2. La Regione documenta e raccoglie i materiali e le esperienze provenienti dai singoli territori per la diffusione delle buone pratiche, della programmazione di iniziative e di progetti di valorizzazione e di supporto dei caregiver familiari.
3. La Regione e gli enti locali promuovono e facilitano l'associazionismo dei caregiver familiari e favoriscono la partecipazione delle loro rappresentanze associative alla programmazione dei Piani di zona degli ambiti territoriali per la salute ed il benessere sociale.

Art. 8 (Registro dei caregiver familiari)

1. E' istituito, presso la Giunta regionale, il Registro dei caregiver familiari, di seguito denominato Registro.
2. Il Registro ha come finalità la raccolta dei dati e delle competenze maturate nell'ambito delle attività di assistenza e cura da parte del caregiver.

3. Possono iscriversi al Registro i soggetti che svolgono le attività di cui all'articolo 2. 4. La Regione, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, disciplina le modalità di iscrizione e di gestione del Registro.
Art. 9 (Clausola valutativa)
1. La Giunta regionale, trascorso un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, e in seguito con cadenza biennale, trasmette al Consiglio una relazione illustrativa contenente:
a) l'elenco dei casi di riconoscimento del caregiver familiare;
b) gli interventi realizzati in favore dei caregiver familiari in attuazione della presente legge;
c) i risultati ottenuti a seguito delle azioni di sensibilizzazione previste all'articolo 7;
d) le criticità emerse in fase di attuazione delle misure di sostegno e promozione dell'attività dei caregiver.
Art. 10 (Norma finanziaria)
1. Agli oneri finanziari derivanti dall'applicazione della presente legge e quantificati in euro 15.000,00 per l'esercizio finanziario 2017 e in euro 50.000,00 per ciascuno degli esercizi finanziari 2018 e 2019 si provvede a valere sulle risorse già iscritte alla Missione 12, Programma 2, Titolo I del Bilancio di previsione 2017- 2019 mediante riprogrammazione delle risorse ivi allocate.

UMBRIA
DGR 30.10.17, n. 1251 - Approvazione della Linea guida in materia di assistenza familiare delle persone anziane in condizione di dipendenza assistenziale o di non autosufficienza. (BUR n. 49 del 15.11.17)
DOCUMENTO ISTRUTTORIO
Dagli indicatori demografici Istat risulta che al 1° gennaio 2016 la **popolazione in Italia** è di 60 milioni 656 mila residenti (–139 mila unità). Gli ultrasessantacinquenni sono 13,4 milioni, il 22% del totale. L'indice di vecchiaia dell'Umbria è passato dal 61% all'inizio degli anni Settanta al 189,3% nel 2015. Il valore assunto da questo indice è molto elevato, se lo confrontiamo con l'Italia (157,7), il Centro (169,3) e, soprattutto, il Sud (139,3).
Nel 2014 gli umbri anziani erano il 24,1%, una percentuale più alta di quelle del Nord (22,5%), del Centro (22,3%), del Sud (19,2%) e delle Isole (20%).
Lo scenario demografico di lungo periodo presenta due importanti tendenze: l'aumento consistente, delle persone anziane e la "*semplificazione*" delle strutture familiari, con un'evidente riduzione del numero medio dei componenti.
Tenuto conto che l'età avanzata costituisce, da sola o in interazione con altri fattori, un ostacolo al pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali e alla piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di parità, la presente Linea guida è parimenti volta a migliorare e potenziare l'offerta di prestazioni legate alla cura della persona ed alla sua tutela contribuendo a sostenere la permanenza a domicilio.
La persona beneficiaria, coadiuvata qualora necessario, dal proprio caregiver, sceglie autonomamente il proprio assistente familiare ed è tenuta a formalizzare il rapporto nel rispetto della normativa vigente.
Si può ricorrere a personale privato, assunto con regolare contratto di lavoro.
Il destinatario finale, che si avvale dell'apporto dell'assistenza familiare, è sostenuto, con un contributo per la stipula di un regolare contratto di lavoro di assistenza familiare, per un orario minimo settimanale di 24 ore.
Questa finalità rende l'approccio per "*Progetti di assistenza familiare alla non autosufficienza*" eligibile anche al finanziamento del FSE**.** Per lo specifico del PO Umbria 2014-2020 si fa riferimento all'Asse II "*Inclusione sociale e lotta alla povertà",* Priorità di Investimento 9.4 "*Miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale",* R.A. 9.3. "*Aumento/consolidamento/qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi*

sanitari e sociosanitari territoriali", intervento specifico "*Non autosufficienza: progetti di domiciliarità per anziani non autosufficienti e riduzione della residenzialità".*
Il FSE è prioritariamente rivolto all'estensione dell'approccio rispetto ai destinatari finali, nel rispetto del principio di addizionalità delle risorse, nonché ai fini del rafforzamento strutturale del sistema. Per la quota propria del POR FSE 2014-2020, che ammonta a euro 3.000.000.00, l'operazione è attuata dalla Regione attraverso lo strumento dell'Accordo di collaborazione ai sensi dell'art. 15 della legge n. 241/90, in quanto afferente alle funzioni in materie proprie dei Comuni.
Altre azioni di supporto alla capacitazione individuale ed alla efficace attuazione dei progetti di assistenza familiare alla non autosufficienza, quali, per esempio l'accesso ad opportunità formative, possono essere sostenute dal FSE attraverso misure a diretta attuazione da parte della Regione.
Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

"Linea guida in materia di assistenza familiare per le persone anziane in condizione di dipendenza assistenziale o di non autosufficienza".

"Diritto alla dignità, all'integrità fisica e mentale, alla libertà e alla sicurezza"
"Diritto all'autodeterminazione"

1. IL CONTESTO

Alcuni dati

Dagli indicatori demografici Istat risulta che al 1° gennaio 2016 la **popolazione in Italia** è di 60 milioni 656 mila residenti (-139 mila unità). Gli ultrasessantacinquenni sono 13,4 milioni, il 22% del totale. In diminuzione risultano sia la popolazione in età attiva di 15-64 anni (39 milioni, il 64,3% del totale) sia quella fino a 14 anni di età (8,3 milioni, il 13,7%). La speranza di vita a 65 anni (18,9 anni per gli uomini e 22,2 per le donne nel 2015) è più elevata di un anno per entrambi i generi rispetto alla media dell'Unione Europea, ma dopo i 75 anni gli anziani in Italia vivono in condizioni di salute peggiori.
L'indice di vecchiaia dell'Umbria è passato dal 61% all'inizio degli anni Settanta al 189,3% nel 2015.
Il valore assunto da questo indice è molto elevato, se lo confrontiamo con l'Italia (157,7), il Centro (169,3) e, soprattutto, il Sud (139,3).
Nel 2014 gli umbri anziani erano il 24,1%, una percentuale più alta di quelle del Nord (22,5%), del Centro (22,3%), del Sud (19,2%) e delle Isole (20%). Ovviamente, queste percentuali influiscono sull'età media: nel 2015 essa era di 46,1 anni in Umbria, 44,4 in Italia e 45,1 nel Centro.
Dal 2002 al 2014, gli anziani nel territorio umbro hanno fatto registrare un incremento dal 22,8% al 24,1% della popolazione; entrambe tali percentuali sono più alte della media nazionale (rispettivamente 18,7% e 21,2%), e posizionano l'Umbria fra le regioni con maggior numero di persone *over* 65.
Dall'analisi di lungo periodo sulla **popolazione in Umbria**, emergono almeno tre processi di vasta portata, due dei quali riguardano attori – gli anziani e le famiglie - che oltre ad essere fra i destinatari più importanti delle politiche sociali, costituiscono anche i soggetti attivi e strategici per l'inclusione e l'integrazione sociale:
1) l'aumento del numero dei residenti;
2) l'invecchiamento della popolazione, solo in parte compensato dall'incremento degli stranieri;
3) la riduzione del numero medio dei componenti della famiglia.
Tutti e tre questi processi interpellano direttamente le politiche sociali.
Lo scenario demografico di lungo periodo presenta altre due importanti tendenze: l'aumento consistente, come già detto, delle persone anziane e la "semplificazione" delle strutture familiari, con un'evidente riduzione del numero medio dei componenti.

2. FINALITÀ

La presente Linea guida è volta ad un rafforzamento del diritto degli anziani a condurre una vita dignitosa, riconoscendo loro indipendenza e partecipazione alla vita sociale1 e culturale, cercando di mantenere, laddove ancora presente, e ri/creare, laddove venuta meno, una cultura 1 Carta dei Diritti dell'Unione Europea (art. 25) dell'invecchiamento "*dinamico*", basata su una società per tutte

le età, che sappia trascendere la concretezza delle prestazioni di aiuto e i confini spazio-temporali ristretti del rapporto tra genitori anziani e figli adulti, per dispiegarsi in una prospettiva multigenerazionale.
Tenuto conto che l'età avanzata costituisce, da sola o in interazione con altri fattori, un ostacolo al pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali e alla piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di parità, la presente Linea guida è parimenti volta a migliorare e potenziare l'offerta di prestazioni legate alla cura della persona ed alla sua tutela contribuendo a sostenere la permanenza a domicilio.
Nello specifico ci si propone di:
promuovere l'incontro tra le diverse responsabilità (familiari, professionali, comunitarie, ecc..) e tra le diverse generazioni;
promuovere la crescita di un mercato del lavoro regolare anche favorendo l' incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro, attraverso il consolidamento delle reti territoriali e il supporto alla formalizzazione dei rapporti di lavoro;
promuovere e rafforzare l'integrazione tra diversi settori: politiche sociali, sociosanitarie, del lavoro e della formazione professionale;
accompagnare e sostenere la persona anziana non autosufficiente e la sua famiglia nelle scelte maggiormente rispondenti ai proprie bisogni rilevati;
promuovere la qualità dell'intervento prestato, incoraggiando l'assunzione di assistenti familiari adeguatamente formati;
coadiuvare la famiglia nel lavoro di assistenza al fine di ridurre il numero di inserimenti in struttura residenziale.
Questa finalità rende l'approccio per "Progetti di assistenza familiare alla non autosufficienza" eligibile anche al finanziamento del FSE**.** Per lo specifico del PO Umbria 2014-2020 si fa riferimento all'Asse II "*Inclusione sociale e lotta alla povertà",* Priorità di Investimento 9.4 "*Miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale",* R.A. 9.3. "*Aumento/consolidamento/qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali"*, intervento specifico "*Non autosufficienza: progetti di domiciliarità per anziani non autosufficienti e riduzione della residenzialità".* Il FSE è prioritariamente rivolto all'estensione dell'approccio rispetto ai destinatari finali, nel rispetto del principio di addizionalità delle risorse, nonché ai fini del rafforzamento strutturale del sistema. Per la quota propria del POR FSE 2014-2020, che ammonta a Euro 3.000.000.00, l'operazione è attuata dalla Regione attraverso lo strumento dell'Accordo di collaborazione ai sensi dell'art. 15 della legge n, 241/90, in quanto afferente alle funzioni in materie proprie dei Comuni. Altre azioni di supporto alla capacitazione individuale ed alla efficace attuazione dei Progetti di assistenza familiare alla non autosufficienza, quali, per esempio l'accesso ad opportunità formative, possono essere sostenute dal FSE attraverso misure a diretta attuazione da parte della Regione.

3. TIPOLOGIA DI INTERVENTO

"Qualora nell'invecchiamento ti trovi a dover dipendere dall'aiuto e dalla cura di altri, permane il diritto a chiedere e ricevere informazioni personalizzate e consigli su tutte le opinioni a te utili per cure, aiuti e trattamenti in modo che tu sia in condizione di prendere decisioni ben informate." (Art. 4 Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine).

La grave riduzione di autonomia si configura come una situazione molto critica per quegli anziani che vivono da soli (nel nostro paese sono circa 600mila le persone anziane con gravi difficoltà nelle attività di cura della propria persona; cioè il 43,2%).
2 La quasi totalità degli anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona dichiara di fronteggiarle con l'aiuto di ausili/apparecchi o di altre persone (92,0%), mentre tale quota è pari all'81,9% tra quanti hanno gravi difficoltà nelle attività domestiche. Complessivamente il 58,1%

degli anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona avverte, comunque, la necessità di ricevere aiuto o ulteriore supporto, con una netta prevalenza tra gli uomini (64,3% rispetto al 55,6% nelle donne). Oltre la metà di essi dichiara, comunque, di avere in famiglia l'aiuto di una persona, oppure usufruisce di servizi di assistenza domiciliare. Se complessivamente il 6% delle famiglie con anziani si avvale dell'assistenza di una persona, la percentuale aumenta al 28% in caso di famiglie in cui abita un anziano con gravi riduzioni nell'autonomia personale e supera il 40% se l'anziano è solo. In quest'ultima circostanza diventa più frequente la convivenza con la persona da cui viene assistito.
Il contesto familiare caratteristico dell'età anziana, declinato rispetto al genere e alla presenza di gravi riduzioni di autonomia, evidenzia un netto svantaggio delle donne: vivono in maggioranza sole pur in presenza di grave compromissione dell'autonomia, circa una su cinque solo con il partner, una su sei come membro aggregato nella famiglia di un figlio.
Invece gli uomini con gravi limitazioni nell'autonomia, nella maggior parte dei casi, vivono ancora in coppia, potenzialmente assistiti dalla partner, uno su cinque vive solo e molto più bassa è la quota di coloro che vivono come membri aggregati nel nucleo familiare di un figlio. La richiesta di maggiore aiuto o di ulteriori ausili o apparecchi, sia nelle attività di cura della persona sia nelle attività domestiche, prevale tra gli anziani con basso titolo di studio o con bassi livelli di reddito: in questo gruppo almeno 6 persone su 10 riferiscono di aver bisogno di aiuto.
Promuovere la permanenza dell'anziano, in condizione di dipendenza assistenziale/non autosufficienza, presso il proprio domicilio evitandone l'inserimento in strutture residenziali, implica la necessità di intercettare e valutare precocemente, laddove possibile, le sue necessità, così da garantire loro ed alla loro famiglia e/o caregiver una presa in carico complessa.
I servizi territorialmente competenti che, a diverso titolo, hanno in carico o conoscono la persona potenzialmente beneficiaria dell'intervento, devono garantire, laddove necessario, la loro operatività integrata attraverso la valutazione multiprofessionale.
La valutazione multidimensionale viene svolta dalle équipe multiprofessionali territorialmente competenti, le quali, sulla base delle diverse dimensioni del "funzionamento" dell'anziano in condizione di dipendenza assistenziale/non autosufficienza, valutano l'appropriatezza della domanda e attivano la misura.
L'intervento, consistente in un supporto economico erogato alla persona anziana in condizione di dipendenza assistenziale/non autosufficienza, è assicurato dai servizi territorialmente competenti e può essere configurato, laddove ritenuto necessario, quale Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP), con la presa in carico da parte di un *case manager3*, il che comporta interventi di valutazione, consulenza, orientamento, raccordo con le risorse formali ed informali presenti sul territorio, attivazione di servizi/interventi. Inoltre, qualora necessario, al fine di meglio rispondereai bisogni della persona può essere coinvolta la UVM territorialmente competente.

2 Istat 2015
3 Garantisce la continuità assistenziale, all'interno di un "*progetto organico di presa in carico",* della persona tenendo insieme la rete integrata dei servizi non più centrati sulla singola prestazione, ma sul professionista che ha in carico globalmente la persona e la sua famiglia (case manager). La continuità assistenziale va garantita da una professionalità che, oltre ad essere parte integrante dell'équipe multiprofessionale, è la stessa che segue il progetto nella sua totalità dentro un *sistema integrato di accompagnamento della persona e della sua famiglia e/o caregiver nelle diverse fasi del suo bisogno* assistenziale, di natura sociale e socio-sanitaria.

4. L'INTERVENTO CON ASSISTENTE/I FAMILIARE/I

La persona beneficiaria, coadiuvata qualora necessario, dal proprio caregiver, sceglie autonomamente il proprio assistente familiare*4* ed è tenuta a formalizzare il rapporto nel rispetto

della normativa vigente. Si può ricorrere a personale privato, assunto con regolare contratto di lavoro.
Il beneficiario può assumere anche più di un assistente familiare.
La titolarità e la responsabilità nella scelta dell'assistente familiare e nella gestione del rapporto di lavoro sono esclusivamente del richiedente e/o da chi lo rappresenta legalmente.
A suo carico sono anche gli oneri assicurativi e previdenziali dovuti, ai sensi di legge, agli assistenti.
Il destinatario finale e/o chi lo rappresenta legalmente deve essere consapevole che l'assunzione di assistenti familiari, in forma privata e diretta, comporta un impegno in qualità di datori di lavoro, con tutti i diritti e i doveri che ne conseguono e che l'erogazione del finanziamento avverrà solo a seguito della presentazione di regolare contratto.

5. DESTINATARI

Potenziali destinatari sono le persone residenti nella Regione Umbria, che possiedono, alla data di presentazione della domanda, tutti i requisiti di seguito declinati:
a) un'età superiore ai **65 anni**;
b) un ISEE fino ad Euro 20.000,00 **in corso di validità**;
c) trovarsi in una delle seguenti condizioni:
i. Invalidità civile almeno **pari al 75%**;
Oppure:
ii. Accertata condizione di disabilità ex art. 3 e ex art. 4 della legge 104/92.

6. MODALITÀ DI ACCESSO AL BENEFICIO

I potenziali destinatari accedono alla misura attraverso presentazione diretta (o attraverso chi, a tali fini, li rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente) della domanda, contenente anche la proposta progettuale, in esito ad avviso pubblico, emesso dal Comune capofila di Zona sociale, coerente con le presenti Linee guida regionali.
L'istanza va presentata dal richiedente o da chi, a tali fini, lo rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, in conformità alla modulistica a tal fine predisposta nei relativi avvisi. In ogni caso, deve contenere almeno le seguenti informazioni/documenti:
1) dati anagrafici del richiedente e/o di chi lo rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente;

4 Per "assistenza familiare domiciliare", ai sensi dell'art. 2, c. 2 della l.r. Umbria 3 ottobre 2007, n. 28, si intendono "Interventi per la qualificazione e il sostegno dell'attività di assistenza familiare", "il lavoro di cura e aiuto prestato a domicilio da persone singole, non in rapporto di parentela con l'assistito, anche straniere, a favore di persone anziane o diversamente abili in situazione di non autosufficienza, a rischio di istituzionalizzazione".

2) autocertificazione di accertato handicap con connotazione di gravità (ex art. 3 e ex art. 4 legge 104/92, L. n. 104/1992) e/o di Invalidità civile almeno **al 75%**;
3) autocertificazione di ISEE corrente, in corso di validità ai sensi della normativa vigente;
4) proposta progettuale recante:
i. gli obiettivi del progetto;
ii. descrizione analitica dello stato in essere e della prevista evoluzione del progetto, accompagnata da documentazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria di supporto;
iii. descrizione delle necessità della persona;
iv. richiesta della prestazione con indicazione della tempistica e dei relativi costi;
v. costi previsti per l'assistente familiare;
vi. dichiarazione di assunzione di responsabilità nella attuazione del progetto;
5) dichiarazione, da parte del richiedente e/o di chi, a tali fini, lo rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, di piena autonomia nella individuazione degli assistenti familiari con i

quali contrarrà un rapporto di lavoro regolare, assumendo i correlati obblighi derivanti dal ruolo di datore di lavoro.
Le dichiarazioni dovranno essere rese ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000 s.m.i.

7. PROCEDIMENTO PER L'AMMISSIBILITA' E LA VALUTAZIONE TECNICA DELLE PROPOSTE PROGETTUALI

Il Responsabile del procedimento è il Dirigente della Struttura competente per materia del Comune capofila della Zona sociale.
Il procedimento per l'ammissione a finanziamento delle domande si articola in tre fasi:
a) Istruttoria formale;
b) Valutazione tecnica della coerenza del progetto;
c) Valutazione tecnica per l'assegnazione dei punteggi per la determinazione dell'ordine di priorità.

A) ISTRUTTORIA FORMALE.

L'Ufficio di piano riceve le istanze e procede all'istruttoria formale di ammissibilità delle domande, che può concludersi con:
□□ammissibilità dell'istanza alla successiva valutazione tecnica;
□□rigetto motivato della domanda.
Le domande risultate formalmente ammissibili sono sottoposte a verifica di coerenza.
L'Istruttoria formale dovrà concludersi **entro 15** giorni dalla presentazione della domanda.

B) VERIFICA DELLA COERENZA. La verifica ha ad oggetto:
□□la coerenza tra gli obiettivi indicati nel progetto di domiciliarità, le prestazioni richieste e i tempi previsti per la loro attivazione, anche sulla base dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari già in atto.
Le domande che risultano incoerenti sono dichiarate non ammissibili a finanziamento (rigetto motivato della domanda).
Le domande ritenute coerenti sono sottoposte a valutazione tecnica per l'assegnazione dei punteggi per la determinazione dell'ordine di priorità.

C) VALUTAZIONE TECNICA PER L'ASSEGNAZIONE DELL'ORDINE DI PRIORITA'.
Alle istanze giudicate coerenti, secondo quanto sopra previsto, verrà assegnato il seguente punteggio:
□□presenza nello stato di famiglia di altri componenti in possesso dei requisiti previsti al punto 5 lettera c), attestata da apposita documentazione, da allegare all'istanza:
o 1 punto per ciascun altro componente
□□situazione reddituale ISEE
o fino ad € 5.000,00 : 4 punti
o da € 5.001,00 ad € 10.000,00 : 3 punti
o da € 10.001,00 ad € 15.000,00 : 2 punti
o da € 15.001,00 ad € 20.000,00 : 1 punti
□□orario di lavoro dell'assistente familiare:
o **a tempo pieno : 1 punto**
□□composizione del nucleo familiare (stato di famiglia)
o famiglia monoparentale : 1 punto
L'Ufficio di piano adotterà i provvedimenti di concessione del contributo secondo l'ordine di priorità derivante dai punteggi previsti e conseguiti, a parità di punteggio conseguito, secondo l'ordine cronologico di presentazione delle domande.
Qualora ritenuto necessario, ai fini della valutazione tecnica della coerenza del progetto presentato e della valutazione della tutela del destinatario finale, l'assistente sociale presso l'Ufficio di cittadinanza territorialmente competente, nell'esercizio del proprio ruolo di case manager, può attivare l'équipe multidisciplinare territorialmente competente e, laddove ritenuto necessario, i servizi afferenti alla Az. USL, ivi inclusa la Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) che

potrà avvalersi delle figure professionali previste al suo interno e/o essere integrata da esperti, di volta in volta individuati sulla base delle peculiarità del caso.
Le fasi di valutazione tecnica B e C dovranno concludersi entro un massimo di 30 giorni dalla ricezione della domanda, con:
□□provvedimento di ammissibilità del progetto e finanziamento del medesimo, successiva sottoscrizione del Patto Assistenziale Personalizzato;
□□provvedimento di ammissibilità del progetto e non finanziamento del medesimo per esaurimento delle risorse disponibili;
□□rigetto motivato del progetto.
I Progetti per la domiciliarità sono finanziati, nei limiti delle risorse disponibili**,** con provvedimento del Comune capofila della Zona Sociale competente. La data di adozione del provvedimento di concessione stabilisce la decorrenza dell'eligibilità della spesa.

8. DURATA DELL'INTERVENTO, CONTRIBUTO E SPESE AMMISSIBILI

Sono ammissibili le spese sostenute a fronte di un regolare contratto di lavoro, stipulato con l'assistente familiare, per un orario minimo di 24 ore settimanali, a condizione del mantenimento del contratto di lavoro per 12 mesi. Al termine di questo periodo i destinatari finali potranno continuare e/o rinunciare secondo le loro esigenze/scelte all'apporto dell'assistente familiare. Nel caso decidano di proseguire, le spese saranno a loro completo carico.
I destinatari finali potranno usufruire di una integrazione economica diretta:
a) pari a € 3.000,00, nel caso di finanziamento a valere sulle risorse finanziarie del POR FSE 2014/2020;
b) pari ad un minimo di € 2.000,00 fino ad un massimo di € 3.000,00, nel caso di finanziamento a valere su altre risorse pubbliche.
Il contributo massimo concesso sarà erogato in tre tranche definite nell'avviso pubblico.
I contributi verranno concessi sino ad esaurimento delle risorse destinate dai singoli avvisi.
Nel caso di durata inferiore del progetto il contributo economico concesso sarà riparametrato in maniera proporzionale. Il contributo oggetto della presente Linea guida non è cumulabile con altri contributi concessi per l'assunzione del medesimo assistente familiare.
L'intervento per l'assistente familiare, ove opportuno, può essere integrato con altri servizi/interventi erogabili in risposta alle necessità della persona anziana (ad esempio trasporto e mobilità, mensa, lavanderia, ecc.) a cura dei servizi territorialmente competenti mediante risorse pubbliche aggiuntive.

9. MODALITA' DI RENDICONTAZIONE

La rendicontazione delle spese deve essere presentata dal destinatario finale o da chi lo rappresenta ai sensi della normativa vigente, periodicamente, all'Ufficio di Piano territorialmente competente, che svolge la verifica di ammissibilità delle spese ed effettua l'imputazione sul sistema informativo (SISO, SIRU e gli altri sistemi di monitoraggio) nel rispetto di quanto previsto in materia di monitoraggio, verifica, controllo e valutazione dal sistema di gestione e controllo del PO FSE Umbria 2014-2020, nonché delle determinazioni regionali. Ai fini del PO FSE sono rendicontabili le sole spese previste nelle presenti Linee Guida al punto 8, accompagnate dai relativi giustificativi di spesa, debitamente quietanzati nelle modalità e nei termini stabiliti dalla normativa vigente.
La struttura competente per materia del Comune capofila, provvede, al momento della chiusura della rendicontazione periodica, a determinare l'importo effettivamente rimborsabile e procede alla sua liquidazione.
Ai fini della rendicontazione del costo dell'assistente/i familiare/i regolarmente contrattualizzato nel rispetto della normativa nazionale vigente, a supporto della verifica amministrativo-contabile,dovranno essere presentati:
□□contratto di lavoro sottoscritto e comunicazione obbligatoria all'Inps di inizio di rapporto di lavoro;
□□documento giustificativo della spesa, nel rispetto della normativa vigente;

□□documento che attesti l'effettiva quietanza di pagamento e documentazione idonea a garantire la tracciabilità dello strumento di pagamento;
□□documentazione che dimostri l'effettiva erogazione del servizio nei termini richiesti dal provvedimento concessorio del contributo.
Le spese ammissibili di un'attività finanziata dal PO FSE Umbria vengono riconosciute a fronte della presentazione da parte del destinatario al Comune capofila di Zona sociale di idonea documentazione giustificativa. Per le operazioni rimborsate a costi reali, ossia a costi effettivamente sostenuti e pagati, la prova è fornita da documenti contabili comprovanti la spesa, ossia fatture quietanzate o documenti contabili di valore probatorio equivalente o, in casi debitamente giustificati, altra idonea documentazione che fornisca una ragionevole garanzia che la spesa, pertinente all'operazione selezionata, sia stata effettivamente sostenuta e quietanzata.
Con riferimento ai pagamenti si ricorre a strumenti finanziari tracciabili, ossia assegni non trasferibili, bonifici, altre modalità di pagamento bancario o postale, nonché sistemi di pagamento elettronico.

10. DISCIPLINA DEGLI ISTITUTI DELLA REVOCA, DELLA SOSPENSIONE E DELLA DECADENZA

Tutti i requisiti previsti al paragrafo 5 delle presenti Linee Guida devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda e per tutta la durata del progetto è richiesto il mantenimento della residenza in uno dei Comuni della Regione Umbria nonché della condizione di invalidità civile almeno al 75% o di disabilità *ex* art. 3 e *ex* art. 4 della legge 104/92, pena la decadenza del contributo a decorrere dalla data della perdita dei suddetti requisiti.
Qualora nel periodo intercorrente tra l'avvio e il termine di conclusione del progetto di assistenza alla domiciliarità intervengano:
1. La perdita della condizione di invalidità civile almeno al 75% o della condizione di disabilità *ex* art. 3 e *ex* art. 4 della legge 104/92;
2. Il trasferimento della residenza in un Comune fuori del territorio della Regione Umbria
3. fatti o eventi che vadano ad incidere sulla realizzabilità del progetto il richiedente e/o chi lo rappresenta legalmente ai sensi della normativa vigente, dovrà darne tempestiva comunicazione (entro 15 giorni) per iscritto all'Ufficio di Piano del Comune capofila di Zona Sociale.
Qualora si verifichino fatti o eventi che vadano ad incidere sulla realizzabilità del progetto di assistenza alla domiciliarità, a decorrere dalla relativa comunicazione, l'Ufficio di Piano avvia la procedura per la rivalutazione ai fini della rimodulazione o della conclusione anticipata del progetto (determinando la decadenza parziale o totale del contributo). L'Ufficio di Piano può disporre la sospensione del Progetto fino all'esito della rivalutazione.
In ogni caso:
- il progetto verrà sospeso nel caso di ricoveri superiori ai tre mesi presso una struttura residenziale;
- il contributo sarà parzialmente revocato in caso di ricovero superiore a sei mesi in una struttura residenziale.

Qualora a seguito di controlli e verifiche saranno riscontrate inadempienze nella realizzazione del progetto e negli adempimenti previsti dall'Avviso Pubblico emanato per la concessione dei contributi, l'amministrazione comunale procede alla revoca, totale o parziale, del contributo concesso richiedendo la restituzione delle somme già erogate interessate dal provvedimento di revoca.
In caso di decadenza o di revoca parziale del contributo, saranno riconosciute solo le spese quietanzate sostenute anteriormente alla decadenza e/o alla revoca parziale secondo quantospecificato dagli avvisi.

11. RISORSE FINANZIARIE DEDICATE

Gli interventi di cui alla presente Linea guida sono finanziati con risorse europee o altre risorse pubbliche, il cui utilizzo temporale e ripartizione territoriale avverranno tramite atti della giunta regionale.

12. VALUTAZIONE DI IMPATTO E DI SISTEMA

La valutazione di impatto verrà effettuata attraverso specifici indicatori definiti in fase di monitoraggio.

PARI OPPORTUNITA'

VENETO

DGR 7.11.17. n. 1787 -Attribuzione di indennità mensili alle consigliere di parità del veneto di ruolo effettivo e supplente per gli anni 2015 e 2016. art. 35 comma 2 del decreto legislativo n. 151/2015.(BUR n. 112 del 20.11.17)

Note

Il provvedimento riconosce e quantifica l'indennità mensile spettante ai consiglieri ed alle consigliere di parità per l'esercizio delle loro funzioni per gli anni 2015 e 2016.

Viene riconosciuta alla Consigliera di Parità effettiva della Regione del Veneto una indennità mensile di euro 90,00 lordi per l'anno 2015, detratte eventuali erogazioni già effettuate allo stesso titolo, e di euro 270,00 lordi per l'anno 2016.

Viene riconosciuta alla Consigliera di Parità supplente della Regione del Veneto una indennità mensile di euro 45,00 lordi per l'anno 2015, detratte eventuali erogazioni già effettuate allo stesso titolo, e di euro 135,00 lordi per l'anno 2016, parametrati al periodo di effettiva supplenza.

PERSONE CON DISABILITÀ

LAZIO

DGR 31.10.17, n. 703 - D.G.R. 817/14 concernente "Definizione di un quadro programmatico in materia di azioni ad elevata integrazione socio-sanitaria, volto alla realizzazione di modelli di intervento innovativi in favore di persone disabili non collaboranti, replicabili sul territorio regionale. Approvazione schema di Protocollo d'Intesa". Approvazione Addendum Protocollo e finalizzazione dell'importo complessivo di euro 90.000,00 sul capitolo di spesa H41903, esercizio finanziario 2017. (BUR n. 92 del 16.11.17)

Note **PREMESSA**

Nell‟ambito della popolazione affetta da disabilità, è possibile individuare un gruppo specifico di Utenti che presentano, con diversi livelli di gravità, forme varie di disabilità intellettiva comportanti difficoltà nella capacità di interlocuzione esterna, comprese le difficoltà di collaborazione, limitazioni funzionali complesse tali da rendere particolarmente difficile l‟erogazione stessa delle prestazioni assistenziali indispensabili alla tutela della salute;

La legge regionale 10 agosto 2016, n. 11, in particolare all‟art. 38, riconosce alle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) un ruolo importante e di concorso nella realizzazione dei servizi e degli interventi del sistema integrato sociale previsti dalla programmazione regionale.

Per Statuto approvato con D.G.R. 2 novembre 2012 n. 527, l‟IPAB "Istituti Riuniti di Assistenza Sociale – Roma Capitale", nel seguito del presente atto denominato solo IRAS, si prefigge lo scopo di partecipare alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali di Roma Capitale, ai sensi della normativa vigente e sulla base delle modalità partecipative attribuite ai vari livelli istituzionali, in un‟ottica di attuazione di politiche integrate di intervento socioassistenziale, con particolare riferimento alle categorie a rischio di esclusione sociale.

Con la nota prot. n. 2014 del 31 luglio 2017, rimessa all‟Assessorato Politiche Sociali, Sport e Sicurezza ed acquisita agli atti della Direzione regionale Salute e Politiche Sociali con prot. n 460231 del 14 settembre 2017, l‟IRAS dà atto degli esiti positivi della sperimentazione del servizio, alla data di luglio 2017, in termini di crescente visibilità alla luce del numero e delle tipologie di accessi registrati, di rafforzamento dell‟integrazione socio sanitaria con ricadute positive in termini di soddisfazione dell‟utenza, tempistica, procedura, umanizzazione delle cure e di attivo coinvolgimento dell‟associazionismo familiare.

l‟IRAS:

- rappresenta che le risorse rese disponibili per il ristoro dei costi vivi, componente sociale, delle attività previste dal servizio sperimentale sono venute ad esaurimento anzitempo (luglio) rispetto alla prevista scadenza (27 gennaio 2018) del Protocollo di Intesa sottoscritto;
- chiede alla Regione Lazio di concorrere alla conclusione della sperimentazione del servizio per il conseguimento delle finalità di cui alla D.G.R. 817/14, in particolare, la strutturazione e la programmazione del servizio sul territorio regionale;
- propone azioni migliorative del piano di interventi oggetto del Protocollo e della collaborazione multidisciplinare in atto finalizzate a:

a) potenziare la capacità di risposta, capitalizzando l‟exspertise di strutture sanitarie altamente specializzate, ottimizzando collaborazioni già di fatto esistenti;
b) fornire un "continuum assistenziale", specie per alcune tipologia di prestazioni (odontoiatriche, ginecologiche, cardiologiche, con sedazione) che, spesso, non trovano completa risposta assistenziale;
c) strutturare un sistema di valutazione dell‟impatto delle procedure eseguite basato sui principali indicatori di qualità di vita riferite ai disabili non collaboranti;

GLI IMPEGNI DELLA REGIONE

La Regione Lazio, secondo i principi ed i valori richiamati nel proprio Statuto, promuove la solidarietà e l‟inclusione sociale nei confronti di coloro che, sul proprio territorio, versino in situazione di svantaggio, tutelandone i diritti;
L‟azione regionale sul tema della disabilità si fonda sul riconoscimento del ruolo centrale della persona, sulla capacità del sistema di offrire risposte equitative ed inclusive a superamento dello svantaggio e della fragilità sociale, sulle condizioni di parità di accesso e fruizione dei servizi, sia in ambito sanitario che sociale, intervenendo sui vari possibili fattori discriminanti;
La Regione Lazio è, da sempre, attenta a riconoscere e sostenere iniziative e progettualità riferite a tipologie di servizio/intervento di rilevante interesse ed utilità, in grado di incidere sui versanti della fragilità/disabilità, in termini di ascolto, comprensione, risposta, relazione e cura della diversità, mediante anche l‟incentivazione di sinergie e forme varie di collaborazione;
L‟Assessorato alle Politiche Sociali, Sport e Sicurezza, in particolare, ha come compito ed interesse istituzionale la promozione di azioni di sistema, progetti ed iniziative che accrescano la qualità delle politiche di inclusione attiva delle persone con disabilità entro la comunità ed i diversi contesti di vita quotidiana, nel rispetto dei principi di libera scelta e di pari opportunità.
L‟Assessorato alle Politiche Sociali, Sport e Sicurezza ha assunto un impegno concreto, richiamato nei vari atti normativi e di indirizzo programmatico in materia di disabilità, alla promozione e alla diffusione di un nuovo approccio ai bisogni ed alle aspettative delle persone con disabilità, sia in termini culturali che di metodologie e di processi operativi, di tipo comunitario, integrato nelle politiche di intervento, servizi, professioni ed orientato nel senso della sussidiarietà di partnership, con un coinvolgimento reciproco nella realizzazione delle azioni;.

LA DISPOSIZIONE

Rilevata l‟importanza, nell‟ambito di un quadro più ampio di riprogrammazione dei servizi ad elevata integrazione socio sanitaria per i disabili, di azioni di sistema per la definizione in ambito ospedaliero, ambulatoriale e territoriale di percorsi mirati, protetti e facilitati di accesso ai servizi per categorie di utenza fragile, viene confermato l‟interesse della Regione Lazio a terminare (27 gennaio 2018) la sperimentazione in corso del servizio per valutare la validità del modello di intervento e, ai sensi dell‟art.3 del Protocollo, replicarlo sul territorio regionale;
Viene condivisa e sostenuta la realizzazione delle azioni migliorative del piano di . interventi oggetto del Protocollo e della collaborazione multidisciplinare.
Viene disposto di concorrere ai costi vivi di gestione del servizio sperimentale al fine di assicurarne la continuità fino alla scadenza prevista (27 gennaio 2018) con l‟importo complessivo di euro 90.000,00

ALLEGATO A
ADDENDUM AL PROTOCOLLO DI INTESA

TRA
REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 2
IPAB ISTITUTI RIUNITIDI ASSISTENZA SOCIALE "ROMA CAPITALE"
Oggetto: definizione di un quadro programmatico in materia di azioni ad elevata integrazione socio –sanitaria, volto alla realizzazione di modelli di intervento innovativi in favore di persone disabili non collaboranti replicabili sul territorio regionale.
PREMESSO CHE
La Regione Lazio, in riferimento alle finalità del proprio Statuto e ai compiti istituzionali ad essa demandati in attuazione della legge 8 dicembre 2000, n. 328, svolge, tra l'altro, funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, nonché della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplina l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio sanitaria ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3 septies, commi 4 e 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.
La Regione Lazio, ai sensi di quanto previsto dalla legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, in particolare l'art. 51, promuove azioni, anche di carattere organizzativo, volte al miglioramento delle prestazioni, in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza, a partire dall'assistenza primaria, nonché all'ampliamento e potenziamento sul territorio di tipologie e modelli innovativi di servizi alla persona, fortemente integrati.
L'Azienda Sanitaria Locale Roma 2, in particolare, il Presidio Integrato "Santa Caterina della Rosa", ha avviato un percorso fortemente orientato all'integrazione delle cure primarie, alla centralità della persona ed alla sua presa in carico, con particolare riferimento a persone con disabilità comportanti evidenti difficoltà di interazione e comunicazione, tali da rendere difficoltose le prestazioni sanitarie necessarie a tutala della salute.
L' IPAB ISTITUTI RIUNITIDI ASSISTENZA SOCIALE "ROMA CAPITALE"
da Statuto si prefigge lo scopo di partecipare alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali di Roma Capitale, ai sensi della normativa vigente e sulla base delle modalità partecipative attribuite ai vari livelli istituzionali, in un'ottica di attuazione di politiche integrate di intervento socio-assistenziale, con particolare riferimento alle categorie a rischio di esclusione sociale;
la D.G.R. 817/14 ha approvato lo schema di Protocollo di Intesa per l'attivazione di un percorso di collaborazione istituzionale tra i soggetti suindicati, volto all'individuazione di una specifica azione di sistema per l'attivazione di un servizio sperimentale presso il Presidio integrato con day surgery "Santa Caterina della Rosa", facilitante l'accesso ai servizi sanitari agli utenti disabili non collaboranti a garanzia dell'erogazione di un'assistenza primaria adeguata ai bisogni complessi, in attuazione del principio di parità di trattamento garantito dalla normativa vigente;
il Protocollo di Intesa, di durata triennale, è stato sottoscritto dalle Parti in data 27 gennaio 2015 e, come indicato all'art. 1 dello stesso, si pone come finalità lo sviluppo e l'offerta di servizi migliorativi in termini di accesso e fruizione da parte delle persone disabili delle prestazioni sanitarie, nonché la definizione di modelli innovativi replicabili, una volta validati, sul territorio regionale, anche ai fini dell'implementazione delle attività preventive e della conseguente diminuzione dei costi derivanti dalle ospedalizzazioni improprie;
l'art.3 del Protocollo di Intesa impegna la Regione Lazio a conclusione del periodo di vigenza dello stesso (27 gennaio 2018), previa valutazione dell'intervento/servizio effettuato, a promuovere la realizzazione di analoghe iniziative su tutto il territorio regionale, anche attraverso il coinvolgimento delle "Case della Salute";
l'art 4, impegna la ASL Roma 2 ad assicurare, per lo svolgimento delle attività previste dal Protocollo, gli spazi adeguati presso il Presidio Integrato "Santa Caterina della Rosa" nonché l'utilizzo di tutte le altre strutture necessarie; a fornire, mediante proprio personale, le prestazioni medico specialistiche, infermieristiche, diagnostiche ecc.; a garantire la gestione dei flussi

informativi per le attività oggetto del servizio così come degli aspetti amministrativi e delle procedure collegate all'erogazione dell'assistenza;
l'art. 5 impegna IRAS, attraverso risorse proprie o avvalendosi della collaborazione di organismi del Terzo Settore, nel rispetto della normativa vigente, a concorrere all'attivazione del servizio, in particolare, a garantire l'accoglienza, l'accompagnamento del paziente e della sua famiglia, il coordinamento dell'attività, la formazione degli operatori, la divulgazione dell'intervento, ecc.
l'IRAS, con nota prot, n. 2014 del 31 luglio 2017 rimessa all'Assessorato Politiche Sociali, Sport e Sicurezza ed acquisita agli atti della Direzione regionale Salute e Politiche Sociali con prot n 460231 del 14 settembre 2017, ha rappresentato che le risorse rese dalla stessa disponibili per il ristoro dei costi vivi, componente sociale, afferenti alle attività contemplate dal servizio sperimentale sono venute ad esaurimento anzitempo (luglio) rispetto alla prevista scadenza (27 gennaio 2018) del Protocollo di Intesa sottoscritto;
con la suindicata nota ha chiesto alla Regione Lazio di concorrere alla conclusione della sperimentazione del servizio per il conseguimento delle finalità e degli obiettivi specifici di cui alla D.G.R. 817/14 con particolare riferimento alla strutturazione del servizio ed alla sua programmazione sul territorio regionale;
la ASL RM 2, Direzione Distretto 5, interessato dalla sperimentazione, con nota prot. n. 1552208/2017 acquisita agli atti della Direzione regionale Salute e Politiche Sociali con prot. n. 474480/17, ribadisce la validità del piano di interventi relativo al servizio sperimentale rivolto ai disabili non collaboranti, in termini di gradimento da parte delle famiglie degli utenti, di efficacia come presa in carico e della reale facilitazione dell'accesso ai servizi e l'importanza della collaborazione interistituzionale in atto, ai fini del percorso di sperimentazione/strutturazione di questo particolare servizio integrato;
l'art. 7 del Protocollo dispone che qualsiasi modifica o integrazione allo stesso dovrà essere apportata in forma scritta da parte dei competenti organi della Regione Lazio, della ASL RM 2 e degli IRAS;

CONSIDERATO CHE

E' comune intento delle Parti proseguire nella collaborazione interistituzionale in atto, alla luce degli importanti e positivi esiti valutativi emersi dalle relazioni periodiche rimesse ai sensi dell'art. 6 del Protocollo ai fini del monitoraggio del servizio sperimentale, concernenti il numero e le tipologie di accessi ai percorsi protetti e facilitati, l'orientamento ed supporto alle famiglie, il grado elevato di integrazione socio sanitaria raggiunto a beneficio della qualità stessa delle prestazioni rese, di riduzione dei tempi di attesa, di facilitazione delle procure ed umanizzazione delle cure; le Parti condividono, per il pieno raggiungimento degli obiettivi specifici di cui alla D.G.R. 817/14 relativi alla strutturazione del servizio e la sua programmazione in ambito regionale, l'opportunità di rafforzare ed implementare il piano di interventi previsto dal Protocollo e la collaborazione interistituzionale, per potenziarne la capacità di risposta; i costi vivi di gestione del servizio sperimentale, per la componente sociale, sostenuti da IRAS fino alla data di luglio 2017 vengono quantificati in 9.871.34 euro mensili;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

La Regione Lazio, ad integrazione dell'impegno assunto ai sensi dell'art. 3 del Protocollo di Intesa, di durata triennale, sottoscritto in data 27 gennaio 2015, concorre ai costi vivi, componente sociale, di gestione del servizio sperimentale, con un importo di euro 60.000,00 quantificato sulla base dei costi mensili al fine di assicurare la continuità dello stesso fino alla conclusione della sperimentazione e la valutazione del modello di intervento in favore dei disabili non collaboranti per la sua replicabilità sul territorio regionale;
La Regione Lazio, si impegna a sostenere le azioni di implementazione e rafforzamento del piano di intervento oggetto del Protocollo e del servizio, mediante una compartecipazione ulteriore di euro 30.000,00.
La vigenza dell'Addendum è la stessa del Protocollo di Intesa sottoscritto dalle Parti.
Letto Confermato e Sottoscritto

Roma
Regione Lazio ASLRM2 IRAS
Il Presidente Il Direttore Generale Il Presidente

DGR 7.11.17, n. 718 Approvazione dello schema di Accordo di Programma fra la Regione Lazio e l'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi" per la prosecuzione annuale dei servizi in favore dei cittadini ciechi e con pluridisabilità, di cui alla legge 28 agosto 1997 n. 284, art. 3, alla legge regionale 14 gennaio 1987 n. 8 e alla legge regionale 28 dicembre 2007 n. 26, art. 17.

Note

Viene approvato lo schema di Accordo di Programma tra la Regione Lazio e l'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi", di cui all'allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, avente ad oggetto "Prosecuzione annuale degli interventi in favore dei cittadini ciechi e con pluridisabilità, di cui alla legge 28 agosto 1997 n. 284, art. 3, alla legge regionale 14 gennaio 1987 n. 8 e alla legge regionale 28 dicembre 2007 n. 26, art. 17.", sulla base della avvenuta presentazione e valutazione di una articolata progettualità di intervento comprensiva della descrizione delle attività, degli obiettivi di servizio, nonché del piano finanziario (budget di servizio) per l'analisi dei costi;.

Viene prevista, per la prosecuzione in continuità e l'implementazione della rete dei Servizi Educativi Domiciliari e Territoriali sul territorio regionale, una compartecipazione alla spesa non superiore complessivamente ad euro 1.250.000,00 per i 12 mesi di attività (Aprile 2017 – Marzo 2018), nel rispetto delle disposizioni per il contenimento della spesa pubblica ed in linea con le finalizzazioni già deliberate per i precedenti piani di attività del "Centro regionale S. Alessio Margherita di Savoia per i Ciechi", da ultimo, D.G.R.67/16;

3)

Viene preso atto che l'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi" si è impegnata a realizzare interamente le attività contemplate nel Piano 2017, assumendo a proprio carico la quota di costi non coperta dal contributo regionale complessivamente assegnato.

Allegato A

Accordo di Programma

"Prosecuzione annuale degli interventi in favore dei cittadini ciechi e con pluridisabilità, di cui alla legge 28 agosto 1997 n. 284, art. 3, alla legge regionale 14 gennaio 1987 n. 8 e alla legge regionale 28 dicembre 2007 n. 26, art. 17."

LA REGIONE LAZIO
E
L'I.P.A.B. "CENTRO REGIONALE S. ALESSIO - MARGHERITA DI SAVOIA PER I CIECHI"

VISTO l'art. 34 del decreto legislativo. 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), recante la disciplina degli accordi di programma fra soggetti pubblici;

VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

VISTA la legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio", in particolare, l'art. 38;

VISTO lo Statuto dell'IPAB "Centro Regionale S. Alessio – Margherita di Savoia per i Ciechi", come da ultimo modificato, approvato con deliberazione di Giunta regionale 1 luglio 2008 n. 461, in particolare, l'art. 2 che enuncia i fini statutari impegnando l'Ente nella realizzazione di diverse

attività e servizi, in concorso con strutture regionali ed altri soggetti istituzionalmente competenti, mediante l'attivazione anche di appositi accordi/convenzioni;

DATO ATTO del Piano di attività 2017 presentato dall'I.P.A.B. "Centro Regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi" denominato "Servizi Educativi Domiciliari e Territoriali Aprile 2017 – Marzo 2018", acquisito, ai fini della sua valutazione complessiva e rispondenza agli obiettivi programmatici regionali, agli atti della competente Direzione regionale Salute e Politiche Sociali;

RILEVATO che il suddetto Piano il complesso delle attività, da sviluppare nell'arco temporale di 12 mesi (Aprile 2017 – Marzo 2018), necessarie a garantire la prosecuzione e l'implementazione della rete dei servizi educativi e di inclusione sociale e scolastica, di recupero di abilità e di potenziamento delle autonomie personali nell'area della comunicazione, del movimento e relazionale delle persone non vedenti e ipovedenti, anche con minorazioni aggiuntive, ai sensi della legge 28 agosto 1997, n. 284, art. 3, lettera c), e della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 26, in continuità con i piani di attività degli anni precedenti;

RILEVATA l'importanza a livello regionale del Piano, teso alla realizzazione ed al mantenimento di uno specifico servizio essenziale permanente rivolto ad utenti disabili non vedenti che versano in situazioni di particolari difficoltà con lo scopo di promuovere una migliore qualità della vita attraverso lo sviluppo di una rete integrata territoriale di servizi a carattere residenziale e diurno, come indicato all'art. 17 della succitata citata legge regionale;

PRESO ATTO che il Piano presentato dal "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi" volto a perseguire anche nuovi ed importanti obbiettivi di servizio in termini di potenziamento dell'offerta con aumento dei benefici diretti per l'utenza, di integrazione del contesto socio sanitario con quello socio educativo, con riduzione delle liste di attesa per gli stessi utenti dei servizi riabilitativi, presenta un costo complessivo di euro 2.438.425,72 per 12 mesi di attività (Aprile 2017 – Marzo 2018), come da piano finanziario allegato allo stesso;

DATO ATTO che, in ottemperanza alle disposizioni finanziarie per il contenimento della spesa pubblica al fine di garantire l'equilibrio di bilancio, per la realizzazione della suindicato Piano di attività 2017 sono state finalizzate risorse regionali per un ammontare complessivo non superiore ad euro 1.250.000,00 di cui: - euro 937.500,00 previsti dalla D.G.R. 537/17, a gravare sul capitolo di spesa H41903 (Missione 12 – Programma 02) per l'esercizio finanziario 2017, a copertura dei servizi relativi ai primi tre trimestri di attività progettuali (Aprile - Dicembre 2017), in continuità con la scadenza (31 marzo 2017) del precedente Accordo di Programma di cui alla D.G.R. 67/16; - euro 312.500,00 a gravare sul medesimo capitolo di spesa, esercizio finanziario 2018, per la copertura dei servizi afferenti all'ultimo periodo della progettualità oggetto del presente Accordo (Gennaio – Marzo 2018);

DATO ATTO che il suddetto contributo (euro 1.250.000,00) per la compartecipazione alla spesa è linea con i precedenti finanziamenti dei Piani di attività dell'I.P.A.B. e, quindi, congruo ad assicurare il mantenimento dello stesso livello dei servizi in ambito regionale;

PRESO ATTO che l'I.P.A.B "Centro regionale S. Alessio-Margherita di Savoia per i Ciechi" si è impegnata a dare piena esecuzione, nell'arco temporale dei 12 mesi previsti, alle attività di cui al richiamato Piano annuale, assumendo a proprio carico la quota dei costi progettuali non coperta dal contributo regionale;

DATO ATTO che la tempistica di approvazione e sottoscrizione del presente Accordo di Programma, annualità 2017, è dovuta a ragioni di natura contabile concernenti la procedura di gestione controllata del bilancio e che, pertanto, con la sua formalizzazione si riconosce di fatto l'avvenuta erogazione dei Servizi Educativi da parte dell'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio Margherita di Savoia" in ogni ambito provinciale, con un assunzione, ad oggi, di tutti gli oneri resisi necessari per assicurare gli stessi senza soluzione di continuità rispetto al precedente Accordo di Programma, di cui alla D.G.R. 67/17;

EVIDENZIATO che, attraverso il riconoscimento della partecipazione regionale alla progettualità dell'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi", si intende promuovere anche la definizione di procedure di monitoraggio e valutazione volte ad attestare l'andamento dell'attività quali quantitativa e l'efficacia degli interventi realizzati in relazione al raggiungimento degli obiettivi prefissati, al grado di soddisfazione dell'utenza interessata dai servizi, nonché all'individuazione di eventuali carenze e/o criticità, validando, in tal modo, un modello ripetibile in diversi contesti di attuazione di politiche e servizi sociali risultando, in tale ottica, funzionale l'attività del Comitato tecnico a composizione mista, con rappresentanti regionali e dell'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi", che non determina oneri aggiuntivi;
RICHIAMATI gli obblighi di rendicontazione della spesa sostenuta dall'I.P.A.B. per l'erogazione dei servizi; articolata nelle diverse voci di cui al piano finanziario allegato alla proposta progettuale presentata ed oggetto di valutazione;

LE PARTI STIPULANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA
Articolo 1 Recepimento delle premesse e termini di riferimento
1. Le premesse di cui sopra costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Accordo di Programma (di seguito denominato "Accordo").
2. Agli effetti del presente Accordo si intendono: a) per Regione, la Regione Lazio; b) per I.P.A.B., l'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi", unica istituzione operante nel Lazio a favore dei cittadini privi della vista; c) per Comitato tecnico, l'apposito Comitato tecnico a composizione mista, con rappresentanti regionali e dell'I.P.A.B.

Articolo 2 Oggetto e finalità
1. Oggetto del presente Accordo è quello di dare continuità ed implementare per l'annualità 2017 (Aprile 2017 - Marzo 2018) i Servizi Educativi Domiciliari e Territoriali offerti dall'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi", finalizzati al sostegno della persona disabile visiva e disabile visiva pluriminorata nel suo percorso di vita, in conformità con quanto stabilito nel Piano di attività presentato dallo stesso ed oggetto di specifica valutazione. Tali servizi intendono favorire e potenziare i processi di inclusione umana, scolastica, lavorativa e sociale. ed il conseguimento degli obiettivi avviene mediante l'elaborazione di progetti individualizzati che investono l'area della autonomia della persona, della comunicazione, del movimento, l'area relazionale e quella didattica.
2. In particolare, le attività avranno come obiettivi quelli dell'impiego compensativo dei sensi vicari, del recupero delle abilità, del potenziamento delle autonomie personali, scolastiche, domestiche ed ambientali e della pianificazione di azioni mirate a contrastare l'aggravamento delle capacità già compromesse.
3. Le azioni, di cui al precedente punto 2, sono rivolte ai cittadini della Regione Lazio di qualsiasi età con disabilità visiva ex legge 138/2001, anche con pluriminorazioni, congenite o acquisite;
4. I servizi educativi si svolgono presso i domicili degli utenti di tutta la Regione Lazio e presso tutte le strutture territoriali ubicate a Roma, Frosinone, Viterbo, Latina e Rieti. Inoltre, vengono svolte attività laboratoriali di espressione corporea e stimolazione sensoriali e percettivo-motorie presso l'Istituto S. Alessio. Tali servizi educativi comportano le seguenti azioni:
 individuare le esigenze della persona disabile in relazione alle sue proprie condizioni di vita, personali, familiari ed ambientali;
 predisporre un progetto personalizzato di interventi educativi domiciliari e territoriali;
 selezionare l'operatore tiflopedagogico le cui competenze sono atte ad eseguire il progetto definito;
 monitorare l'attuazione del progetto;
 valutare la soddisfazione della persona.

Articolo n 3 Impegni delle Parti

1. Sulla base delle Premesse:

a) le Parti, ciascuna nell'ambito delle proprie funzioni e competenze istituzionali, si impegnano ad individuare e definire, congiuntamente,

b) tutte le azioni e le modalità necessarie alla migliore realizzazione delle finalità di cui al precedente articolo 2;

c) la Regione si impegna a rendere disponibili le risorse economiche per la realizzazione delle attività richiamate al precedente articolo 2) e, più puntualmente, descritte nel progetto annuale, fino alla concorrenza massima di euro 1.250.000,00 per 12 mesi di attività (Aprile 2017 – Marzo 2018);

d) la Regione procederà al pagamento in rate trimestrali anticipate in riferimento al terzo e quarto trimestre progettuale, di importo corrispondente alla somma delle spese documentate per ciascun periodo, subordinatamente alla verifica, da parte della Regione, delle relazioni attestanti la realizzazione delle attività previste nel progetto e della conformità della rendicontazione della spesa relativa a ogni trimestre di esecuzione del medesimo;

e) la Regione procederà all'erogazione della quota di contributo relativa ai primi due trimestri progettuali, a titolo di rimborso, per i costi sostenuti interamente dall'I.P.A.B. al fine di garantire, a scadenza del precedente Accordo di Programma, la continuità dei Servizi Educativi;

f) l'I.P.A.B. si impegna a dare piena esecuzione alle attività progettuali di cui al precedente articolo 2), assumendo a proprio carico la quota di costi progettuali non coperta dal contributo regionale garantendo, pertanto, un livello di servizio, con riferimento al numero di ore di attività, almeno pari a quello realizzato con i precedenti piani annuali;

g) l'I.P.A.B. si impegna altresì a relazionare, nel dettaglio, l'andamento delle attività sul piano qualitativo e quantitativo e a rendicontare le spese ricomprese nel piano finanziario che accompagna la proposta progettuale, consentendo, anche mediante il criterio stesso di pagamento stabilito, un costante monitoraggio dei costi da parte della Direzione regionale Salute e Politiche sociali.

Articolo 4 Copertura finanziaria delle azioni previste dall'Accordo

1. Il costo totale stimato delle azioni di cui all'articolo 2, come più puntualmente definite nel Piano annuale è pari ad euro 2.438.425,72. La copertura finanziaria di tali attività è garantita: a. dalla Regione, fino alla concorrenza massima di euro 1.250.000,00 per 12 mesi di attività; b. dall'I.P.A.B. che assume a proprio carico la quota di costi non coperta dal contributo regionale assegnato per la progettualità annuale (Aprile 2017 – Marzo 2018).

Articolo n. 5 Comitato Tecnico dell'Accordo

1. Il Comitato Tecnico ("Comitato"), appositamente istituito, composto da n. 2 dipendenti regionali facenti parte della Direzione regionale Salute e Politiche sociali, di cui uno con funzioni di Presidente, e da n. 2 componenti individuati dall'I.P.A.B. nell'ambito delle proprie risorse umane, cura l'attuazione del presente Accordo

2. Il Comitato è preposto alla puntuale e costante verifica dello stato di attuazione delle attività progettuali di cui al presente Accordo di Programma.

3. Il Comitato produrrà relazioni periodiche sullo stato di avanzamento dell'Accordo, inviandole, attraverso il suo Presidente, per opportuna conoscenza e presa d'atto, a ciascuna delle Parti.

4. Il Comitato, al fine di garantire la piena realizzazione degli obiettivi del presente Accordo, può proporre integrazioni, modifiche e aggiornamenti, opportunamente motivati, al presente Accordo.

5. Il Comitato dura in carica fino al completamento delle attività approvate per la realizzazione degli obiettivi e delle finalità del presente Accordo.

6. Le modalità di funzionamento del Comitato sono disciplinate con apposito provvedimento adottato dal Direttore della Direzione regionale Salute e Politiche sociali.

7. La partecipazione ai lavori del Comitato è a titolo gratuito ed il funzionamento dello stesso non comporta alcun onere aggiuntivo per le Parti.

Articolo n. 6 Durata
Il presente Accordo, è riferito al Piano di attività 2017 concernente i Servizi Educativi Domiciliari e Territoriali in favore dei cittadini privi di vista e con pluridisabilità, articolato in 12 mesi (Aprile 2017 – Marzo 2018), in modo da garantire, senza soluzione di continuità con il precedente Accordo annuale di cui alla D.G.R. 67/16, l'erogazione degli stessi in ambito regionale .

Articolo n. 7 Disposizioni generali e finali
1. Il presente Accordo è vincolante per le Parti.
2. Le Parti si obbligano a compiere tutti gli atti necessari alla sua esecuzione.
3. Il presente Accordo è redatto in n. 3 copie originali e sarà sottoposto alle prescritte approvazioni e registrazioni di legge.

Roma, lì ……

Per la Regione Per l'I.P.A.B

Determinazione 8 novembre 2017, n. G15084 Avviso pubblico di manifestazione di interesse per l'individuazione di un patrimonio immobiliare solidale da destinare alle finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e del Decreto Interministeriale di attuazione del 28/11/2016.

Note **PREMESSA**

La legge del 2 giugno 2016 n. 112 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" disciplina misure di assistenza, cura e protezione nel superiore interesse delle persone con disabilità grave, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno del sostegno familiare, attraverso la progressiva presa in carico della persona interessata già durante l'esistenza in vita dei genitori.
Tali misure, volte anche ad evitare l'istituzionalizzazione, sono integrate, con il coinvolgimento dei soggetti interessati, nel progetto individuale di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, ove possibile, dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi.
Lo stato di disabilità grave, di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, è accertato con le modalità indicate all'articolo 4 della medesima legge. Restano comunque salvi i livelli essenziali di assistenza e gli altri interventi di cura e di sostegno previsti dalla legislazione vigente in favore delle persone con disabilità.
Il Decreto interministeriale attuativo del 23 novembre 2016 relativo, detta le caratteristiche attuative per il raggiungimento della finalità della legge del Dopo di Noi, e stabilisce che le Regioni devono adottare specifici indirizzi di programmazione per l'attuazione dei servizi e degli interventi a valere sulle risorse del Fondo, attraverso anche il confronto con le autonomie locali e le organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità e devono promuovere interventi volti al riutilizzo di patrimoni immobiliari per le finalità della legge;
Con DGR n. 454 del 25 luglio 2017 sono state approvate "Linee guida operative regionali per le finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e del Decreto Interministeriale di attuazione del 28/11/2016.", e pertanto viene ritenuto opportuno realizzare interventi innovativi di residenzialità per le persone con disabilità grave di cui all'articolo 1, comma 2 della legge n. 112 del 22 giugno 2016 volti alla creazione di soluzioni alloggiative di tipo familiare e di co-housing, che

possono comprendere il pagamento degli oneri d'acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera
degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità.
Viene quindi previsto:
- di attivare e potenziare programmi di intervento volti a favorire percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppiappartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare e che tengano conto anche delle migliori opportunità offerte dalle nuove tecnologie, al fine di impedire l'isolamento delle persone con disabilità grave di cui all'articolo 1, comma 2;
- sviluppare programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile delle persone con disabilità gra
Con DGR n. 454 del 25 luglio 2017 sono state finalizzate risorse per la realizzazione di interventi infrastrutturali di cui all'art. 5, comma 4, lettera d) Decreto interministeriale del 23 novembre 2016;

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l'allegato A "Avviso pubblico di manifestazione di interesse per l'individuazione di un patrimonio immobiliare solidale da destinare alle finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 e del Decreto Interministeriale di attuazione del 28/11/2016, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui i fa rnvio).

PIEMONTE

DGR 27.10.17, n. 25-5839 - Legge 22 giugno 2016, n. 112. Fondo per l'assistenza alle persone con disabilita' grave prive del sostegno familiare. Approvazione Programma attuativo anno 2017 e criteri di riparto delle risorse ministeriali agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali. (BUR n. 46 del 16.11.17)

Note

PREMESSA

La legge 22 giugno 2016, n. 112, comunemente denominata "Dopo di noi", disciplina le misure di assistenza, cura e protezione delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venire meno del sostegno familiare, attraverso la progressiva presa in carico della persona interessata già durante l'esistenza in vita dei genitori.
L'art. 3, comma 1) della suddetta legge istituisce il Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare prevedendo la dotazione finanziaria per gli anni 2016, 2017 e 2018 ed il comma 3) del medesimo articolo prevede che le regioni adottino indirizzi di programmazione e definiscano i criteri e le modalità per l'erogazione dei finanziamenti ministeriali.
Con il successivo Decreto Ministeriale del 23 novembre 2016 sono stati individuati gli interventi ed i servizi finanziabili con il Fondo ministeriale nonché i criteri di accesso a tali interventi.

L'AZIONE DELLA REGIONE

Con la D.G.R. n. 28-4949 del 2 maggio 2017 è stato approvato il Programma attuativo contenente gli indirizzi di programmazione regionale per l'attuazione degli interventi e dei servizi finanziabili con le risorse del suddetto Fondo ministeriale relative all'anno 2016.
Nello specifico il suddetto Programma attuativo contiene la descrizione degli interventi ed il riparto della risorse ministeriali assegnate alla regione Piemonte relative all'anno 2016 pari ad € 6.480.000,00, individuando le percentuali di utilizzo delle risorse, 58%, pari ad € 3.750.000,00 per gli interventi e i servizi alle persone di cui alle suddette lettere a), b), c) ed e), comma 4, art. 5 del D.M. 23.11.2016 ed il restante 42%, pari ad € 2.730.000,00 per gli interventi strutturali previsti alla lettera d).
Con la successiva D.G.R. n. 47-5478 del 3 agosto 2017 sono state approvate le "Linee di indirizzo in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" nonché i criteri di riparto delle risorse ministeriali relative all'anno 2016 a favore dei singoli Enti

gestori delle funzioni socio-assistenziali per l'attuazione degli interventi e dei servizi alle persone di cui alle lettere a), b), c) ed e), comma 4, art. 5 del D.M. 23.11.2016.
Relativamente agli interventi strutturali di cui alla lettera d), nella suddetta D.G.R. n. 47- 5478 del 3 agosto 2017 è stato ribadito che soltanto dalle risorse ministeriali riferite all'anno 2016 venisse riservata una specifica quota, così come previsto nel relativo Programma attuativo approvato con la D.G.R. n. 28-4949 del 2 maggio 2017.
Con il Decreto Ministeriale del 21 giugno 2017 è stata stabilita la ripartizione alle regioni del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare per l'anno 2017, pari ad € 38.300.000,00. Alla regione Piemonte è stata assegnata la somma di € 2.757.600,00.
Con nota del 28 giugno 2017, prot. 5045, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha richiesto alle regioni la trasmissione degli indirizzi di programmazione relativi all'annualità 2017 entro il termine del 4 agosto 2017, sulla base dello specifico schema ministeriale.
La Regione Piemonte, con nota del 19 luglio 2017, prot. n. 27822, ha trasmesso il proprio Programma attuativo anno 2017 riconfermando gli interventi già indicati nella programmazione regionale anno 2016, ad esclusione degli interventi strutturali di cui alla lettera d), comma 4, art. 5 del D.M. 23.11.2016.

LE DETERMINAZIONI DEL MINISTERO

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con nota del 12 settembre 2017, prot. n. 6910, ha riconosciuto la coerenza del Programma regionale con le indicazioni contenute nel Decreto ministeriale del 21 giugno 2017.

IL PROGRAMMA

Sulla base della valutazione positiva del Ministero, viene approvato il suddetto Programma attuativo anno 2017 (allegato A), facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
Viene destinata la somma di € 2.757.600,00 per l'attuazione degli interventi e dei servizi alle persone di cui alle lettere a), b), c) ed e), comma 4, art. 5 del D.M. 23.11.2016,dettagliatamente articolati nell'allegato A,
Allegato A

REGIONE PIEMONTE – PROGRAMMAZIONE ANNO 2017

Scheda 1

Premessa metodologica alle attività (art.2 del decreto 23.11.2016)
1. Indicazione della normativa regionale e/o delle modalità di regolamentazione prescelte per l'individuazione delle equipe multiprofessionali, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.
Descrizione delle procedure relative alla valutazione multidimensionale effettuata dalle equipe multiprofessionali, secondo i principi della valutazione bio-psico-sociale e in coerenza con il sistema di classificazione ICF.
In merito alle diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità prendere in considerazione almeno le seguenti aree:
- cura della propria persona;
- mobilità;
- comunicazione e altre attività cognitive;
- attività strumentali e relazionali per la vita quotidiana

2. Progetto personalizzato
Descrizione dei processi di definizione dei progetti personalizzati nelle modalità di cui all'art. 2, commi 2,3,4 e 5 del decreto
3. Descrizione delle modalità di definizione e di articolazione del budget di progetto per le attività di cui all'art. 5, co. 4, lett. a) b) e c) del decreto, sottolineando l'importanza di favorire il passaggio da una programmazione basata esclusivamente sulla certificazione della disabilità grave, alla centralità del bisogno emergente in cui il progetto e il relativo budget, vengono costruiti attorno al bisogno concreto della persona.

Scheda 2

Attività finanziabili con risorse del fondo di cui all'art. 5 del decreto
Tutti gli interventi devono essere aggiuntivi e non sostitutivi dei servizi già esistenti e rispettare le finalità indicate all'art. 19 della Convenzione ONU, con particolare riguardo al comma 1, lett. a).
Deve essere garantito l'accesso ai servizi e agli interventi a tutte le categorie di disabilità, comprese quelle intellettive e del neuro sviluppo, ai sensi dell'art. 3, comma 1, secondo periodo del D.M..
In merito alle spese per servizi socio-sanitari, sono ammissibili soltanto quelle di rilevanza sociale.
Gli interventi possono essere integrati con risorse regionali, di ambito o di soggetti terzi, sempre nel rispetto delle indicazioni operative e degli indirizzi indicati nel DM, in funzione delle finalità della legge 112/2016.
Previsione Percentuale Di spesa rispetto all'importo assegnato decreto
Si premette che la percentuale di spesa è indicativa in quanto soltanto a seguito della rilevazione del Fabbisogno potrà essere meglio definita
a. Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, di cui all'articolo 3, commi 2 e
3. Le azioni di cui al presente punto e alla successiva lettera b) devono riprodurre e ricercare soluzioni e condizioni abitative, quanto più possibile, proprie dell'ambiente familiare.
Descrizione degli interventi:
COME DA PROGRAMMAZIONE 2016
Percentuale di spesa….
35% pari ad € 965.160,00
b. Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4;
Progetto personalizzato - Budget di progetto
Descrizione degli interventi:
COME DA PROGRAMMAZIONE 2016
Percentuale di spesa….
35% pari ad € 965.160,00
c. programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana (art. 3, comma 5), anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale (art, 3, comma 6)
Descrizione degli interventi:
COME DA PROGRAMMAZIONE 2016
Percentuale di spesa….
17% pari ad € 468.792,00
e. in via residuale, interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare, di cui all'articolo 3, comma 7.
Percentuale di spesa….
13% pari ad €
358.488,00
Descrizione degli interventi:
COME DA PROGRAMMAZIONE 2016
Scheda 3
Rif.: art. 5, comma 4, lettera d) del DM
Descrizione degli interventi infrastrutturali
Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4, mediante il possibile pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità
COME DA PROGRAMMAZIONE 2016
Scheda 4

Adempimenti delle Regioni
Ai sensi dell'art 6, co.1, del DM, descrivere le modalità attraverso le quali sono stati programmati gli interventi e i servizi di cui all'art. 3 del
DM, in particolare:
□□ criteri e modalità per l'erogazione dei finanziamenti:
COME DA PROGRAMMAZIONE 2016
□□ modalità per la pubblicizzazione dei finanziamenti erogati:
COME DA PROGRAMMAZIONE 2016
□□ verifica dell'attuazione delle attività svolte e della eventuale revoca
dei finanziamenti:
COME DA PROGRAMMAZIONE 2016
□□ monitoraggio dei flussi finanziari, dei trasferimenti effettuati, del numero dei beneficiari e delle diverse tipologie d'intervento nei differenti ambiti previsti, con particolare riguardo alle diverse soluzioni alloggiative innovative:
COME DA PROGRAMMAZIONE 2016
□□ integrazione con i programmi del FNPS e del FNA, con particolare attenzione al Programma per l'attuazione della Vita Indipendente, per tutte le attività che riguardano lo stesso target di beneficiari e che presentano finalità coincidenti
COME DA PROGRAMMAZIONE 2016
Descrivere le modalità con le quali si è inteso indirizzare la selezione dei beneficiari per garantire l'accesso ai servizi secondo il criterio di maggiore urgenza ai sensi dei commi 2 e 3 dell'art. 4 del DM
COME DA PROGRAMMAZIONE 2016
N.B. E' possibile sostenere la continuità degli interventi, anche in deroga all'età, tenendo sempre in considerazione che i beneficiari, di norma, sono persone con disabilità grave non dovuta al naturale invecchiamento o a patologie connesse all'età.
Descrivere le modalità di coinvolgimento dei soggetti interessati, nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, ove possibile dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi.
COME DA PROGRAMMAZIONE 2016
D.D. 7 novembre 2017, n. 1088 POR FSE 2014-2020. Attivita' di formazione iniziale finalizzata ad assolvere all'obbligo di istruzione e al diritto/dovere anno formativo 2017/2018 di cui alla D.D. n. 646 del 04/08/2015. Approvazione e autorizzazione integrazioni per disabili/EES per allievi inseriti nelle terze annualita' per un importo pari a euro 876.000,00.
Note
1. di approvare e autorizzare, per ogni singolo beneficiario, le integrazioni per disabili/EES a favore degli allievi inseriti nelle terze annualità dei corsi autorizzati con D.D. n. 743 del agosto 2017 per un importo pari a euro 876.000,00, così come riportato nell'allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

TOSCANA
MOZIONE approvata nella seduta della Quarta Commissione Consiliare del 17 ottobre 2017, n. 803 Tariffe agevolate per persone diversamente abilie/o invalidi civili nel contratto di servizio Regione Toscana Toremar.(BUR n. 46 del 15.1117)
LA QUARTA COMMISSIONE CONSILIARE
Visto:
- il Contratto per l'affidamento dei "Servizi pubblici di cabotaggio marittimo di collegamento con le isole dell'arcipelago toscano";
Constatato che:
- all'articolo 13 (sistema tariffario) è previsto che "Il sistema tariffario da applicare ai servizi oggetto del presente contratto è defi ito nell'Allegato "H" al presente contratto "Sistema Tariffario";

la Regione si riserva il diritto di modificarlo in corso di contratto. L'eventuale conseguente riequilibrio economico del contratto sarà attuato secondo le procedure previste dall'art. 26";
- all'allegato H lettera f) (tariffe agevolate) sono previste solo le seguenti agevolazioni "I Bambini fi no a4 anni di età (non compiuti) hanno diritto alla gratuità. I bambini di età compresa fra i 4 e 12 anni (non compiuti) hanno diritto ad una riduzione tariffaria del 50%";
- sono previsti obblighi per il servizio pubblico cioè tariffe sociali agevolate per i residenti e pendolari così come, nell'allegato H punto 4 lettera a) è previsto "l'obbligo per Toremar di comunicare entro il 31 dicembredi ciascun anno eventuali altri titoli tariffari diversi da quelli stabiliti dalla Regione Toscana e eventuali sconti e convenzioni riconosciute a certe categorie di utenti nel rispetto dei principi comunitari di non discriminazione";
Preso atto che:
- nell'allegato K (Assistenza a persone a mobilità ridotta "PRM" e formazione) sono previste una serie di azioni a supporto dei diversamente abili, ma non è prevista nessuna forma di incentivo economico all'utilizzo della nave;
TUTTO CIÒ PREMESSO E CONSIDERATO
IMPEGNA
IL PRESIDENTE E LA GIUNTA REGIONALE
ad attivare le azioni di propria competenza al fi ne di prevedere, ai sensi di quanto indicato nel contratto di servizio in oggetto, anche agevolazioni tariffarie per le persone diversamente abili o persone con invalidità civile riconosciuta.

DGR 13.11.17, n. 1245 - Approvazione elementi essenziali per avviso contributi a valere sul Fondo regionale per l'occupazione dei disabili Legge 68/99. .(BUR n. 46 del 15.1117)
Note
Sono approvate le misure finalizzate a sostenere e favorire l'inserimento e l'integrazione lavorativa di soggetti disabili iscritti negli elenchi di cui all'art. 8 della L. 68/1999, attraverso l'erogazione di contributi a carico del Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili per progetti che possono combinare diversi tipi di misure a favore del miglioramento della capacità d'inserimento professionale, di seguito indicate: a. contributo per le spese sostenute per corso/i di formazione individuale in azienda e/o azioni di tutoraggio, per un importo massimo che potrà variare da 8.000 a 12.000 euro in base alla diversa tipologia di disabilità, prevedendo una maggiorazione del massimale in caso di disabilità di persona ultra50enne, invalidità al 100%, disabilità sensoriale, disabilità psichica/intellettiva, e/o in base alla tipologia di impresa/datore di lavoro privato, ovvero se soggetto all'obbligo di assunzione previsto dalla Legge 68/1999 oppure non soggetto all'obbligo di assunzione previsto dalla Legge 68/1999, in quanto già ottemperanti all'obbligo di cui alla legge 68/1999 o perché occupano un numero di dipendenti considerati ai fini del computo inferiore a 15; b. contributo per adeguamento/trasformazione del posto di lavoro fino ad un massimo di euro 5.000 (e comunque fino al 50% delle spese sostenute nel caso di imprese soggette all'obbligo di assunzione previsto dalla L. 68/1999 e fino al 75% nel caso di imprese non soggette all'obbligo di assunzione previsto dalla L. 68/1999) a condizione che l'assunzione del disabile sia a tempo indeterminato.
NB
Seguono indicazioni più specifiche a cui si fa rinvio

POLITICHE SOCIALI

ABRUZZO
DGR 15.9.17, n. 501D L.R. 24 giugno 2011, nr. 17 - Formale costituzione del Consiglio di Amministrazione dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona ASP n. 2 della Provincia di L'Aquila. (BUR n. 45 del 15.11.17

Note

Viene **costituito** formalmente, ai sensi dell'art.11, comma 4, della L.R. 17/2011, il Consiglio di Amministrazione dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona ASP n. 2 della Provincia di L'Aquila nella seguente composizione:

- Dott.ssa Catia Puglielli nata a Sulmona il 14.05.1976 ed ivi residente in Via Caprareccia n. 11/b – componente con funzioni di Presidente;
- Geom. Filiberto Di Tommaso nato a Sulmona il 13.05.1967 ed ivi residente in via C. Battisti n. 21 - componente;
- Dott.ssa Lidia Procario nata a Sulmona il 24.07.1976 e residente a Roccaraso (AQ) in Via Salvo D'Acquisto n. 58 – componente.

Articolo 1
(*Modifiche all'articolo 1 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17*)
1. Nell'articolo 1, comma 1, del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17 (Regolamento sulle procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale socioassistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità), la lettera g) è sostituita dalla seguente:
<<g) "struttura a ciclo residenziale": si rivolge a cittadini autosufficienti, parzialmente non autosufficienti o non autosufficienti e si configura in strutture residenziali con differenti livelli di specializzazione. La struttura residenziale offre servizi di assistenza riabilitativa e alberghiera, erogati in base alla specifica natura di bisogno assistenziale rilevato per l'utente;>>.
Articolo 2
(*Modifiche all'articolo 4 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17*)
1. Nell'articolo 4, comma 2, del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17, sono soppresse le seguenti parole: <<, ex sede di distretto socio sanitario,>>.
Articolo 3
(*Modifiche all'articolo 5 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17*)
1. Nell'articolo 5, comma 2, del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17, la parola <<alla>> è sostituita dalla seguente: <<dalla>>.
Articolo 4
(*Modifiche all'articolo 6 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17*)
1. Nell'articolo 6 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17, il comma 3 è sostituito dal seguente:
<<3. Al fine di promuovere lo sviluppo della qualità delle prestazioni sociali e favorire i rapporti tra i soggetti erogatori di servizi e i cittadini, le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale autorizzate e accreditate provvisoriamente ai sensi dell'articolo 32, comma 7, operanti in Calabria, sono accreditate definitivamente a seguito di esito positivo della verifica, ad opera dei comuni capofila, in ordine al possesso dei requisiti di cui al presente regolamento>>.
Articolo 5
(*Modifiche all'articolo 13 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17*)
1. L'articolo 13, comma 1, del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17, è così modificato:
a) la lettera h), posta di seguito alla lettera i), è sostituita dalla seguente:
<<l) trovarsi in regola con la vigente legislazione in materia di assistenza e previdenza sociale>>;
b) le lettere l), m), n) sono sostituite dalle seguenti:
<<m) osservare la vigente normativa in materia di tutela dell'ambiente e non essere mai stato sottoposto a sanzioni penali o amministrative per violazione di essa, né avere in corso i relativi procedimenti di irrogazione;
n) possedere una struttura idonea ed adeguata sotto il profilo organizzativo, finanziario e tecnologico all'effettuazione dei servizi e delle attività previste e disciplinate dal presente regolamento;
o) non essere stati oggetto, negli ultimi due anni, di provvedimenti sanzionatori riguardanti l'autorizzazione al funzionamento>>.
Articolo 6
(*Modifiche all'articolo 14 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17*)
1. Nel comma 4 dell'articolo 14 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17, è aggiunto il seguente periodo: <<I comuni capofila, fino alla definizione della documentazione e delle dichiarazioni a corredo della domanda di autorizzazione al funzionamento, possono avvalersi della modulistica, relativa alla domanda predetta, predisposta dalla Regione Calabria, e disponibile sul sito istituzionale di tale ente, in quanto compatibile con i requisiti di cui al primo periodo>>.
Articolo 7
(*Abrogazione dell'articolo 15 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17*)

1. L'articolo 15 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17, è abrogato.

Articolo 8

(*Inserimento del Capo VIII nel Titolo I del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17*)

1. Dopo l'articolo 22 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17, è aggiunto il seguente Capo:

<<Capo VIII

Individuazione degli operatori ai fini dell'erogazione dei servizi sociali.>>

1. Nel Capo VIII del Titolo I del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17, aggiunto ai sensi del comma 1, è inserito il seguente articolo:

<<Art. 22 *bis* – Modalità di erogazione dei servizi sociali

1. I comuni, nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili, individuano i soggetti presso cui acquistare o ai quali affidare i servizi sociali tra quelli autorizzati, accreditati e iscritti all'Albo di cui all'articolo 23, avvalendosi delle seguenti modalità:

a) acquisto di servizi e prestazioni dai soggetti del terzo settore, ai sensi dell'articolo 28, comma 1, della legge regionale 26 novembre 2003, n. 23, mediante convenzioni stipulate con i fornitori, iscritti in una apposita sezione dell'Albo, che si dichiarano disponibili a erogare i servizi, secondo tariffe e caratteristiche qualitative preventivamente concordate e ivi indicate, anche a favore di utenti in possesso dei titoli per l'acquisto dei servizi sociali di cui all'articolo 27 della legge regionale 26 novembre 2003, n. 23;

b) affidamento della gestione dei servizi ai soggetti del terzo settore, ai sensi dell'articolo 28, comma 2, e dell'articolo 14, comma 5, della legge regionale 26 novembre 2003, n. 23;

c) convenzioni con le organizzazioni di volontariato di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266, ai sensi dell'articolo 3 del DPCM 30 marzo 2001e s.m.i..

2. La scelta tra le modalità di cui al comma 1 è effettuata sulla base di specifica motivazione in ordine al rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza e concorrenza.>>

Articolo 9

(*Modifiche all'articolo 32 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17*)

1. L'articolo 32 del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17, è così modificato:

a) nell'alinea del comma 1 la parola <<18>> è sostituita dalla seguente: <<24>>;

b) nella lettera a) del comma 1 le parole <<e loro aggregazioni>> sono sostituite dalla seguente: <<capofila>>;

c) nel comma 4:

1) le parole <<30 giugno>> sono sostituite dalle seguenti: <<31 dicembre>>;

2) le parole <<alla medesima data>> sono sostituite dalle seguenti: <<alla data del 30 giugno 2017>>;

d) nel comma 4 *bis*:

1) le parole <<31 agosto>> sono sostituite dalle seguenti: <<30 novembre>>;

2) le parole <<di cui al comma 4>> sono sostituite dalle seguenti: <<del 30 giugno 2017>>;

e) il comma 4 *ter* è sostituito dal seguente:

<<4 *ter*. I soggetti che abbiano presentato istanze di cui al comma 4 *bis* si adeguano alle disposizioni del presente regolamento entro e non oltre il 31 dicembre 2017 per quanto attiene ai requisiti professionali e funzionali, ed entro e non oltre il 31 dicembre 2018 per quanto attiene ai requisiti strutturali.>>;

f) il comma 5 è sostituito dal seguente:

<<5. Le strutture socio-assistenziali a ciclo residenziale e semiresidenziale già autorizzate dalla Regione sono di diritto autorizzate al funzionamento a decorrere dall'entrata in vigore del presente regolamento e iscritte negli albi distrettuali e nell'albo regionale e si adeguano alle disposizioni del presente regolamento entro e non oltre il 31 dicembre 2017 per quanto attiene ai requisiti professionali e funzionali, ed entro e non oltre il 31 dicembre 2018 per quanto attiene ai requisiti strutturali.>>;

g) il comma 6 è abrogato;
h) il comma 7 è sostituito dal seguente:

<<7. Fermo quanto previsto all'articolo 6, comma 3, si considerano accreditate provvisoriamente le strutture che alla data del 30 novembre 2017 sono titolari di autorizzazione al funzionamento. Le strutture di cui al primo periodo si adeguano alle disposizioni del presente regolamento entro e non oltre il 31 dicembre 2017 per quanto attiene ai requisiti professionali e funzionali, ed entro e non oltre il 31 dicembre 2018 per quanto attiene ai requisiti strutturali.>>;
i) dopo il comma 7 è inserito il seguente:
<<7*bis*. L'inottemperanza agli obblighi di adeguamento previsti ai commi 4*ter*, 5 e 7 determina la revoca dei titoli abilitativi di cui ai medesimi commi.>>;
l) il comma 8 è sostituito dal seguente:
<<8. Entro la data del 31 dicembre 2017 la Regione trasferisce ai comuni capofila tutta la documentazione relativa alle strutture di cui al comma 7, nonché la documentazione relativa alle strutture titolari di sola autorizzazione al funzionamento di cui al comma 5.>>;
m) il comma 8*bis* è sostituito dal seguente:
<<8 *bis*. La Regione provvede all'erogazione delle somme:
a) direttamente, in favore delle strutture già ammesse a retta, per la copertura dei servizi erogati fino alla data del 30 giugno 2017;
b) mediante trasferimento ai comuni capofila, per le risorse necessarie alla copertura dei servizi erogati dalle strutture di cui alla lettera a) dal 1 luglio fino al 31 dicembre 2017.>>;
n) nel comma 8 *ter* le parole <<30 agosto>> sono sostituite dalle seguenti: <<31 dicembre>>;
o) il comma 10 è così modificato:
1) le parole <<30 giugno>> sono sostituite dalle seguenti: <<31 dicembre>>;
2) le parole <<e al convenzionamento delle strutture accreditate,>> sono soppresse.
Articolo 10
(*Disposizione transitoria*)
1. I comuni capofila definiscono la documentazione e le dichiarazioni a corredo della domanda di autorizzazione al funzionamento, ai sensi dell'articolo 14, comma 4, primo periodo, del regolamento regionale 16 dicembre 2016, n. 17, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente regolamento.

LAZIO

Decreto del Presidente della Regione Lazio 16 novembre 2017, n. T00214 II.PP.A.B. ex ECA "Fondazione Giovanni Torre" e "Opera Pia Giovanni Albricci". Nomina del Commissario Straordinario. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Note

Viene nominato il dott. Massimiliano Monnanni, soggetto esterno all'amministrazione, in qualità di Commissario Straordinario delle II.PP.A.B. ex ECA "Fondazione Giovanni Torre" e "Opera Pia Giovanni Albricci" per un periodo massimo di sei (6) mesi al fine di:
a) operare una ricognizione dello stato istituzionale, patrimoniale e contabile degli enti, propedeutica all'estinzione;
b) garantire l'amministrazione ordinaria e straordinaria delle II.PP.A.B. sino alla loro estinzione.

PIEMONTE

DGR 3.11.17, n. 8-5863 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Opera Pia Lotteri", con sede nel Comune di Torino. Nomina Commissario liquidatore ai sensi dell'art. 7 della L.R. 12 del 02/08/2017 "Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza". (BUR n. 47del 23.11.17)
Note
Viene nominato il dott. Paolo Frascisco - Dirigente regionale del Settore Ragioneria della Direzione Risorse finanziarie e patrimonio - Commissario liquidatore dell'Istituzione Pubblica di

Assistenza e Beneficenza "Opera Pia Lotteri", avente sede nel Comune di Torino, per la durata di dodici mesi, a titolo gratuito, con il mandato di:
1. ricognire la situazione contabile dell'I.P.A.B.,
2. definire la situazione patrimoniale dell'I.P.A.B.,
3. indicare la sussistenza delle condizioni per dichiarare l'estinzione dell'I.P.A.B., indirizzando alla Giunta, tramite l'Assessore competente alle Politiche sociali, gli esiti della sua attività

POVERTA'- INCLUSIONE SOCIALE

MARCHE
L.R. 13.11.17, n. 32 - Interventi di economia solidale, lotta agli sprechi e prime azioni di prevenzione della produzione dei rifiuti. Modifica alla legge regionale 5 febbraio 2013, n. 3 "Interventi regionali per il recupero, la restituzione e la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità".(BUR n. 121 del 16.11.17)
Art. 1
(Finalità)
1. La Regione Marche, nel rispetto dei principi dell'articolo 4 dello Statuto e in armonia con i contenuti della Risoluzione del Parlamento europeo del 19 gennaio 2012 avente ad oggetto: "come evitare lo spreco di alimenti: strategie per migliorare l'efficienza della catena alimentare nell'UE" e della legge 19 agosto 2016, n. 166, (Disposizioni concernenti la donazione e la distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi), promuove la realizzazione di interventi di economia solidale e di lotta agli sprechi alimentari e non alimentari, con l'obiettivo di diffondere un nuovo modello di sviluppo basato su una economia circolare e solidale, in particolare a tutela delle fasce più deboli della popolazione.
2. Per le finalità previste al comma 1, la Regione:
a) favorisce il recupero e la donazione dei prodotti alimentari invenduti a fini di solidarietà sociale;
b) contribuisce alla riduzione degli impatti negativi sull'ambiente e sulle risorse naturali, riducendo la quantità di rifiuti mediante attività volte alla prevenzione della loro formazione e all'estensione del ciclo di vita dei prodotti;
c) contribuisce al raggiungimento degli obiettivi generali stabiliti dal Programma nazionale di prevenzione dei rifiuti e dal Piano nazionale di prevenzione dello spreco alimentare, agli obiettivi di riduzione dello smaltimento in discarica dei rifiuti biodegradabili, agli obiettivi del Piano regionale di gestione dei rifiuti, approvato con deliberazione dell'Assemblea legislativa 14 aprile 2015, n. 128, e del relativo Programma regionale di prevenzione della produzione dei rifiuti;
d) promuove attività di ricerca, informazione e sensibilizzazione dei cittadini e delle istituzioni sulle materie oggetto di questa legge;
e) promuove la conclusione degli accordi previsti dall'articolo 26 del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150 (Disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge 10 dicembre 2014, n. 183), in materia di svolgimento di attività di pubblica utilità a beneficio delle comunità territoriali di appartenenza da parte di lavoratori che fruiscono di strumenti a sostegno del reddito nonché sottoposti a procedure di mobilità;
f) sostiene l'istituzione e l'attività di centri del riuso, favorendone l'integrazione su base territoriale.
Art. 2
(Interventi regionali per ridurre lo spreco alimentare)
1. Al fine di concorrere alla riduzione dello spreco alimentare, la Regione:
a) nell'ambito delle regole di aggiudicazione contenute nei propri bandi e nei bandi degli enti da essa dipendenti rivolti ad imprese e servizi di ristorazione e di ospitalità alberghiera, attribuisce un criterio premiale alle imprese che garantiscono una maggiore riduzione di spreco alimentare o il recupero e la distribuzione delle eccedenze di prodotti alimentari e non alimentari a favore delle

persone in stato di povertà o di grave disagio sociale o di associazioni che gestiscono mense o centri di raccolta di prodotti alimentari per persone indigenti;
b) fornisce indirizzi agli enti locali affinché nei propri bandi rivolti ad imprese e servizi di ristorazione e di ospitalità alberghiera, gli stessi attribuiscano un criterio premiale alle imprese che garantiscono una maggiore riduzione di spreco alimentare o il recupero e la distribuzione delle eccedenze di prodotti alimentari a favore delle persone in stato di povertà o di grave disagio sociale o di associazioni che gestiscono mense per persone indigenti;
c) favorisce accordi con l'Associazione nazionale Pro-Loco Italia (UNPLI), ed altri organismi analoghi, al fine di ridurre gli sprechi alimentari in occasione delle manifestazioni svolte nel territorio regionale;
d) promuove accordi di collaborazione tra le aziende del settore alimentare, della grande distribuzione alimentare e della ristorazione collettiva e i soggetti che offrono assistenza alle persone indigenti, a partire dalle mense del circuito CARITAS, presenti sul territorio regionale per la cessione di generi alimentari ancora commestibili;
e) promuove protocolli di intesa tra le imprese donatrici ed i soggetti attuatori riceventi ai fini della redazione di prassi igieniche idonee;
f) promuove la realizzazione di percorsi di alternanza scuola-lavoro, ai sensi della legge 13 luglio 2015, n. 107 (Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti) che prevedano la partecipazione dei soggetti indicati all'articolo 4;
g) promuove la presentazione da parte dei soggetti previsti all'articolo 4 di questa legge di progetti nell'ambito del servizio civile regionale, ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 23 febbraio 2005, n. 15 (Istituzione del sistema regionale del servizio civile), previa iscrizione all'albo regionale degli enti di servizio civile disciplinato all'articolo 5 della medesima legge regionale.

Art. 3

(Definizioni)

1. Ai fini di questa legge si osservano le definizioni seguenti:
a) eccedenze alimentari: i prodotti alimentari, agricoli e agro-alimentari che, fermo restando il mantenimento dei requisiti di igiene e sicurezza del prodotto sono, a titolo esemplificativo e non esaustivo: invenduti o non somministrati per carenza di domanda; ritirati dalla vendita in quanto non conformi ai requisiti aziendali di vendita; rimanenze di attività promozionali; prossimi al raggiungimento della data di scadenza; rimanenze di prove di immissione in commercio di nuovi prodotti; invenduti a causa di danni provocati da eventi metereologici; invenduti a causa di errori nella programmazione della produzione; non idonei alla commercializzazione per alterazioni dell'imballaggio secondario che non inficiano le idonee condizioni di conservazione;
b) spreco alimentare: l'insieme dei prodotti alimentari scartati dalla catena agroalimentare per ragioni commerciali o estetiche ovvero per prossimità della data di scadenza, ancora commestibili e potenzialmente destinabili al consumo umano o animale e che, in assenza di un possibile uso alternativo, sono destinati a essere smaltiti;
c) termine minimo di conservazione: la data fino alla quale un prodotto alimentare conserva le sue proprietà specifiche in adeguate condizioni di conservazione. Gli alimenti che hanno superato tale termine possono essere ceduti nell'ambito degli interventi previsti all'articolo 5, garantendo l'integrità dell'imballaggio primario e le idonee condizioni di conservazione;
d) data di scadenza: la data che sostituisce il termine minimo di conservazione nel caso di alimenti molto deperibili dal punto di vista microbiologico oltre la quale essi sono considerati a rischio e non possono essere trasferiti né consumati.
2. Sono da considerare eccedenze non alimentari tutti i prodotti per la casa, abbigliamento e vestiario, biancheria, articoli tessili, mobili ed articoli per l'arredamento, articoli per la pulizia, articoli igienico-sanitari e simili, oggetti per lo sport e il tempo libero, prodotti di cartoleria, libri, giocattoli e farmaci.

Art. 4

(Soggetti attuatori)

1. La Regione, per le finalità di questa legge, si
avvale dei seguenti soggetti attuatori:
a) gli enti locali, singoli o associati;
b) le organizzazioni di volontariato;
c) le associazioni di promozione sociale iscritte all'albo regionale;
d) le cooperative sociali;
e) le organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS) iscritte all'anagrafe di cui all'articolo 11 del d.lgs. 460/1997 operanti a livello regionale;
f) le fondazioni aventi esclusivamente finalità di assistenza, beneficenza, educazione, istruzione, studio o ricerca scientifica.
2. I soggetti di cui al comma 1 che effettuano attività di recupero e distribuzione gratuita, a fini di beneficenza, di prodotti alimentari e di altri prodotti a persone indigenti sono equiparati, nei limiti delle attività prestate, ai consumatori finali, ai fini del corretto stato di conservazione, trasporto, deposito ed utilizzo degli stessi, secondo quanto previsto dalla legge 25 giugno 2003 n. 155 (Disciplina della distribuzione dei prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale).
3. Gli operatori del settore alimentare che cedono gratuitamente i prodotti di cui all'articolo 2devono prevedere corrette prassi operative al fine di garantirne la sicurezza igienico-sanitaria, in linea con quanto stabilito al comma 236 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2013, n. 147 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014).
4. I soggetti attuatori indicati al comma 1, nell'ambito delle rispettive competenze, realizzano e promuovono, anche in collaborazione con associazioni, aziende, società ed istituzioni scolastiche, iniziative di educazione e formazione in relazione ai principi ed alle finalità di questa legge.

Art. 5

(Programma annuale degli interventi)

1. La Regione concede contributi per progetti di recupero e di distribuzione gratuita di prodotti alimentari e non alimentari; a tal fine, la Giunta regionale adotta entro il 30 novembre dell'anno precedente, previo parere della competente Commissione assembleare, un programma annuale degli interventi, con il quale sono individuati, in particolare:
a) le linee di attività che si intende promuovere per l'anno di riferimento, con l'indicazione delle tipologie di spese ammissibili;
b) le modalità attuative;
c) le risorse disponibili;
d) idonee iniziative di educazione, formazione e divulgazione sui contenuti e sulle finalità di questa legge.
2. Gli interventi sono adottati nel rispetto della normativa statale ed europea in materia di contratti pubblici e di aiuti di Stato.

Art. 6

(Criteri di priorità)

1. Nella valutazione dei progetti presentati ai sensi dell'articolo 5 è attribuita priorità ai progetti:
a) che si basino sulla collaborazione di almeno due dei soggetti previsti al comma 1 dell'articolo 4;
b) che si basino sulla collaborazione tra almeno uno dei soggetti previsti al comma 1 dell'articolo 4 e almeno una impresa;
c) qualora siano presentati in collaborazione con un ente locale, che prevedano l'applicazione da parte dello stesso di un coefficiente di riduzione della tariffa relativa alla tassa sui rifiuti in favore delle attività commerciali, industriali, professionali e produttive in genere che producono o distribuiscono beni alimentari e che a titolo gratuito cedono tali beni ai sensi di questa legge.

Art. 7

(Agevolazioni tariffarie)

1. E' facoltà dei Comuni prevedere, nella determinazione della tariffa per la gestione dei rifiuti urbani di cui all'articolo 238 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152 (Norme in materia

ambientale), specifiche agevolazioni per i soggetti di cui alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 2 di questa legge.

2. Per l'applicazione delle agevolazioni di cui al comma 1 i Comuni, in analogia con le disposizioni di cui al comma 649 dell'articolo 1 della legge 147/2013, disciplinano con proprio regolamento riduzioni della quota variabile del tributo in maniera proporzionale alle quantità di eccedenze alimentari che il produttore dimostra di aver ceduto a titolo gratuito ai sensi di questa legge.

Art. 8

(Disposizioni finanziarie)

1. Alle spese derivanti dall'attuazione di questa legge, autorizzate fino ad un massimo di euro 100.000,00 per l'anno 2018, si fa fronte con le risorse già allocate nella Missione 9 "Sviluppo sostenibile e tutela del territorio e dell'ambiente" al Programma 03 "Rifiuti" correlate alle entrate derivanti dal tributo speciale per il deposito dei rifiuti solidi ai sensi della legge 28 dicembre 1995, n. 549 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" e della legge regionale 20 gennaio 1997, n. 15 "Disciplina del tributo speciale per il deposito in discarica dei rifiuti solidi".

2. A decorrere dagli anni successivi al 2018 le spese di questa legge sono autorizzate e trovano copertura nei limiti delle risorse annualmente stanziate con la legge di approvazione di bilancio dei singoli esercizi finanziari in relazione alle risorse annuali derivanti dal tributo speciale per il deposito dei rifiuti solidi ai sensi della legge 549/1995 e della l.r. 15/1997.

3. La Giunta regionale è autorizzata ad apportare le conseguenti variazioni al documento tecnico e al bilancio finanziario gestionale necessarie ai fini della gestione.

Art. 9

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale, a partire dal secondo anno dall'entrata in vigore di questa legge, presenta annualmente all'Assemblea legislativa regionale una relazione dalla quale emergano lo stato di attuazione della legge e i risultati degli interventi per il contrasto allo spreco alimentare e non alimentare. A tal fine, con riferimento alle attività previste all'articolo 2 e agli interventi disciplinati dall'articolo 5, la relazione contiene risposte documentate ai seguenti quesiti:

a) quali attività sono state poste in essere dalla Regione in riferimento a quanto previsto all'articolo 2;

b) quali attività di recupero e distribuzione delle eccedenze alimentari e non alimentari e di formazione sono state realizzate e quali esiti hanno prodotto;

c) in quale misura le iniziative realizzate hanno soddisfatto il fabbisogno;

d) quali iniziative previste nel programma annuale degli interventi sono state realizzate, qual è stato il loro grado di diffusione sul territorio e il livello di partecipazione raggiunto;

e) qual è stato il contributo dei soggetti attuatori nella realizzazione degli interventi;

f) quali criticità sono state riscontrate nella fase di attuazione, quali sono state le soluzioni approntate per farvi fronte e l'entità degli oneri finanziari connessi all'attuazione degli interventi.

Art. 10

(Modifiche alla l.r. 3/2013)

1. Il comma 1 dell'articolo 1 della legge regionale 5 febbraio 2013, n. 3 (Interventi regionali per il recupero, la restituzione e la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità) è sostituito dal seguente:

"1. La Regione, a sostegno della solidarietà sociale, della lotta agli sprechi, del contenimento della spesa farmaceutica regionale, del contrasto del mercato nero di medicinali e della tutela della salute, promuove ogni iniziativa volta a incentivare il riutilizzo di farmaci inutilizzati e in corso di validità, nel rispetto della normativa statale vigente.".

2. Dopo l'articolo 1 della l.r. 3/2013, come modificato da questa legge, è inserito il seguente: "Art. 1 bis (Tipologia di medicinali riutilizzabili) 1. Ai sensi dell'articolo 2, commi 350 e 351, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. Legge finanziaria 2008), sono oggetto di riutilizzo: a) le confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, in possesso di ospiti delle residenze sanitarie

assistenziali, ovvero in possesso di famiglie che hanno ricevuto assistenza domiciliare o assistenza domiciliare integrata per un loro congiunto, dalle aziende sanitarie, da organizzazioni non lucrative di utilità sociale riconosciute dalla Regione. Dette confezioni di medicinali sono riutilizzabili nell'ambito delle stesse entità succitate, qualora, rispettivamente, non siano reclamate dal detentore all'atto della dimissione o, in caso di suo decesso, dall'erede, ovvero siano restituite dalla famiglia che ha ricevuto l'assistenza; b) al di fuori dei casi di cui alla lettera a), le confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, a esclusione di quelle per le quali è prevista la conservazione in frigorifero a temperature controllate, contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope e dei medicinali dispensabili solo in strutture ospedaliere, che siano date in donazione dal detentore che intenda disfarsene a ONLUS perché provvedano direttamente al loro riutilizzo mediante distribuzione gratuita diretta ai soggetti indigenti o bisognosi, dietro presentazione di prescrizione medica, ove necessaria, a condizione che dispongano di personale sanitario ai sensi di quanto disposto dalla normativa vigente o al conferimento presso i punti di raccolta secondo le modalità stabilite.

2. Per il riutilizzo delle confezioni di medicinali, di cui al comma 1, si osservano per la presa in carico le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 352, della legge 244/2007.".

3. Il comma 2 dell'articolo 2 della l.r. 3/2013 è sostituito dal seguente: "2. Il regolamento indicato al comma 1, facendo riferimento alle indicazioni della legge 19 agosto 2016, n. 166 (Disposizioni concernenti la donazione e la distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi), contiene, almeno, disposizioni rivolte a: a) definire puntualmente le caratteristiche dei medicinali idonei al recupero, alla restituzione ed alla donazione, di cui all'articolo 1 bis; b) definire puntualmente le modalità per il recupero, la presa in carico, la registrazione, la custodia, la conservazione, la restituzione e la donazione dei medicinali, definendone l'intera filiera; c) individuare le verifiche obbligatorie sui medicinali ed i soggetti competenti all'esecuzione delle stesse; d) individuare i punti di raccolta delle confezioni di medicinali destinati al riutilizzo, garantendo una distribuzione uniforme sul territorio regionale e definendo altresì i requisiti dei locali e delle attrezzature idonei a garantirne la corretta conservazione e le procedure volte alla tracciabilità dei lotti di medicinali ricevuti e distribuiti; e) predisporre i moduli attestanti la volontà del detentore o di un suo familiare o erede di donare i farmaci in proprio possesso ai soggetti beneficiari dei medicinali.".

4. Dopo il comma 2 dell'articolo 2 della l.r. 3/2013, come sostituito da questo articolo, è aggiunto il seguente: "2 bis. Nel regolamento sono stabilite le modalità attraverso le quali l'ASUR stipula apposite convenzioni e accordi con i soggetti individuati per l'attuazione delle finalità di cui alla presente legge.".

5. Il comma 1 dell'articolo 3 della l.r. 3/2013 è sostituito dal seguente: "1. La Regione promuove campagne d'informazione rivolte ai cittadini sulle modalità di donazione delle confezioni di medicinali per le finalità di cui all'articolo 1.".

6. Il comma 1 dell'articolo 4 della l.r. 3/2013 è sostituito dal seguente: "1. L'ASUR esercita la vigilanza sulla corretta osservanza delle modalità di tutte le fasi e gli aspetti contenuti nel regolamento di cui all'articolo 2.".

7. Al comma 1 dell'articolo 5 della l.r. 3/2013 le parole: "Entro il 31 dicembre di ogni anno" sono sostituite dalle seguenti: "Con cadenza semestrale".

8. Al comma 2 dell'articolo 5 della l.r. 3/2013 la parola: "annualmente" è sostituita dalla parola: "semestralmente".

9. Dopo il comma 2 dell'articolo 5 della l.r. 3/2013, come modificato da questo articolo, è aggiunto il seguente: "2 bis. La Giunta regionale, attraverso il SIRMI di cui all'articolo 5 bis, elabora una nota di farmacovigilanza, predisponendo una relazione sui risultati dell'attività di recupero, restituzione e donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità da presentare annualmente all'Assemblea legislativa. La relazione contiene anche una specifica sezione relativa alla consistenza del fenomeno del mercato nero dei farmaci inutilizzati e alle misure di contrasto intraprese.".

10. Dopo l'articolo 5 della l.r. 3/2013, come modificato da questa legge, è inserito il seguente: "Art. 5 bis (Sistema informativo regionale sui medicinali inutilizzati) 1. E' istituito il Sistema informativo regionale sui medicinali inutilizzati (SIRMI), attraverso il quale la Regione monitora e gestisce il flusso di informazioni relative ai medicinali oggetto della presente legge. 2. I dati che confluiscono al SIRMI secondo le modalità di cui all'articolo 5, sono accessibili a chiunque e sono pubblicati su apposita piattaforma telematica all'interno del sito istituzionale della Regione. In particolare, il SIRMI contiene: a) i riferimenti normativi comunitari, nazionali e regionali relativi ai medicinali inutilizzati; b) i riferimenti ai siti internet istituzionali relativi ai medicinali inutilizzati; c) le caratteristiche dei medicinali idonei alla restituzione, donazione e recupero ai fini del riutilizzo; d) l'elenco dei soggetti preposti alla presa in carico, alla raccolta, alla verifica e recupero alla donazione, con l'indicazione degli operatori sanitari responsabili; e) la mappa interattiva dei punti di raccolta contenente le informazioni di base sulle modalità per effettuare la donazione dei medicinali; f) il censimento dei medicinali in corso di validità recuperati, restituiti e donati ai fini del riutilizzo; g) le comunicazioni sulle iniziative di sensibilizzazione e formazione in materia; h) un'apposita sezione per la gestione e il monitoraggio delle eccedenze di medicinali.".
11. Dopo l'articolo 5 bis della l.r. 3/2013, come inserito da questa legge, è inserito il seguente: "Art. 5 ter (Misure premiali) 1. La Regione introduce misure premiali per garantire il più ampio recupero di medicinali inutilizzati ai fini del riutilizzo.".

Art. 11

(Disposizioni transitorie, finali e abrogazione)

1. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore di questa legge, la Giunta regionale adotta il regolamento previsto al comma 3 dell'articolo 10, provvedendo comunque all'adeguamento con le disposizioni richiamate all'articolo 15 della legge 166/2016.
2. In sede di prima applicazione, il programma degli interventi previsto all'articolo 5 è presentato alla Commissione assembleare per il parere di competenza entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore di questa legge.
3. Per quanto non diversamente disposto in questa legge si osservano le disposizioni della legge 166/2016 e le disposizioni ivi richiamate.
4. La legge regionale 3 dicembre 2012, n. 39 (Promozione dell'attività di recupero e distribuzione delle eccedenze alimentari e non alimentari per contrastare la povertà e il disagio sociale) è abrogata.

Art. 12

(Dichiarazione d'urgenza)

1. Questa legge è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

PUGLIA

DGR 30.10.17, n. 1719 - L.r. n. 14 marzo 2016, n. 3 "Reddito di dignità regionale e politiche per l'inclusione sociale attiva" e Reg.R. n. 8 del 23 giugno 2016 attuativo. Approvazione indirizzi operativi transitori per la chiusura della II annualità del Reddito di Dignità rispetto al D.Lgs. n. 147 del 15 settembre 2017 per l'introduzione del Reddito di Inclusione. (BUR n. 132 del 21.11.17)

Note **INTRODUZIONE NORMATIVA**

Il Decreto Interministeriale 26 maggio 2016 e s.m.i., che ha disciplinato la misura "Sostegno per l'Inclusione Attiva (S.I.A.)", di cui all'articolo 1, comma 386, della legge n. 208/2015;
La l.r. n. 3 del 14 marzo 2016, "Reddito di dignità regionale e politiche per l'inclusione sociale attiva", con cui la Regione Puglia ha inteso promuovere una strategia organica di contrasto al disagio socioeconomico, alle povertà e all'emarginazione sociale, attraverso l'attivazione di interventi integrati per l'inclusione sociale attiva, disciplinando la misura regionale Reddito di Dignità (ReD);
Il Regolamento Regionale n. 8 del 23 giugno 2016 attuativo della I.r. n. 3/2016;

La legge 15 marzo 2017, n. 33, recante “Delega sulle norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali”
Il Decreto Legislativo 15 settembre 2017, n. 147 in materia di “Disposizioni per l’introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà”, nel rispetto delle norme costituzionali di cui agli artt. 76, 87 e 117 terzo comma della Costituzione.

PREMESSA

L’evoluzione del quadro normativo nazionale registrata nell’ultimo semestre, che ha portato alla definizione per la prima volta in Italia di un LEP — Livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell’art. 117 comma 3, lett. m) della Costituzione, proprio in materia di contrasto alla povertà e sostegno al reddito, insieme agli esiti della introduzione sperimentale di una analoga misura regionale per il sostegno al reddito e l’inclusione sociale attiva, denominata “Reddito di dignità”, alla luce degli indirizzi operativi che il D.Lgs. n. 147/2017 reca per la transizione dal SIA al Re! — Reddito di Inclusione, e alle forti implicazioni che detti indirizzi hanno anche per il funzionamento della misura regionale ReD, induce a considerare il quadro attuale per definire interventi urgenti che sul piano amministrativo e procedurale consentano la ordinata transizione dall’annualità 2017 alla annualità 2018 anche per il Reddito di Dignità.

L’AZIONE DELLA REGIONE

Con Del. G.R. n. 928 del 28 giugno 2016 la Giunta Regionale ha già provveduto ad approvare l’Avviso pubblico per le manifestazioni di interesse per il popolamento del Catalogo dei tirocini per l’inclusione e dei progetti di sussidiarietà e di prossimità nelle comunità locali.
Con Del. G.R. n. 1014 del 07 luglio 2016 la Giunta Regionale ha già provveduto ad approvare l’Avviso pubblico per la presentazione delle domande di accesso alla misura economica del Reddito di Dignità quale strumento di inclusione sociale attiva coerente con le finalità e le tipologie di operazioni ammissibili a valere sul FSE degli Assi prioritari VIII e IX del POR Puglia 2014-2020.
Con Decreto Ministeriale del 16 marzo 2017 del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali (MLPS) e del Ministero dell’Economia e Finanze si è provveduto a modificare e integrare il Decreto Ministeriale del 26 maggio 2016 di disciplina del SIA — Sostegno per l’Inclusione Sociale attiva, alla cui disciplina è connessa la disciplina del ReD con specifico riferimento ad alcuni dei requisiti di accesso e alla procedura istruttoria in cooperazione con INPS, in qualità di “soggetto attuatore” per il MLPS, e pertanto si rende necessario integrare e modificare gli strumenti attuativi regionali del ReD per assicurare la piena coerenza e il nuovo allineamento delle procedure istruttorie al fine di assicurare l’efficiente svolgimento nell’interesse dei destinatari finali della misura.
Con Del. G.R. n. 972 del 13 giugno 2017 la Giunta Regionale ha già provveduto ad approvare, tra l'altro, le modifiche all'Avviso pubblico per il catalogo delle manifestazioni di interesse ad ospitare percorsi di attivazione per destinatari RED, in particolare con l'introduzione della terza tipologia di percorso di attivazione, denominata "Lavoro di Comunità".
Con Del. G.R. n. 989/2017 la Giunta Regionale ha, tra l'altro, provveduto a modificare la Del. G.R. n. 1014/2016 di approvazione dell'Avviso pubblico per la presentazione delle domande di accesso alla misura economica del Reddito di Dignità, al fine di adeguare i requisiti di accesso e i criteri di priorità allineandoli a quelli definiti per il SIA nazionale, così da favorire l'estensione della platea di potenziali beneficiari.

LA SPECIFICITA’ DEL RUOLO DELLE REGIONI

Le Regioni, ai sensi dell'art. 2 comma 10, dell'art. 5 comma 1, dell'art. 7 comma 5 e dell'art. 14 del D. Lgs. 15 settembre 2017, n. 147, hanno un ruolo assai più ampio e significativo, rispetto alla fase di sperimentazione e attuazione del SIA, sia per la programmazione degli interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà, sia per la definizione dell'assetto organizzativo per la rete dei punti di accesso per la presentazione delle domande e per la valutazione multidimensionale, sia per il potenziamento della misura di sostegno al reddito.

LE CONSEGUENZE DEL DLGS 147/2917 E LA RICADUTA SULLA REGIONE

Il D. Lgs. n. 147/2017 disciplina all'art. 25 le disposizioni transitorie e finali, e in particolare dispone che non sia possibile presentare ulteriori domande SIA da parte dei cittadini aventi diritto

dopo il 31 ottobre 2017 e che a far data dal 1° dicembre 2017 sia, invece, possibile per i cittadini che posseggono i requisiti di ammissione al Rei presentare domanda per il Reddito di Inclusione.
Si rende necessario disporre:
- la interruzione del termine per la presentazione delle domande di accesso al Reddito di Dignità regionale (SIA-ReD e ReD) alle ore 12,00 del 31 ottobre 2017, in modo coordinato rispetto a quanto previsto per la misura nazionale denominata SIA, integrata al RED, a seguito dell'approvazione del citato D.Lgs. 147/2017, per consentire una ordinata riattivazione delle procedure di presentazione delle domande, a partire dal 1° dicembre 2017, di accesso alla nuova misura nazionale denominata REI, oltre che alla Misura regionale denominata ReD, per come sarà ridefinita in ossequio a quanto previsto dal mutato contesto normativo nazionale in materia di contrasto alla povertà;
- la introduzione del termine delle ore 12,00 del 15 novembre 2017 per il caricamento su piattaforma degli esiti dell'istruttoria amministrativa (fase I) di competenza dei Comuni associati in Ambiti territoriali di tutte le domande pervenute fino al 31/10/2017, per la successiva trasmissione a INPSdelle domande positivamente istruite, mediante cooperazione applicativa, in considerazione di quanto previsto dal citato Decreto D.Lgs. 147/2017 in merito alla chiusura della misura SIA in vista dell'attivazione del REI; tutte le domande che non saranno state istruite nei termini utili dai corrispondenti Ambiti territoriali si intenderanno decadute e non più istruibili né dagli Ambiti territoriali né da INPS;
- la conferma della procedura di costruzione del Catalogo delle MI per ospitare tirocini e progetti di sussidiarietà presso Enti pubblici, imprese ed altri organismi privati a favore di soggetti beneficiari delle misure di inclusione (SIA-ReD, ReD, Rel), lasciando aperta la relativa procedura ed inalterati i contenuti dell'Avviso di cui alla D.G.R. 928/2016 come modificata ed integrata dalla D.G.R. 972/2017, in considerazione della necessità di disporre di tale strumento anche per le rinnovate misure di contrasto alla povertà che saranno implementate a partire dal 2018 (Rel e ReD);
- l'istruttoria da parte delle strutture competenti della Giunta Regionale, di ogni intervento sul quadro normativo regionale necessario per rendere coerente la misura ReD rispetto alla nuova misura Rei, sia rispetto alla effettiva possibilità di ampliare la platea dei potenziali destinatari, sia rispetto a ogni margine utile per introdurre significative semplificazioni nelle procedure amministrative a favore dei cittadini e degli stessi operatori comunali impegnati nell'attività istruttoria e di presa in carico, fermi restando i vincoli nazionali e ferma restando la natura attiva della misura di sostegno al reddito regionale, con specifico riferimento alla necessità che la presa in carico per i destinatari ReD anche successivamente alla attivazione del Rei contempli sempre un percorso di attivazione (come disciplinate dalla DGR n. 928/2016 e dalla DGR n. 972/2017);
- l'istruttoria da parte delle strutture competenti della Giunta Regionale, di ogni intervento utile alla riprogettazione e all'adeguamento della piattaforma regionale www.sistema.puglia.it/RED rispetto ai nuovi parametri richiesti per la cooperazione applicativa con le banche dati INPS di interesse, nonché per l'abilitazione dei punti di accesso che saranno individuati e l'implementazione di format di domanda il più possibile integrati, nell'unico interesse di semplificare la presentazione delle domande da parte dei cittadini.
Le modifiche hanno efficacia immediata.

TOSCANA
DPGR 10 novembre 2017, n. 167 - Rete della protezione e dell'inclusione sociale. Designazione componente. (BUR n. 47 del 22.11.17)
Note
In relazione a quanto disposto dal decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 (Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà), ed in particolare l'articolo 21 che istituisce la Rete della protezione e dell'inclusione sociale quale organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla legge n. 328 del 2000, in particolare che ai sensi dell'articolo 21, comma 2, del D.Lgs. 147/2017 la Rete della protezione e dell'inclusione

sociale è presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali ed è composta, fra gli altri, da un componente per ciascuna delle giunte regionali e delle province autonome, designato dal Presidente, viene designato quale componente della Rete della protezione e dell'inclusione sociale l'Assessore regionale al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria, Dr.ssa Stefania Saccardi.

PRIVATO SOCIALE

LAZIO

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15236 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "NOA' Societa' Cooperativa Sociale" codice fiscale 13307031008, con sede in Roma via Lubriano, 40 c.a.p. 00189 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione A. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "NOA' Società Cooperativa Sociale" codice fiscale 13307031008, con sede in Roma via Lubriano, 40 c.a.p. 00189all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione A a far data del 19 giugno 2017.

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15237 LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "INNOVACTION EUROPE Cooperativa Sociale" codice fiscale 02784370591, con sede in Latina, via Don Morosini, 1 c.a.p. 04100 - Diniego d'iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione A. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Note

Viene disposto il il diniego dell'iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A di cui alla legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 e successive modifiche ed integrazioni della cooperativa "INNOVACTION EUROPE Cooperativa Sociale" codice fiscale 02784370591, con sede in Latina, via Don Morosini, 1 c.a.p. 04100

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15238 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "OFFICINA DELLA CARTA Cooperativa Sociale" codice fiscale 07663440589 - Cancellazione dall'Albo Regionale delle Cooperative Sociali. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Note

Viene disposta la cancellazione della "OFFICINA DELLA CARTA Cooperativa Sociale" codice fiscale 07663440589, dall'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, e di aggiornare l'albo regionale delle cooperative sociali.

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15239 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "HEDERA societa' cooperativa sociale a r.l." codice fiscale 02033800596 Cancellazione dall'Albo Regionale delle Cooperative Sociali. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Note

Viene disposta la cancellazione della "HEDERA società cooperativa sociale a r.l." codice fiscale 02033800596, dall'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, e di aggiornare l'albo regionale delle cooperative sociali.

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15240 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "COSTRUIRE INSIEME Societa' Cooperativa Sociale" codice fiscale 10541981006 - Cancellazione dall'Albo Regionale delle Cooperative Sociali. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Note

Viene disposta la cancellazione della “COSTRUIRE INSIEME Società Cooperativa Sociale” codice fiscale 10541981006, dall’albo regionale delle cooperative sociali di cui all’articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, e di aggiornare l’albo regionale delle cooperative sociali.

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15241 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "CLICK societa' cooperativa sociale a r.l." codice fiscale 01803380565 Cancellazione dall'Albo Regionale delle Cooperative Sociali. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Note

Viene disposta la cancellazione della “CLICK società cooperativa sociale a r.l.” codice fiscale 01803380565, dall’albo regionale delle cooperative sociali di cui all’articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, e di aggiornare l’albo regionale delle cooperative sociali.

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15242 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "ZINGARI 59 - Cooperativa Sociale a responsabilita' limitata" codice fiscale 06390911003 - Cancellazione dall'Albo Regionale delle Cooperative Sociali dalla sezione B e diniego per la sezione A. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Note

Viene disposta la cancellazione della cooperativa “ZINGARI 59 - Cooperativa Sociale a responsabilità limitata” codice fiscale 06390911003, dall’albo regionale delle cooperative sociali di cui all’articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, sezione B.

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15243 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "Effata' Societa' Cooperativa Sociale" codice fiscale 02789570609, con sede in Arpino (Fr), via Civita Falconara, 16 c.a.p. 03033 - Diniego d'iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali – sezioni A e B. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Note

Viene disposto il diniego dell’iscrizione all’albo regionale delle cooperative sociali sezioni A e B di cui alla legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 e successive modifiche ed integrazioni della cooperativa “Effatà Società Cooperativa Sociale” codice fiscale 02789570609, con sede in Arpino (Fr), via Civita Falconara, 16 c.a.p. 03033

Determinazione 10 novembre 2017, n. G15244 - LL.RR 24/1996 e 30/1997 - "SOSTENERTI - Societa' Cooperativa Sociale" codice fiscale 12536661007, con sede in Roma, via Fogliano, 14/b c.a.p. 00199 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezione A. (BUR n. 94 del 23.11.17)

Note

Viene disposta l’iscrizione della “SOSTENERTI – Società Cooperativa Sociale” codice fiscale 12536661007, con sede in Roma, via Fogliano, 14/b c.a.p. 00199 all’albo regionale delle cooperative sociali di cui all’articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione A a far data del 25 agosto 2016.

PIEMONTE

D.D. 19 ottobre 2017, n. 996 - Approvazione di una convenzione tra la Regione Piemonte e il Banco Alimentare del Piemonte. Impegni di complessivi euro 300.000,00 (100.000,00 per ciascuna annualita' 2017, 2018 e 2019) sul cap. 180684 del bilancio di previsione 2017 - 2019 e liquidazione finanziamento 2017 di euro 100.000,00. (BUR n. 47 del 23.11.17)

Note

Il Banco Alimentare del Piemonte, in data 23-11-2016, ha presentato richiesta alla Direzione Coesione Sociale, prot. n. 40899A.1509° del 24.11.2016, richiedendo il prosieguo della convenzione 2014-2016, (stipulata con DGR 28-10-2013 n. 22-6577), al fine di poter fare affidamento su alcune risorse economiche necessarie per garantire il funzionamento tecnico amministrativo dell'organizzazione regionale.

La Giunta regionale, con D.G.R. n. 15 - 5706 del 02.10.2017 ha approvato la prosecuzione del rapporto di collaborazione tra la Regione Piemonte e il Banco Alimentare del Piemonte, nel rispetto degli indirizzi stabiliti dalla succitata deliberazione, al fine di sostenere e qualificare le iniziative del Banco Alimentare, garantendo un supporto finanziario istituzionale certo e costante.

Nella formulazione della sopraindicata deliberazione, la Giunta regionale ha tenuto in considerazione l'atto di indirizzo che il Consiglio regionale del Piemonte, nella seduta del 12-52015 aveva approvato all'unanimità - Ordine del giorno n. 340 - che impegnava il Banco Alimentare a garantire che le risorse regionali fossero equamente distribuite tra le diverse sezioni autonome della stessa organizzazione che operano sul territorio della Regione e a prevedere che tale ripartizione fosse definita in sede di stipula di una convenzione;

Viene approvata e sottoscritta l'allegata convenzione, parte integrante del presente provvedimento, tra la Regione Piemonte e il Banco Alimentare del Piemonte con sede legale a Moncalieri, Corso Roma 24 ter, nel rispetto delle indicazioni della D.G.R. n. 15 - 5706 del 02.10.2017;

Viene impegnata la somma di complessivi euro 300.000,00

PUGLIA

REG. REG.LE 15 novembre 2017, n. 22 - Iscrizione e tenuta dell'albo regionale delle Cooperative di Comunità" della LR 23/2014" in attuazione dell'art. 5 della L.R. 23/2014. BUR n. 130 del 16.11.17)

Art. 1

FINALITA' E OGGETTO

1. Il presente Regolamento disciplina il procedimento di iscrizione e cancellazione dall'Albo Regionale delle Cooperative di Comunità e le modalità di verifica e controllo dei requisiti soggettivi e oggettivi, nonché di mantenimento degli stessi, ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 20 maggio 2014, n. 23 "Disciplina delle Cooperative di Comunità".

2. Ai sensi dell'articolo 2 comma 1 della Legge Regione Puglia n.23/2014, le Cooperative di Comunità perseguono lo scopo di soddisfare i bisogni della comunità locale, migliorandone la qualità, sociale ed economica, della vita, attraverso lo sviluppo di attività economiche eco-sostenibili finalizzate alla produzione di beni e servizi, al recupero di beni ambientali e monumentali, alla creazione di offerta di lavoro e alla generazione, in loco, di capitale "sociale" valorizzando le competenze della popolazione residente, delle tradizioni culturali e delle risorse territoriali presenti nelle comunità di riferimento.

3. Per comunità si intendono, come disposto dall'articolo 4 comma 1, della Legge Regione Puglia n. 23/2014 *"i comuni e le eventuali circoscrizioni previste dagli statuti dei comuni stessi"*.

Art. 2

REQUISITI PER L'ISCRIZIONE

1. Possono iscriversi all'Albo delle Cooperative di Comunità le società cooperative, costituite ai sensi degli artt. 2511 e seguenti del c.c., e iscritte all'albo delle cooperative di cui all'art. 2512 c.c. e dell'art. 223-sexiedecies delle disposizioni per l'attuazione del Codice Civile.

2. Ai fini della iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative di Comunità, la Regione Puglia procederà alla verifica del possesso dei requisiti previsti dagli artt. 2511 c.c., 2512 c.c., 223-sexiedecies delle disposizioni per l'attuazione del Codice Civile e dagli artt. 2, 3 e 4 della Legge Regione Puglia n. 23/2014.

Art. 3

PROCEDURA PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO

1. Ai fini dell'iscrizione nell'Albo Regionale il legale rappresentante della Cooperativa di Comunità, presenta, alla Regione Puglia (Assessorato al Lavoro), istanza, sottoscritta nelle forme previste dall'articolo 38 del d.P.R n. 445/2000 (Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa).
2. L'istanza, corredata dalla Dichiarazione sostitutiva di certificazione (ai sensi del d.P.R n. 445/2000), sottoscritta da legale rappresentante attesta:
a) Estremi dell'atto costitutivo e data dell'ultima modifica dello statuto;
b) Codice fiscale e numero di Partita Iva;
c) Numero di iscrizione al registro delle imprese;
d) Sede legale risultante dal Certificato CCIA;
e) Elenco nominativo delle persone che ricoprono cariche sociali;
f) Numero di soci iscritti a Libro soci, ai sensi degli artt. 3 e 4 della Legge Regione Puglia n. 23/2014;
g) Certificazione attestante il rilascio delle autorizzazioni o/e iscrizioni prescritte per legge per avviare o attuare l'attività;
h) Attestazione della regolarità dei versamenti previdenziali ed applicazione integrale dei contratti collettivi di settore per gli addetti, sottoscritti dalle associazioni sindacali e datoriali comparativamente più rappresentative;
i) Attestazione che la cooperativa non abbia in corso contravvenzioni in materia di lavoro, previdenziale, assicurativa e fiscale non conciliabile in via amministrativa e/o procedure di fallimento;
j) Attestazione di non essere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Igs. n. 50/2016 e in ogni altra situazione soggettiva che possa determinare l'incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione e di non aver subito provvedimenti interdittivi da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione;
3. L'istanza di iscrizione deve essere corredata dalla della seguente documentazione:
a) copia dell'ultimo bilancio approvato ivi incluse la nota integrativa, le relazioni del consiglio di amministrazione e del collegio sindacale, di cui agli artt. 2428, 2429 del codice civile;
b) relazione dettagliata sull'attività già svolta, o se in attività da meno di un anno, relazione articolata sull'attività che la cooperativa intende svolgere;
c) copia del libro soci;
d) copia dello statuto.
4. Le istanze e la documentazione a corredo sono presentate, esclusivamente, in via informatica e digitale, nelle forme previste dalla D.Igs 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'Amministrazione Digitale". La modulistica per la presentazione dell'istanza e ogni altra indicazione tecnica sono definite con atti dirigenziali e sono
pubblicate in evidenza sul portale istituzionale della Regione a cura dell'Assessorato al Lavoro.
5. La Regione Puglia, al termine della verifica delle autocertificazioni rese e del possesso dei requisiti di iscrizione, adotta il provvedimento di accoglimento o diniego entro il termine di novanta giorni dal ricevimento della istanza, provvedendo alla relativa pubblicazione sul BURP e sul Portale Telematico.
6. Il termine di cui al precedente comma è sospeso in caso di richiesta di integrazione della documentazione e fino alla data di ricezione degli elementi richiesti.

Art. 4
MANTENIMENTO DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO

1.Le Cooperative di Comunità iscritte all'Albo devono dimostrare annualmente il possesso dei requisiti previsti mediante l'invio della documentazione di cui al successivo art 5.

2. La verifica delle condizioni necessarie per l'ammissibilità dell'operato delle Cooperative di Comunità è demandata agli organi di vigilanza competenti, così come previsto D.Lgs.CPS n. 1577/1947 e modificato dal D.Lgs. n. 220/2002. L'Assessorato regionale al Lavoro esprime il

proprio parere in ordine al permanere della condizione di iscrizione all'albo, al ricevimento del verbale di ispezione.
3. Qualora venga rilevato il venir meno di uno o più dei requisiti richiesti per l'iscrizione, la Regione diffida la Cooperativa di Comunità a ripristinare lo stato preesistente entro 180 giorni dalla data dell'invito ad adempiere. In caso di inottemperanza si dispone la cancellazione dall'Albo Regionale con provvedimento motivato, da pubblicare, con effetto di notifica, per estratto sul BURP.
4. L'iscrizione All'albo non esonera la Cooperativa di Comunità dall'obbligo di acquisire, prima dell'avvio dell'attività, autorizzazioni, licenze, concessioni, assenso della Pubblica Amministrazione prescritti dalla normativa nazionale e regionale.

Art. 5
COMUNICAZIONE DELLE MODIFICHE E ADEMPIMENTI ANNUALI

1. Le Cooperative di Comunità iscritte nell'Albo Regionale comunicano alla Regione Puglia, Assessorato al Lavoro, le modifiche dello statuto, il trasferimento della sede, le variazioni del nominativo del legale rappresentante e delle persone che ricoprono cariche associative. La comunicazione deve avvenire tempestivamente e comunque entro il termine di trenta giorni dall'evento.
2. Le Cooperative di Comunità iscritte nel registro trasmettono, entro il 30 giugno di ogni anno:
a) copia dell'ultimo bilancio approvato ivi incluse la nota integrativa, le relazioni del consiglio di amministrazione e del collegio sindacale;
b) dichiarazione del legale rappresentante attestante la sussistenza dei requisiti per l'iscrizione all'Albo;
c) rapporto annuale dell'attività svolta.
3. La mancata comunicazione di modifiche e variazioni e/o il mancato rispetto, degli adempimenti annuali sono motivo di cancellazione dall'Albo.
4. Il termine per la conclusione del procedimento istruttorio di verifica delle modifiche e delle variazioni è di novanta giorni, scaduti i quali, nel caso in cui le modifiche o le variazioni comportino la perdita dei requisiti di iscrizione nell'Albo, è adottato il relativo provvedimento di cancellazione.

Art. 6
EFFETTI DELL'ISCRIZIONE

1. L'iscrizione nell'Albo Regionale è condizione per accedere, ai sensi dell'art. 6 Legge Regione Puglia n. 23/2014, ai seguenti interventi finanziari regionali:
a) Finanziamenti agevolati.
b) Contributi in conto capitale.
c) Contributi in conto occupazione.
Gli interventi, al fine di sostenere la partecipazione delle Cooperative di Comunità in materia di tutela e valorizzazione del territorio, possono riguardare: la pulizia, la manutenzione, l'abbellimento di aree verdi, piazze o strade ed in genere la valorizzazione di una limitata zona del territorio urbano e/o extraurbano.
2. Riconoscendo il rilevante modello di innovazione sociale e la finalità pubblica delle Cooperative di Comunità, la Regione Puglia favorisce in particolare, ai sensi dell'articolo 7 della Legge Regione Puglia n. 23/2014, la partecipazione delle Cooperative di Comunità iscritte all'Albo all'esercizio della funzione pubblica attraverso appositi schemi di convenzione-tipo, che disciplinano i rapporti tra le Cooperative di Comunità e le stesse amministrazioni pubbliche operanti nell'ambito regionale, attuando così:
• la promozione di azioni volte a favorire le capacità progettuali e imprenditoriali;
• il sostegno ed il coinvolgimento nel sistema di produzione di beni e servizi;
• il riconoscimento come soggetto privilegiato della cooperativa di comunità nella promozione di politiche attive per il lavoro e di sostegno alle famiglie;

• misure di agevolazione della partecipazione delle comunità locali in materia di tutela e valorizzazione del territorio.

Art. 7

MODALITA' DI TENUTA DELL'ALBO

1. Nell'Albo sono annotati gli elementi essenziali della Cooperativa di Comunità, la descrizione sintetica dell'oggetto sociale, la sede, l'anno di costituzione, i nominativi di chi ricopre cariche di rappresentanza o direttive, le modifiche intervenute, gli estremi del provvedimento di iscrizione e di cancellazione.

2. All'atto dell'iscrizione alle Cooperative di Comunità è attribuito un numero progressivo di identificazione che corrisponde al collegato fascicolo contente la documentazione.

Art. 8

Pubblicità e trasparenza

1. L'Albo ed i relativi documenti sono pubblici ed è diritto degli interessati di prendere visione degli stessi attraverso il sito istituzionale della Regione Puglia (D.Lgs n. 97 del 25.05.2016).

Art. 9

Entrata in vigore

1. Il presente Regolamento entra in vigore il quindicesimo giorno successivo alla data di pubblicazione nel come regolamento della Regione Puglia.

PROGRAMMAZIONE

MARCHE

Deliberazione Amministrativa 17 ottobre 2017, n. 62, concernente: Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) 2018/2020 della Regione Marche. (BUR n. 121 del 16.11.17)

Note

Viene approvato il "Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2018/2020 della Regione Marche" di cui all'Allegato A alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.(a cui si fa rinvio)

PSICOLOGI

ABRUZZO

QUINTA COMMISSIONE CONSILIARE - RISOLUZIONE 03.08.2017, N. 35 - Istituzione del Servizio di Medicina Comportamentale per lo Psicologo delle cure primarie (BUR n. 45 del 15.11.17

LA QUINTA COMMISSIONE CONSILIARE

PREMESSO che:

- L'OMS ha definito la salute uno stato di benessere psicofisico e sociale che non è semplice "assenza di malattia", spiegando che, in circa il 60% delle malattie, si riscontra una chiara matrice psichica.
- Si rende, pertanto, necessario un intervento di carattere preventivo, attraverso le cure primarie, per evitare che il pericoloso fenomeno della cronicizzazione determini un aumento di quelle malattie che hanno una eziologia psichica, dovuta in gran parte all'ansia e allo stress.
- Secondo l'OMS, l'approccio che ha dato maggiori garanzie per l'evidenza di risultati clinici della prevenzione è la Medicina Comportamentale in virtù dell'alta specializzazione e affidabilità scientifica dell'approccio BM Behavior Modification, soprattutto nel trattamento del disagio legato ai disturbi dell'ansia.
- Provvedimenti in tal senso sono stati presi dal governo Britannico che ha stanziato fondi per "Migliorare l'accesso alle terapie psicologiche" con l'apertura di 150 centri per il trattamento

psicologico, intervento che ha determinato un aumento di un punto percentuale del PIL 1,9% della spesa pubblica.

- Anche la Regione Marche, con la mozione n. 106/2016, ha adottato un intervento finalizzato ad istituire la figura dello "Psicologo per le cure primarie", per la durata di 2 anni, ai fini della prevenzione del danno e per il benessere e il miglioramento della qualità della vita nonché il contenimento della spesa.
- La psicologia della salute, alias Medicina Comportamentale, mira a individuare e valutare i fattori psicologici che motivano certi comportamenti disfunzionali legati allo stress per la cura delle persone e, conseguentemente, ad attivare adeguate strategie di cambiamento. Tende, cioè, a sviluppare delle abilità di autocontrollo per potenziare le risorse necessarie ad affrontare lo stress determinato dai cambiamenti presenti nella nostra società post industriale e tecnologica. In questo contesto risultano rilevanti il ruolo e le funzioni dello psicologo specializzato per le cure primarie in stretta collaborazione con il medico di medicina generale, come supporto necessario ad individuare quei fattori causali e di mantenimento presenti in diverse patologie che hanno come origine l'ansia e i fenomeni ad essa correlati.
- Tale modello di intervento socio-sanitario è già presente e diffuso in Gran Bretagna e in Olanda con l'acronimo IAPT (Improving Access to Psycological Therapies). Il governo inglese ha assunto, infatti, centinaia di psicologi specializzati in psicoterapia cognitivo-comportamentale per la cura dei disturbi dell'ansia e questo intervento si è rivelato estremamente utile a ridurre la spesa sanitaria.
- In Italia, oltre alla regione Marche, tale approccio è stato proposto dalla scuola di specializzazione dell'Università La Sapienza di Roma e, di recente, anche l'Università G. D'annunzio di Chieti, in collaborazione con l'AIAMC, ha organizzato un convegno che si è tenuto in data 11 novembre 2016, presso il Ce.S.I., sul tema: "Benessere e Prevenzione dalla Psicologia della Salute alla Medicina Comportamentale", in cui sono stati presentati i primi interessanti risultati ottenuti da un progetto sperimentale di prevenzione dell'infarto che ha interessato i pazienti del reparto di cardiologia dell'Ospedale Civile di Pescara, realizzato gratuitamente dall'Associazione AIMY.
- Il progetto di Medicina Comportamentale, che rappresenta l'inizio di una auspicabile collaborazione tra lo psicologo e il medico, offrirebbe maggiori garanzie per un efficace intervento nel settore della prevenzione. Come afferma il Prof. Luigi Solano: "L'obiettivo del progetto è quello di evitare inutili analisi diagnostiche e trattamenti farmacologici inappropriati, inquadrando i casi che affollano gli ambulatori della medicina di base secondo un'ottica psicosomatica da discutere con il medico".

ATTESO che:

- in Italia, i medici di base sono oltre 47.000, ciascuno con una media di 1.143 pazienti (dato 2012) che curano i diversi sintomi ricorrendo quasi esclusivamente alla sola terapia farmacologica;
- circa il 70% dei pazienti che richiedono un appuntamento dal medico, presenta problemi psicosomatici legati per il 35% a problematiche che hanno una causa psicologica;
- l'area della salute mentale rappresenta una emergenza visto che quattro delle dieci maggiori cause di disabilità nel mondo interessano questo settore, anche in una logica di complessità socio-sanitaria, come i disturbi dell'umore, la schizofrenia, i disturbi di personalità, deficit intellettivo, tossicodipendenze;
- le patologie psichiche rappresentano la causa principale di povertà e, dunque, il più frequente problema in età lavorativa nei paesi industrializzati con conseguenze economiche rilevanti: si conta che le malattie mentali determinano il 40% di tutte le invalidità nell'assenza dal lavoro;
- la banca mondiale stima che i costi economici dei disturbi determinati dallo stress sono pesantissimi anche per la riduzione della produzione economica dovuta a patologie di origine psichica: a livello globale, per la sola depressione, è stato stimato un costo di almeno 800 miliardi di dollari nel 2010, somma che in base al trend statistico potrebbe più che raddoppiare nel 2030;
- il periodo di profonda crisi economica come quella che stiamo attraversando favorisce nella società il prevalere di nuove forme di povertà, di ingiustizia sociale, di ineguaglianze ed emarginazione sociale che hanno fatto aumentare i disturbi da stress legati a varie manifestazioni d'ansia

psicosomatica (infarto, ulcera, colite spastica ulcerosa, disturbi del sonno, disturbi post traumatici dovuti a calamità naturali, disturbi del comportamento alimentare, ecc.). I disturbi alimentari, per esempio, se non prevenuti opportunamente comportano vere e proprie malattie come l'anoressia e la bulimia che richiedono ricoveri e trattamenti specialistici. Per non parlare dei DPTS (Disturbi post traumatici da stress) dovuti a calamità naturali come il terremoto, fenomeno frequente nella nostra regione, che se non curati preventivamente con una terapia psicologica possono, nel tempo, cronicizzarsi e determinare nevrosi fobiche ansiose, aggravandosi fino ad assumere forme patologiche ben più gravi, come disturbi ossessivi compulsivi e altre patologie dissociative;

- tra le nuove forme di dipendenza determinate dall'avvento della tecnologia on line, si delineano sempre più patologie, come i GAP, ovvero il gioco d'azzardo patologico, in crescente e preoccupante diffusione nel tessuto sociale cosiddetto "sano" (quali casalinghe, pensionati, adolescenti), con conseguenze economiche e sanitarie devastanti;
- i campi che necessitano di supporto psicologico sono molteplici, a partire dai casi di grave emergenza per la collettività (come casi di terremoti, attentati terroristici, e catastrofi naturali, ecc.), sino alle dinamiche legate alle problematiche familiari (separazioni e divorzi, lutti, suicidi, violenza domestica, conflittualità nella coppia), alle problematiche della sicurezza nel lavoro dovute allo stress, al sostegno ai minori (disturbi cognitivi, comportamentali, violenze e abusi sessuali e psicologici), alle altre patologie tipiche della nostra società consumistica, come disturbo d'accumulo e shopping, e alle forme di dipendenza come l'abuso di alcool e droghe leggere, ecc;
- tra i fenomeni più inquietanti segnalati dalla medicina comportamentale c'è quello delle domande di assistenza da parte di soggetti affetti da patofobie e ipocondria che richiedono, compulsivamente, accertamenti diagnostici e visite specialistiche del tutto inutili. Soggetti che, pur lamentando un problema medico, in realtà necessitano di un sostegno psicologico specialistico in grado di risolvere il problema di natura emotivo-affettiva.

PRESO ATTO che:

- emerge da più parti l'esigenza di rispondere ai bisogni più profondi del paziente, inteso come soggetto psichico oltre che fisico, nell'ottica di offrire una risposta efficace e di qualità al diritto alla salute;
- in ogni settore sanitario e socio-sanitario la prevenzione e la diagnosi precoce e, più generalmente, l'individuazione delle "problematiche scatenanti", il sostegno e il contenimento dei fattori di mantenimento che alimentano il processo di cronicizzazione della malattia sono fondamentali per favorire un corretto investimento per lo sviluppo dei servizi territoriali al fine di individuare la domanda prima dell'esordio della malattia;
- il disagio psicosociale (non solo psicopatologico) viene generalmente non considerato e sottovalutato come fattore determinante nella genesi di patologie gravi che troppo spesso si traduce in un ricorso massiccio a farmaci, visite specialistiche, esami oggettivi e analisi di vario genere, tutte a carico del SSN. Interventi che risultano incapaci di risolvere quello che è un problema di natura psicologica e che, come tale, andrebbe affrontato con strumenti moderni quali quelli offerti dalla Medicina Comportamentale;
- spesso, non si ricorre allo psicologo psicoterapeuta per disagi che, nella fase iniziale, potrebbero nascondere problemi mentali e comportamentali, i quali, lo psicologo specializzato, con un approccio "evidence based", potrebbe facilmente individuare e risolvere, e che troppo spesso non trovano immediata risposta nell'attuale organizzazione del servizio sanitario;
- secondo l'OMS, tra i principali ostacoli per l'accesso a cure adeguate ci sarebbe la carenza di personale formato per cure di tipo non farmacologico;
- allo stesso tempo, sono ormai consolidate, grazie agli studi "evidence based", una serie di strategie nell'offerta di servizi e trattamenti psicologici, come la terapia cognitivo-comportamentale, in grado di prevenire e curare molte patologie riguardanti la salute mentale.

Correttamente attuati, questi interventi rappresentano i migliori investimenti possibili per la nostra economia, sempre più impegnata ad effettuare tagli alla spesa sanitaria, e per la prevenzione, con ritorni significativi per la salute psicofisica e per la qualità della vita.

RITENUTO che:

- nell'ottica di favorire un salto culturale qualitativo, la figura sanitaria dello psicologo psicoterapeuta necessita di essere rivalutata in una prospettiva di prevenzione e di intervento per la tutela della salute legata al disagio;
- i compiti dello psicologo psicoterapeuta delle cure primarie, all'interno di un Servizio di Medicina Comportamentale, si svolgerebbero in collaborazione con i MMG in base alle esperienze già in atto, e potrebbero articolarsi nelle seguenti attività:

1. identificazione precoce e intervento tempestivo nelle situazioni e nelle problematiche d'ansia legate a fattori stressanti che, se non elaborati adeguatamente, possono generare col tempo quadri psicopatologici molto più gravi (prevenzione primaria);
2. attuazione di un intervento di primo livello, nei casi di situazioni psicopatologiche già in atto, con particolare attenzione ai pazienti che hanno sviluppato una sintomatologia ansiosa e che necessitano di un intervento finalizzato a sviluppare una consapevolezza necessaria a comprendere le cause della sofferenza che li spinge a trovare rimedi farmacologici e analisi strumentali con continue richieste di visite ai MMG (prevenzione secondaria);
3. gestione dei problemi legati alla presenza di gravi eventi stressanti (lutti, perdita di lavoro, separazioni, patologie psicosomatiche e altre forme psicopatologiche di natura nevrotica) che possono essere trattati a livello individuale e di gruppo con programmi psicoeducativi incentrati sulla riduzione dello stress con nuove metodologie "evidence based" quali la Mindfulness, l'ACT, lo schema Therapy, facenti pare della terapia cognitivo comportamentale e della medicina comportamentale. In questi casi, la gestione dei gruppi psicoeducativi è finalizzata a promuovere un approccio consapevole di self management della propria salute. Un modo diverso di affrontare la sofferenza psichica, centrato più sulla intima ricerca consapevole delle cause che sul ricorso all'aiuto esterno: la medicina comportamentale propone un modo diverso di prendersi cura della propria salute psicofisica che si fonda su una metodologia "evidence based" e su una filosofia di vita che dà maggiore importanza alla responsabilità del singolo nell'impegno a modificare quei comportamenti disfunzionali che alimentano lo stress e che possono determinare la malattia. Tutto ciò richiede un diverso approccio fondato sulla consapevolezza. Un nuovo modello di prevenzione del danno che sta riscuotendo notevole successo negli USA (Jon Kabat Zinn, Swartz, Davidson) e in Inghilterra, in quanto propone una gestione più responsabile della propria salute e meno legata all'ottica assistenzialistica e passiva che caratterizza spesso il nostro SSN;

- le diverse esperienze hanno evidenziato modelli differenti di utilizzo di psicologi specializzati (ad es. attraverso il ricorso al rapporto di lavoro dipendente con le strutture del SSN, o attraverso il ricorso a psicologi privati in rapporto con gli ambiti territoriali sociali, ecc.) ed hanno, altresì, dimostrato che il ruolo dello psicologo delle cure primarie deve essere ricoperto esclusivamente da psicologi di comprovata esperienza, preparazione e competenza, dotati di una specializzazione nell'approccio "evidence based" come, ad esempio, quello proposto dalla terapia cognitivo comportamentale, e suggerito dalla esperienza adottata con successo in Inghilterra.

IL CONSIGLIO REGIONALE

1. considerate le esperienze già consolidate in diversi paesi europei che dimostrano l'utilità anche economica di un intervento psicologico e psicoterapeutico "evidence based" per far fronte ai disturbi da stress e depressione;
2. considerato che la Regione Abruzzo non è attualmente nella condizione economica di farsi carico della spesa per la sperimentazione di nuovi modelli d'intervento "evidence based";
3. considerato che sono stati sperimentati con successo, in diversi Paesi europei e, di recente, anche in Italia, meccanismi per il finanziamento di esperienze sperimentali nell'ambito della prevenzione da parte di privati (istituzioni filantropiche e investimenti istituzionali) basati sul "Pay by Result", secondo cui il finanziamento dei privati viene restituito solo all'effettivo risultato degli obiettivi raggiunti, e alla verifica di un concreto risparmio per la Pubblica Amministrazione, per lo meno pari al finanziamento da restituire;

4. considerata la disponibilità dell'ENPAP (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per gli Psicologi), quindi ente di diritto Pubblico, istituito con D.Lgs 103/96, che gestisce il patrimonio previdenziale della categoria degli psicologi italiani, ad investire in progetti concordati con le Amministrazioni Pubbliche per la sperimentazione di interventi, finalizzati alla prevenzione socio-sanitaria e al benessere dei cittadini, che abbiano un impatto economico attraverso il quale conseguire il ristoro dell'investimento secondo il modello del Pay by Result;
5. considerato che il presente progetto, al termine della sperimentazione, dovrà garantire il raggiungimento dei risultati attesi, riguardanti principalmente il risparmio della spesa sanitaria in termini pari all'entità dell'importo del finanziamento erogato dall'ENPAP, secondo il modello Pay by Result;
6. considerato che la sperimentazione siffatta comporterebbe il rischio di risultato a carico dei finanziatori privati;

Tutto cio' premesso

IMPEGNA

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO:

– **ad istituire** un tavolo di lavoro, al quale prenderanno parte un membro dell'ENPAP, un funzionario designato dalla Regione Abruzzo, un rappresentante dell'Ordine degli Psicologi, un docente esperto in metodologia della ricerca del Corso di Laurea in Scienze Psicologiche dell'Università G. D'Annunzio di Chieti, un rappresentante designato dall'AIAMC e un rappresentante designato dell'Ordine regionale dei medici, per definire le migliori soluzioni, dal punto di vista operativo e finanziario, per la applicazione del presente progetto pilota.

SANITA'

BASILICATA

DGR 3.11.17, n.1154 Riparto delle risorse del F.S.R. di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata. Riparto provvisorio anno 2018. Deliberazione 03 novembre 2017, n.1154(BUR n. 45 del 16.11.17)

Note

Viene approvato il programma provvisorio di ripartizione del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente a destinazione indistinta per l'anno 2018 di cui agli ALLEGATI n. l e n.*2* che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si fa rinvio)..

DGR 7.11.17, n.1174 - Direttiva vincolante in materia di convenzioni delle aziende ed enti del SSR di Basilicata.(BUR n. 45 del 16.11.17)

Note

Viene disposto, quale direttiva vincolante, il divieto per tutte le Aziende Sanitarie e gli Enti dcl SSR di Basilicata di stipulare nuove convenzioni con strutture pubbliche o con singoli professionisti privati o dipendenti di strutture pubbliche non facenti parte della rete delle Aziende sanitarie regionali, nonché attivare nuovi rapporti convenzionali anche in virtù di accordi già in essere, a decorrete dallo novembre 2017 e fino al 28 febbraio 2018 nelle more di emanazione di nuove disposizioni regionali conseguenti al riordino dell'assetto programmatorio regionale.

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 2 novembre 2017, n. U00464 - Approvazione dei Bilanci d'Esercizio 2015 delle Aziende Sanitarie Locali Roma A e Roma E. (BUR n. 92 del 16.11.17)

Note

Vengono approvati i bilanci d'esercizio 2015 presentati dalle Aziende Sanitarie Locali Roma A e Roma E, le cui risultanze contabili sono riportate sinteticamente negli allegati "Allegato A - Stato

Patrimoniale" e "Allegato B - Conto Economico" di cui al DCA 227/2017, e l' "Allegato C – Scheda sintetica".

Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00467 - Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel Lazio. Documento tecnico di programmazione. (BUR n. 92 del 16.11.17)

Note

Viene approvato il documento "Programmazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel Lazio", di cui all'Allegato A - parte integrante del presente provvedimento, contenente l'offerta attuale e quella programmata per le diverse fattispecie assistenziali territoriali, fatta salva la definizione dei procedimenti autorizzativi e di accreditamento istituzionale tuttora in corso.

Viene ridefinito, a conclusione del percorso di riorganizzazione e riqualificazione di cui al DCA n. U00187/2017, il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane

LOMBARDIA

DGR 20.11.17 - n. X/7383 - Approvazione del «Manuale della documentazione del percorso di terapia farmacologica»

Note

Viene approvato il documento «Manuale della documentazione del percorso di terapia farmacologica», Allegato 1, parte integrante del presente atto, predisposto dal Gruppo di lavoro istituito con Decreto del D.G. Welfare n. 3405 del 18 aprile 2016; 2. di precisare che il documento «Manuale della documentazione del percorso di terapia farmacologica» fornisce indicazioni operative per una corretta gestione e conservazione della documentazione sanitaria di supporto alle terapie farmacologiche, sia in formato analogico sia digitale, al fine di garantire:

- sicurezza clinica degli atti sanitari; • continuità di cura, in aderenza ad un principio generale esplicitato anche dalla L.R. n. 23/2015 di riordino del S.S.L.,ovvero di assicurare in misura crescente la continuità delle cure in un contesto sanitario e socio-sanitario in continua evoluzione;
- qualità della documentazione, alla luce della vigente normativa di settore e di quanto previsto dai Manuali relativi alla corretta gestione della documentazione sanitaria già approvati da Regione Lombardia.

PIEMONTE

DGR 20.10.17, n. 51-5813 - Rinnovo del Protocollo d'Intesa tra la Regione Piemonte e l'Istituto nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul Lavoro (INAIL), ai sensi dell'Accordo Quadro, di cui all'art. 9, comma 4, lettera d-bis) del D.Lgs. 09.04.2008, n. 81, per la definizione delle modalita' di erogazione di prestazioni sanitarie da parte dell'INAIL, di cui alla D.G.R. n. 41- 6093 del 12.07.2013. (BUR n. 46 del 16.11.17)

Note

Viene approvato il rinnovo del Protocollo d'Intesa tra la Regione Piemonte e l'INAIL, per l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria sul territorio regionale da parte dell'INAIL stesso, il cui schema è dettagliato all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento;

Allegato A

PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

La Regione Piemonte, codice fiscale 800876770016, rappresentata dall'Assessore alla Sanità, Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria pro tempore, Dott. Antonino Saitta, nato a Raddusa (CT), il 15.07.1950, ai fini del presente atto domiciliato in Torino, C.so Regina Margherita 153 bis

e

L'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), rappresentata dal Direttore Regionale per il Piemonte, Dott.ssa Alessandra Lanza, nata a Savona (SV) il 2 aprile 1967, ai fini del presente atto domiciliata in Torino, Corso Galileo Ferraris 1, a ciò delegata dal Presidente Massimo De Felice

Di seguito denominate "Le Parti"

per

l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria da parte dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro.

Premesso che

- l'art. 12 della L. 11 marzo 1998, n. 67 stabilisce che l'INAIL provvede agli accertamenti, alle certificazioni e ad ogni altra prestazione medico-legale in tema di infortuni sul lavoro e di malattia professionale e, nell'ambito di rapporti convenzionali con le Regioni, all'erogazione delle prime cure ambulatoriali, in coordinamento con le Aziende Sanitarie Locali;
- ai sensi dell'art. 2, comma 6, della L. 28 dicembre 1995, n. 549 e dell'art. 2, comma 130, della L. 23 dicembre 1996, n. 662, l'INAIL, previa intesa con le Regioni, può realizzare e gestire centri per la riabilitazione, da destinare in via prioritaria agli infortunati sul lavoro;
- l'art. 95 della L. 23 dicembre 2000, n. 388, prevede la possibilità per le Regioni di definire convenzioni con l'INAIL per disciplinare, nell'ambito della programmazione regionale, la tempestiva erogazione delle cure sanitaria necessarie ed utili per il compiuto recupero dell'integrità psico-fisica degli infortunati sul lavoro e dei tecnopatici, garantendo la piena integrazione tra i livelli di tutela a carico del Servizio Sanitario Regionale e quelli a carico dell'INAIL;
- l'art. 9, comma 4, lettera d bis) del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, così come modificato dal D. Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 dispone che l'INAIL può erogare prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera, previo Accordo Quadro stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle Politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentito l'INAIL, che definisca le modalità di erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL, senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica;
- l'art. 11. comma 5 bis, del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 prevede che, al fine di garantire il diritto degli infortunati e tecnopatici a tutte le cure necessarie ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche, l'INAIL può provvedere utilizzando servizi pubblici e privati, d'intesa con le Regioni interessate, mediante le risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza incremento di oneri per le imprese;
- l'art. 19 della L. 10 maggio 1982, n. 251 ed il Decreto del presidente della Repubblica 18 luglio 1984, n. 782 prevedono che l'INAIL, oltre a fornire protesi, presidi ortopedici e ausili tecnici agli infortunati sul lavoro, può erogare prestazioni protesiche a favore degli assistiti del Servizio Sanitario Regionale, sulla base di apposite convenzioni stipulate con le Regioni, unitamente all'addestramento all'uso, alla riabilitazione e ad una sistematica azione di sostegno finalizzata ad un ottimale recupero psicologico e sociale;
- in data 2 febbraio 2012 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha approvato l'Accordo Quadro per la definizione delle modalità di erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria da parte dell'Istituto Nazionale contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL);
- il DPCM 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", individua i Livelli Essenziali di Assistenza che il Servizio Sanitario Regionale garantisce agli assistiti, nel rispetto dei principi di necessità assistenziale, efficacia, appropriatezza ed economicità nell'impiego delle risorse.

Viste

- la D.G.R. n. 41-6093 del 12.07.2013 di recepimento dell'Accordo Quadro, di cui all'art. 9, comma 4, lettera d-bis) del D.Lgs. 09.04.2008, n. 81, come modificato dal D.Lgs. del 03.08.2009, n. 106,

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, per la definizione delle modalità di erogazione di prestazioni sanitarie da parte dell'INAIL e di approvazione del schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Piemonte e l'INAIL per erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria sul territorio regionale da parte dell'INAIL stesso, siglato dalle Parti in data 18 aprile 2014;
- la Determinazione del Direttore della Direzione Sanità n. 477 del 19.05.2014 di istituzione del Tavolo Tecnico di Coordinamento tra la Regione Piemonte e l'INAIL, a norma dell'art. 7 del suddetto Protocollo;
- la D.G.R. n. …….. di approvazione del presente Protocollo;
Considerato che
- il Protocollo approvato con D.G.R. n. 41-6093 del 12.07.2013 e siglato dalle Parti in data 18 aprile 2014, è scaduto in data 18 aprile 2017;
- la collaborazione tra la Regione Piemonte e l'INAIL sia meritevole di interesse e possa apportare un fattivo contributo di miglioramento dei percorsi di erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa e protesica e di reinserimento sociale e lavorativo degli infortunati sul lavoro e dei tecnopatici
Tutto ciò premesso,
Le Parti, in osservanza delle rispettive competenza, si impegnano reciprocamente ad avviare azioni volte a realizzare una proficua collaborazione finalizzata all'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria agli infortunati e tecnopatici e agli assistiti del Servizio Sanitario e concordano quanto segue.
Art. 1
(Premesse)
Le premesse costituiscono parte sostanziale ed integrante del presente Protocollo.
Art. 2
(Prestazioni Sanitarie a favore degli infortunati sul lavoro e dei tecnopatici)
L'INAIL erogherà agli infortunati sul lavoro ed ai tecnopatici, con oneri a proprio carico, le prime cure ambulatoriali di cui all'art. 12, della L. 11 marzo 1988, n. 67, con i correlati accertamenti diagnostici e prestazioni specialistiche e le prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera, anche in regime residenziale, presso le proprie strutture già attivate sul territorio regionale.
Le strutture dell'INAIL già presenti ed operanti sul territorio della Regione Piemonte, in possesso dei requisiti tecnico-sanitari di cui al comma precedente sono quelle indicate nell'elenco allegato al presente Protocollo, quale parte sostanziale ed integrante.
L'INAIL, compatibilmente con le risorse umane e strumentali disponibili, previo accordo con la Regione Piemonte ed in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, potrà attivare nuove strutture finalizzate all'erogazione delle predette prestazioni sanitarie.
L'attivazione delle predette strutture è subordinata al rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento di cui agli artt. 8bis, 8ter e 8quater, commi 1 e 2, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i..
Art. 3
(Prestazioni integrative necessarie al recupero dell'integrità psicofisica dei lavoratori infortunati e dei tecnopatici)
Le Parti individueranno, di comune accordo, le strutture pubbliche o private accreditate, in possesso della prescritta autorizzazione all'esercizio dell'attività, con le quali l'INAIL potrà stipulare convenzioni finalizzate all'erogazione di prestazioni integrative necessarie al recupero dell'integrità psico-fisica dei lavoratori infortunati o tecnopatici, anche ai fini del loro reinserimento socio-lavorativo.
Art. 4
(Prestazioni Sanitarie a favore degli assistiti del Servizio Sanitario Regionale)

Presso le strutture dell'INAIL, operanti sul territorio regionale, in possesso dei requisiti specificati al precedente art. 2, potranno essere erogate – nelle discipline accreditate - prestazioni a favore degli assistiti del Servizio Sanitario Regionale di cui al predetto articolo, se incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza, per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale.
I rapporti economici connessi all'erogazione delle prestazioni di cui al comma precedente saranno regolati da apposito accordo stipulato ai sensi dell'art. 8quinques del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., e nel rispetto della programmazione dei volumi massimi di prestazioni sanitarie erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale, nonché delle tariffe sanitarie vigenti.
Art. 5
(Prestazioni di assistenza protesica a favore degli assistiti del Servizio Sanitario Regionale)
Le prestazioni di assistenza protesica che l'INAIL, ai sensi dell'art. 19 della L. 10 maggio 1982, n. 251 e del Decreto del presidente della Repubblica 18 luglio 1984, n. 782 erogherà a favore degli assistiti del Servizio Sanitario Regionale della Regione Piemonte, presso il Centro di Vigorso di Budrio o sue filiali,saranno rimborsate all'INAIL nel rispetto delle tariffe che saranno approvate con Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di cui all'art. 64 del DPCM 12.01.2017.
Art. 6
(Convenzioni attuative)
Allo scopo di realizzare una piena sinergia, nel contesto di un sistema coordinato di servizi e strutture dedicate all'assistenza sanitaria, riabilitativa e protesica ed al reinserimento sociale e lavorativo degli infortunati sul lavoro e dei tecnopatici nonché all'erogazione, in favore degli assistiti del Servizio Sanitario Regionale, delle prestazioni di cui agli artt. 4 e 5 del presente Protocollo di Intesa, le Parti stipuleranno una o più convenzioni attuative con le quali si provvederà, tra l'altro, a:
- individuare le specifiche strutture pubbliche o private accreditate utilizzate per l'erogazione delle prestazioni;
- definire i contenuti e le modalità di gestione dei flussi informativi, in termini di reciprocità, anche attraverso forme di integrazione dei sistemi informatici e lo sviluppo di servizi in cooperazione applicativa;
- definire le modalità di regolazione dei rapporti economici eventualmente stabiliti tra le Parti e realizzare livelli di sinergia idonei a garantire che gli infortunati sul lavoro ed i tecnopatici non debbano anticipare gli oneri per le prestazioni, conseguenti agli eventi assicurati, erogate dal Servizio Sanitario Regionale che, in base alle vigenti disposizioni, sono a carico degli assistiti e che detti oneri siano corrisposti direttamente dall'INAIL;
- definire le modalità di raccordo tra le strutture del Servizio Sanitario Regionale e l'INAIL per l'avvio tempestivo dell'infortunato sul lavoro e del tecnopatico ad un efficace ed appropriato percorso terapeutico e riabilitativo;
- definire, nell'ambito delle sinergie tra le Parti, modalità condivise di utilizzo delle risorse umane e strumentali nello svolgimento delle attività finalizzate all'erogazione delle prestazioni.
Con le predette convenzioni attuative potranno essere attivate stabili forme di collaborazione nei seguenti ambiti di attività:
a) collaborazione a progetti di ricerca scientifica e tecnologica in ambito protesico, della riabilitazione e del reinserimento socio-lavorativo;
b) collaborazione a percorsi di reinserimento sociale e riabilitativo;
c) collaborazione ad iniziative di promozione della pratica sportiva a livello agonistico ed amatoriale per le persone con disabilità;
d) collaborazione ad iniziative di comunicazione sulle tematiche della disabilità;
e) collaborazione a progetti formativi in ambito protesico, riabilitativo e di reinserimento sociale e lavorativo."
Art. 7
(Tavolo Tecnico di Coordinamento)

Le Parti si impegnano a rinnovare la costituzione del Tavolo Tecnico di Coordinamento, i cui componenti saranno indicati in numero di almeno tre per ciascuna delle Parti, con il compito di monitorare e di approfondire le tematiche che saranno oggetto delle convenzioni attuative di cui al precedente art. 6.

Art. 8

(Attuazione del protocollo)

L'attuazione del presente Protocollo è garantita per la Regione Piemonte dalla Direzione Sanità e per l'INAIL dal Direttore Regionale.

Art. 9

(Durata)

Il presente Protocollo ha durata di tre anni, decorrenti dalla data della sottoscrizione, rinnovabile, previa esplicita manifestazione di volontà delle Parti, notificata entro 60 giorni dalla scadenza.

Art. 10

(Facoltà di recesso)

La facoltà di recesso potrà essere esercitata da ciascuna delle Parti, con preavviso scritto di almeno sei mesi.

I progetti e le iniziative già in corso saranno portate alla scadenza prevista dagli stessi e non più rinnovabili, fatti salvi specifici accordi diversi fra le Parti.

Art. 11

(Controversie)

Le controversie che dovessero insorgere tra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione e/o all'esecuzione del presente Protocollo - e quelle comunque connesse al rapporto stesso - verranno devolute alla competenza del Foro di Torino.

Art. 12

(Spese di registrazione e imposte di bollo)

Il presente atto è soggetto a registrazione solo in caso d'uso, in base all'art. 4 della parte II della tariffa allegata al D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131 e s.m.i., a cura e spese della parte richiedente. E' altresì esente da bollo ai sensi dell'artt. 9 e 16 della tabella allegato B del DPR 26/10/1972 n. 642 e successive modifiche.

Letto, confermato e sottoscritto con firma digitale, ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82.

Torino, (data della sottoscrizione come quella dell'ultima firma digitale apposta)

Per la Regione Piemonte

L'Assessore alla Sanità, Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria

Dott. Antonino Saitta

Per l'INAIL

Il Direttore Regionale per il Piemonte

Dott.ssa Alessandra Lanza

DIREZIONE REGIONALE PER IL PIEMONTE

AMBULATORI "PRIME CURE"

Gli ambulatori **prime cure** autorizzati ai sensi dell'art. 12 della legge 11 marzo 1988, n. 67 sono attualmente

attivi presso le seguenti sedi INAIL della Regione Piemonte:

Sede INAIL di NOVARA - Via Costa 33/35 – cap 28100 Novara

Sede INAIL di CUNEO - Via Einaudi 30 - cap 12100 Cuneo

Sede INAIL di BIELLA - Via Aldo Moro 13 – cap 13900 Biella

Sede INAIL di VERBANIA CUSIO OSSOLA - c.so Guglielmo Marconi – cap 28883 Gravellona Toce

Sede INAIL di VERCELLI - via Pirandello 18/a – cap. 13100 Vercelli

AMBULATORI DI FISIOKINESITERAPIA

Gli ambulatori **di Fisiokinesiterapia INAIL** attualmente attivi in Piemonte sono ubicati presso le seguenti
sedi:
Sede INAIL di ALESSANDRIA - via Gramsci 2 - cap.15100 Alessandria
Sede INAIL di ASTI - via Goito 2 – cap 14100 Asti
CENTRO DIAGNOSTICO POLISPECIALISTICO REGIONALE
Il Centro Diagnostico Polispecialistico Regionale INAIL, abilitato ad effettuare accertamenti diagnostici di II
livello ad integrazione del percorso diagnostico effettuato nelle sedi, è ubicato a **TORINO** in via Osasco 66,
cap. 10141.

Allegato B
NB
SI FA RINVIO ALLA LETTURA INTEGRALE DEL TESTO

DGR 27.10.17, n. 33-5847 - DGR n. 16-3734 del 27.7.2016**. -** Indirizzi per la stipula del Protocollo tra la Regione Piemonte e le farmacie pubbliche e private convenzionate con il SSR per la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2017-2018 nell'ambito sperimentale della "Farmacia dei servizi".(BUR n. 46 del 16.11.17)
Note **PREMESSA**
Con D.G.R. n. 16-3734 del 27 luglio 2016, la Regione Piemonte ha approvato il modello di convenzione con le farmacie pubbliche e private convenzionate relativo, tra l'altro, alla sperimentazione della fornitura di servizi a particolari categorie di pazienti e, in data 19 agosto 2016, le parti hanno formalmente sottoscritto la convenzione.
Quest'ultima, nella parte dedicata alla *"Farmacia dei Servizi",* in un'ottica tesa all'individuazione di progetti e percorsi volti al miglioramento della qualità della vita del cittadino, alla prevenzione e alla verifica dell'aderenza alle terapie, ha previsto la sottoscrizione di appositi protocolli di intervento negli ambiti di azione individuati nella convenzione medesima.
Tali azioni ineriscono alla presa in carico della cronicità nei pazienti fragili e dei pazienti politrattati, all'erogazione di specifici servizi ai pazienti fragili, all'aderenza alla terapia in particolari ambiti terapeutici e alla promozione e prevenzione della salute.
Il citato accordo prevede, altresì, che i protocolli contengano, oltre alla descrizione del progetto, l'indicazione degli obiettivi di salute pubblica perseguiti, le procedure di attuazione, gli indicatori di risultato e le modalità di rendicontazione delle azioni.
In particolare, occorre rilevare come la menzionata D.G.R. n. 16-3734 del 27 luglio 2016 testualmente riporta:
" L'influenza rappresenta un serio problema di Sanità Pubblica e una rilevante fonte di costi diretti e indiretti per l'attuazione delle misure di controllo e la gestione dei casi e delle complicanze della malattia ed è tra le poche malattie infettive che di fatto ogni uomo sperimenta più volte nel corso della propria esistenza indipendentemente dallo stile di vita, dall'età e dal luogo in cui vive.
I casi severi e le complicanze dell'influenza sono più frequenti nei soggetti al di sopra dei 65 anni di età e con condizioni di rischio, quali ad esempio il diabete, malattie immunitarie o cardiovascolari e respiratorie croniche. Alcuni studi hanno messo in evidenza un aumentato rischio di malattia grave nei bambini molto piccoli e nelle donne incinte. Tuttavia, casi gravi di influenza si possono verificare anche in persone sane che non rientrano in alcuna delle categorie sopra citate.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV) 2012-2014 riportano, tra gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale, il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio.

Per ciò che concerne l'individuazione dei gruppi a rischio rispetto alle epidemie di influenza stagionale, ai quali la vaccinazione va offerta in via preferenziale, esiste una sostanziale concordanza, in ambito europeo, sul fatto che principali destinatari dell'offerta di vaccino antinfluenzale stagionale debbano essere le persone di età pari o superiore a 65 anni, nonché le persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza…."

Nell'articolo 1 del D.Lgs. n. 153 del 3.10.2009 rubricato *"Nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale"* fra l'altro, si prevede che la farmacia partecipi al servizio di assistenza domiciliare integrata attraverso la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici, la preparazione e la dispensazione a domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta, la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio ed a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, nonché la partecipazione delle farmacie ai programmi di educazione sanitaria *e alle campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale rivolti sia alla popolazione generale sia a gruppi a particolare rischio.*

Il Decreto del Ministero della Salute 11.12.2012 reca *"Criteri in base ai quali subordinare l'adesione delle farmacie pubbliche ai nuovi servizi, di cui all'art. 1, comma 3, del decreto legislativo 153/2009".*

Per l'anno 2016, è stato approvato, con DGR n 27-4044 del 10 ottobre 2016, apposito schema di protocollo tra la Regione Piemonte e le farmacie pubbliche e private convenzionate, relativo all'attività di collaborazione tra farmacie convenzionate e Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016 in relazione alla vaccinazione antinfluenzale con particolare riguardo ai pazienti più fragili.

In data 17 ottobre 2016, tale protocollo di intervento è stato sottoscritto dall'Assessore alla Sanità, per la Regione Piemonte, dal Presidente di Federfarma Piemonte a dal delegato regionale di Assofarm Piemonte. In attuazione del citato Protocollo sono state realizzate le seguenti attività:

□□ sensibilizzazione della popolazione da parte delle farmacie pubbliche e private convenzionate con il SSR circa l'importanza della campagna vaccinale;

□□ centralizzazione delle scorte di vaccino destinato alla distribuzione ai Medici di Medicina Generale in due punti a livello regionale, in luogo dei precedenti 13 punti di stoccaggio (corrispondenti al numero delle Aziende Sanitarie Locali) con conseguente razionalizzazione delle scorte stesse;

□□ eliminazione dei costi sostenuti dalle ASL per la gestione relativa alla ricezione, stoccaggio e consegna dei vaccini antiinflenzali ai medici;

□□ agevolazione dei medici (MMG e PLS) nel reperimento dei vaccini antiinfluenzali.

LA DISPOSIZIONE

Tenuto conto degli apprezzabili risultati conseguiti in sede di attuazione del Protocollo 2016, in particolare con riguardo al servizio di distribuzione dei vaccini ai MMG e PLS e rilevata l'esigenza di attivare, anche con riferimento all'annualità 2017, la medesima campagna vaccinale, si demanda alla direzione regionale Sanità la stipula e la sottoscrizione di un nuovo protocollo finalizzato a regolare, nell'ambito della funzione *"Farmacia dei servizi"* di cui alla D.G.R. n. 16-3734 del 27 luglio 2016 - Obiettivo *"Promozione e prevenzione della salute"*, le attività di collaborazione tra la Regione Piemonte e le farmacie per la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2017-2018, con particolare riguardo ai pazienti più fragili, nel rispetto dei criteri di cui alla DGR n. 16-3734 del 27 luglio 2016 e nel limite di Euro 500.000,00

DD 15 novembre 2017, n. 721 Indizione Bando per la partecipazione alla procedura di accreditamento dei Centri di formazione abilitati allo svolgimento dei "Corsi di rianimazione cardiopolmonare adulto e pediatrico e utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno" e abilitati

al rilascio dell' autorizzazione all'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici esterni (AED) in ambiente extra ospedaliero. (BUR n. 47 del 23.11.17)

Note

Si procede all'indizione del Bando per la procedura di accreditamento dei Centri di formazione abilitati allo svolgimento dei "Corsi di rianimazione cardiopolmonare adulto e pediatrico e utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno" e abilitati al rilascio della autorizzazione all'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici esterni (AED) in ambiente extra ospedaliero .

PUGLIA

DGR 30.10.17, n. 1745 - Interventi infrastrutturali di potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari della ASL di Brindisi. Supporto tecnico dell'AREM Puglia alla ASL di Brindisi. Atto di indirizzo. (BUR n. 132 del 21.11.17)

Note

Viene autorizzata l'AREM Puglia e la ASL di Brindisi a sottoscrivere apposita convenzione, della durata di 12 mesi eventualmente prorogabili, finalizzata a disciplinare le attività di assistenza tecnico-specialistica allo scopo di:

• effettuare una ricognizione dello stato di attuazione degli interventi programmati e finanziati per il potenziamento della rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria, con particolare riferimento a quelli a valere sulle risorse del POR Puglia 2014/2020;

• supportare le fasi di progettazione degli interventi relative alla riconversione dei presidi territoriali di assistenza, al fine di accelerare l'avvio degli affidamenti per l'esecuzione dei lavori.

DGR 7.11.17, n. 1786 - Programma operativo 2016-2018. intervento " GOTER 02.04: rete dell'assistenza riabilitativa e socio-riabilitativa residenziale, semiresidenziale e domiciliare per persone con disturbi mentali". revoca dgr n. 1630 del 17 ottobre 2017 e costituzione gruppo di lavoro**.**(BUR n. 132 del 21.11.17)

Note

A conclusione del Programma Operativo 2013-2015, d'intesa con il Tavolo Adempimenti Regionali e il Comitato Verifica LEA, la Regione Puglia si è avvalsa della facoltà, prevista dall'articolo 15, comma 20, del decreto legge n.95/2012, di proporre un nuovo Programma Operativo (P.O.) per gli anni 2016-2018, articolato in obiettivi, interventi e azioni, che è stato sottoposto ai suddetti Organismi di Verifica, ottenendo una valutazione positiva.

La responsabilità dell'attuazione del Programma Operativo è stata posta in capo all'Assessorato alla Sanità, per il tramite della Direzione del Dipartimento " Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti; del gruppo di holding fa parte l'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (AReSS), che assicurerà l'adeguato supporto tecnico-scientifico e a cui è demandata la funzione di exploration delle misure programmate, intendendo con essa l'ideazione, la progettazione e l'implementazione delle componenti inedite e innovative degli interventi di Programma e la verifica della loro specifica efficacia ed efficienza.

Nell'ambito dell'Area Programmatica " Governare lo sviluppo dei processi di prossimità e proattività dei servizi di cura e assistenza ", è strutturato, tra gli altri, l'Intervento " GOTER 02.04: Rete dell'Assistenza Riabilitativa e Socio-riabilitativa Residenziale, Semiresidenziale e Domiciliare per persone con disturbi mentali ".

Detto Intervento individua le azioni da porre in essere nel biennio 2017-2018, afferenti alle competenze sia dell'AReSS, sia del Dipartimento Promozione della Salute, al fine di sviluppare servizi coerenti con i nuovi bisogni dell'utenza, in media sempre più giovane, e a partire dalla disamina dei trattamenti terapeuticoriabilitativi e socio-riabilitativi, allo stato, alla stessa assicurati nella nostra regione.

Obiettivi prioritari dell'Intervento sono dare impulso alla Salute Mentale di Comunità, realizzare una reale integrazione delle politiche, con l'intento di coniugare gli interventi di cura e l'attenzione ai diritti delle persone che vivono la sofferenza psichica (abitare, lavorare, avere relazioni sociali ed

affettive, vivere la propria diversità senza essere discriminati), stimolare il protagonismo dei pazienti e dei loro familiari, l'automutuo-aiuto, orientando i programmi alla recovery (riprendere in mano la propria vita), in un rinnovato clima di collaborazione tra il privato sociale o imprenditoriale ed il servizio pubblico.
In linea con quanto già avviene da tempo in diverse altre regioni, il P.O. prevede di inserire, in via stabile, all'interno dei Servizi per la tutela della Salute Mentale nuovi modelli gestionali, che sono stati realizzati sinora in Puglia in modo sperimentale, quali la co-gestione dei Centri Diurni con le Associazioni degli utenti e dei loro familiari, ex art.9 della L. R. 26/2006, l'Abitare Assistito ex DGR n.45/2015 e la Metodica del Budget di Salute, adottata con successo in Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Piemonte ed altre regioni.
Il P.O. individua, altresì, come azione imprescindibile per il conseguimento dei succitati obiettivi, il potenziamento delle prestazioni riabilitative psichiatriche domiciliari e territoriali, che vanno ad incidere nei contesti di vita delle persone e contribuiscono a contrastare processi di esclusione ed emarginazione.
Al riguardo dell'assistenza terapeutico-riabilitativa e socio-riabilitativa residenziale, laddove strettamente necessaria, si prevede, anche, di completare la filiera delle residenze, in linea con le indicazioni della Conferenza Unificata, regola mentando le strutture terapeutico-riabilitative residenziali h24 a carattere estensivo, mediante un processo di riconversione di una quota di posti letto delle attuali strutture che erogano prestazioni di tipo intensivo e socio-riabilitativo.
Considerata la necessità di una capillare analisi dei livelli assistenziali terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi assicurati, allo stato, in ciascuna ASL, nonché ai fini di un'accurata conoscenza dei nuovi modelli gestionali sperimentati su tutto il territorio regionale, viene revocata la DGR n.1630 del 17 ottobre u.s. e viene istituito un Gruppo di Lavoro - costituito dai referenti dell'AReSS e dei Servizi del Dipartimento Promozione della Salute competenti per la materia, dai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL, dal Direttore della Clinica Psichiatrica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, dal Direttore della Scuola di specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Foggia - che effettui i necessari studi, identifichi le strutture che saranno oggetto di adeguata sperimentazione e predisponga le proposte di schema di legge/regolamento regionale e linee-guida regionali.
Pertanto il gruppo di lavoro è costituito da:
DE PALMA Maria - Dirigente Servizio Governo dell'Assistenza alle Persone in condizioni di Fragilità;
LELLA Giuseppe - Dirigente Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale;
NICASTRO Mauro - Dirigente Servizio Accreditamento e Qualità;
BISCEGLIE Antonio - Dirigente Medico AReSS Puglia;
BELLOMO Antonello - Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della ASL FG e Direttore della Scuola di specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Foggia;
BERTOLINO Alessandro - Direttore Clinica Psichiatrica Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari;
DE GIORGI Serafino - Direttore Dipartimento di Salute Mentale della ASL LE;
MENNUNI Luigi - Direttore Dipartimento di Salute Mentale della ASL BAT;
NACCI Maria - Direttrice Dipartimento di Salute Mentale della ASL TA
SEMISA Domenico - Direttore Dipartimento di Salute Mentale della ASL BA; SUMA Domenico - Direttore Dipartimento di Salute Mentale della ASL BR.
Il Gruppo di Lavoro potrà avvalersi di ulteriori collaborazioni di esperti in modelli gestionali innovativi orientati alla recovery in Salute Mentale e di tutte le interlocuzioni che si riterranno utili con soggetti portatori d' interesse - quali Associazioni di familiari e utenti psichiatrici, Enti Gestori, Società Scientifiche, Ordini Professionali, Organizzazioni Sindacali, ANCI - per il perseguimento degli obiettivi summenzionati;

TOSCANA

MOZIONE 8 novembre 2017, n. 933- In merito al sostegno alla medicina di genere e ai centri di senologia operanti nel territorio toscano. (BUR n. 47 del 22.11.17)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visti:

- il documento "Equity Act" dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) che nel 2000 riconosce l'importanza della medicina di genere affermando che il principio di equità implica, non solo la parità di accesso alle cure di donne e uomini, ma anche l'adeguatezza e l'appropriatezza di cura secondo il proprio genere;
- la risoluzione del Parlamento europeo del 5 giugno 2003 sul cancro al seno nell'Unione europea (2002/2279"INI"), approvata all'unanimità, che propone di fare della lotta al cancro al seno una priorità della politica sanitaria degli stati membri e, a tal fine, riconosce il diritto per le donne di accesso a screening, a cure e a una post-terapia di qualità, a prescindere dal luogo di residenza, dalla posizione sociale, dalla professione e dal livello di istruzione e richiede, in particolare, che sia garantito "il diritto ad essere curate da un'équipe interdisciplinare e invita pertanto gli Stati membri a sviluppare una rete capillare di centri di senologia certificati e interdisciplinari, che debbono soddisfare ai seguenti criteri di qualità".

Premesso che:

- la medicina, già da diversi anni, non è più considerata una scienza "neutra" e le differenze di sesso e di genere sono risultate avere un impatto notevole sull'incidenza di alcune malattie e sul decorso delle stesse, con sintomatologie differenti e risposte diverse ai farmaci;
- da dette evidenze ha preso le mosse la cosiddetta "medicina di genere", che consiste in un approccio innovativo mirato a studiare l'impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano (biologiche, ambientali, culturali e socioeconomiche) sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie e nello studio di dette differenze legate al genere e dei meccanismi attraverso i quali agiscono sullo stato di salute e sull'insorgenza e il decorso di molte patologie;
- gli studi (tra gli altri, il "Report sulla salute di genere" presentato nel 2013 dall'Agenzia regionale sanità) fanno emergere il dato che le donne sono affette con maggior frequenza da malattie nel corso della vita e assumono generalmente più farmaci; in particolare sono soggette a patologie croniche, quali: patologie osteoarticolari, malattie neurodegenerative, diabete, disturbi della fun zione tiroidea, ipertensione arteriosa, vene varicose, osteoporosi e cefalea;
- per quanto concerne le patologie in genere, negli uomini è riscontrata una maggiore incidenza di infarto del miocardio acuto, una prevalenza più elevata di scompenso cardiaco, ictus celebrale e ipertensione arteriosa; diversa è la diffusione delle malattie cardiovascolari, che presentano differenze di genere legate in primo luogo a differenze biologiche e alla differenza nella prevalenza dei più importanti fattori di rischio; mentre con riferimento ai tumori in Toscana nelle donne risulta minore la frequenza con cui questi vengono diagnosticati e tra questi ultimi risulta prevalente il tumore della mammella.

Preso atto che:

- al fine di realizzare lo sviluppo di una medicina di genere ed implementare un approccio interdisciplinare a detta branca della medicina, con deliberazione della Giunta regionale 24 febbraio 2014, n. 144 (Salute e medicina di genere: istituzione del centro regionale di coordinamento), il centro di coordinamento regionale della salute e della medicina di genere è stato inserito tra le strutture del governo clinico toscano e in tutte le dodici aziende sanitarie locali (ASL) sono stati costituiti centri aziendali di coordinamento della Salute di genere;
- anche in seguito al riordino dell'assetto istituzionale del sistema sanitario regionale, che ha condotto all'accorpamento delle preesistenti aziende sanitarie nelle tre aziende ASL di area vasta, sono state mantenute le funzionalità dei centri per la salute di genere costituiti nelle diverse aziende, quali centri di coordinamento di area territoriale nelle tre aziende.

Rilevato che:

- tra le patologie che colpiscono in particolare il genere femminile, il tumore alla mammella risulta essere il primo tumore per frequenza ed altresì la prima causa di mortalità oncologica nella donna;
- anche in Toscana i dati regionali individuano la predetta forma tumorale come la patologia più frequente tra le donne, con un'incidenza di 4100 casi per anno e una prevalenza di 44.000 casi, con un trend in progressivo aumento, anche in ragione della diminuzione della mortalità.

Tenuto conto che:

- per quel che riguarda specificamente il tumore al seno, è stata costituita con deliberazione della Giunta regionale 31 marzo 2014, n. 272 (Riordino della Rete chirurgica oncologica toscana: primi indirizzi alle Aziende Sanitarie per la costituzione della Rete dei Centri di Senologia e requisiti organizzativo-assistenziali degli stessi), la rete dei centri di senologia, nell'ambito del riordino della rete chirurgica oncologica toscana, con ubicazione dei centri all'interno delle strutture aziendali e ne sono stati definiti i requisiti organizzativo-assistenziali;
- i centri di senologia costituiscono un sistema organizzativo finalizzato all'assistenza delle donne soggette al tumore al seno attraverso la collaborazione di professionisti riuniti in un gruppo multidisciplinare che permette di raccordare i diversi servizi quali la radiodiagnostica, la chirurgia senologica, chirurgia ricostruttiva, anatomia patologica, oncologia medica, radioterapia, medicina nucleare, genetica medica oncologica, fisioterapia, psicooncologia, garantendo in tal modo adeguata e completa cura dei soggetti interessati;
- tra i centri costituiti, ad esempio, nell'Azienda USL 11 di Empoli è presente il Centro Donna, struttura dove si concentrano le attività sanitarie rivolte alle donne per la prevenzione, diagnosi e terapia delle patologie oncologiche che interessano la mammella e l'apparato genitale femminile attraverso la presenza di professionisti che si occupano della paziente dalla fase della diagnostica fino al follow up oncologico, così da garantire un completo "percorso di cura".

Considerato che:

- lo sviluppo di un approccio di genere allo studio e alla cura delle patologie favorisce una maggiore appropriatezza della terapia e la tutela maggiore per entrambe i generi, con la valorizzazione delle peculiarità anatomiche, fisiologiche, biologiche, psicologiche dei due sessi, oltre che al contesto sociale, culturale ed ambientale che li caratterizzano;
- in applicazione della medicina di genere risultano di particolare importanza i centri di senologia, che mediante l'approccio multidisciplinare, riducono la frammentazione della cura nelle diverse strutture ospedaliere, garantendo un percorso di cura unitario;
- l'approccio multidisciplinare delle equipe mediche aumenta notevolmente, non solo il livello della qualità dei servizi resi alla persona, ma determina altresì l'aumento della possibilità di sopravvivenza delle pazienti, migliorandone i percorsi di cura e riabilitazione;
- inoltre l'elevata qualità dei servizi resi dal predetto modello organizzativo determina economie per il sistema sanitario regionale, perché consente di evitare esami e trattamenti superflui e permette la diagnosi precoce della patologia.

IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE

a sostenere ed implementare la medicina di genere al fine di assicurare una più specifica ed appropriata erogazione dei servizi sanitari, tenendo conto delle differenze di genere, nonché a promuovere e valorizzare gli interventi di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie dando maggior diffusione ai programmi di screening, nonché a garantire la permanenza dei centri di coordinamento di area territoriale della salute e della medicina di genere, costituite nelle dodici preesistenti aziende ASL;

ad intraprendere tutte le misure necessarie per confermare l'importanza e la centralità dei centri di senologia costituiti nel territorio toscano quali presidi di eccellenza nella lotta contro il tumore al seno anche mediante il potenziamento della presa in carico dei pazienti dopo l'intervento.

MOZIONE 8 novembre 2017, n. 948 - In merito all'implementazione dello screening neonatale oculistico. . (BUR n. 47 del 22.11.17)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che:
- l'impatto della cecità e dell'ipovisione è molto rilevante: in Italia le indagini Istat affermano che 4,5 persone ogni 1.000 abitanti sono ipovedenti; per quel che riguarda l'ipovisione congenita infantile, i dati rilevano che nei paesi industrializzati, dal punto di vista epidemiologico, quest'ultima costituisce circa il 5 per cento dei casi totali di ipovisione, da attribuire a cause essenzialmente di natura genetica, congenite o perinatali;
- nel complesso, i difetti oculari congeniti (cataratta, glaucoma, patologie corneali congenite, retinoblastoma, colobomi corioretinici, retinopatia del prematuro) rappresentano, secondo i dati maggiormente accreditati, oltre l'80 per cento delle cause di cecità e ipovisione nei bambini fino a cinque anni di età e più del 60 per cento sino al decimo anno;
- secondo gli studi epidemiologici, la cataratta congenita è la più frequente delle anomalie congenite oculari: si stima che sia presente ogni 1.600 - 2.000 nati in vari gradi di opacità ed è responsabile di circa il 15 per cento dei casi di cecità nell'infanzia;
- tra le altre malattie: il glaucoma congenito, che è una sindrome di natura malformativa a livello soprattutto dell'angolo irido-corneale, risulta relativamente rara, colpendo all'incirca un soggetto ogni 10.000 nati vivi; il retino blastoma, che è un tumore maligno primitivo intraoculare più frequente dell'infanzia, colpisce all'incirca un bambino ogni 20.000 nati vivi e se precocemente diagnosticato, con i moderni protocolli terapeutici, ha una sopravvivenza del 90 per cento; la retinopatia del prematuro, che è presente nel 34 per cento dei bambini con peso alla nascita inferiore a 1.251gr e nel 46 per cento di quelli con peso inferiore a 1.000gr, è una delle maggiori cause di cecità e ipovisione nei paesi industrializzati ed è in aumento di pari passo con il migliorare della sopravvivenza neonatale; tra le ametropie, l'anomalia di più frequente riscontro è rappresentata dall'ambliopia, quasi sempre monolaterale, causata da un ostacolo al normale sviluppo sensoriale insorto durante il periodo critico e, quanto più giovane è l'età in cui viene diagnosticata, tanto maggiore è la possibilità di trattarla efficacemente.
Rilevato che:
- come evidenziato molte delle patologie oculari neonatali citate possono essere identificate alla nascita o comunque durante i primi mesi di vita del bambino;
- la diagnosi precoce di queste patologie oculari è, in alcuni casi, l'unica arma che l'oftalmologo ha a disposizione per cercare di curare il piccolo paziente e, nella maggior parte dei casi permette di limitare il più possibile i danni conseguenti alle varie patologie, riducendo quindi la perdita funzionale visiva con notevole miglioramento della qualità della vita del paziente.
Verificato che:
- lo screening oftalmogico pediatrico dovrebbe essere eseguito come un esame oculistico che comprende i seguenti punti: risposta alla luce, ispezione esterna del bulbo oculare e delle palpebre, esame della pupilla, rilevazione del riflesso rosso dopo instillazione di collirio midriatico ed oftalmoscopia;
- la prova del riflesso rosso è un presidio essenziale per il precoce riconoscimento di situazioni che potenzialmente possano mettere in pericolo la visione o la vita, come la cataratta, il glaucoma, il retinoblastoma, le anomalie retiniche, le malattie sistemiche con manifestazioni oculari e forti errori di rifrazione;
- l'Accademia americana di pediatria raccomanda l'esecuzione della prova del riflesso rosso nella valutazione dell'occhio nel periodo neonatale e durante tutte le successive visite di controllo dello stato di salute: infatti effettuare uno screening oftalmologico scrupoloso nel periodo neonatale è cruciale in quanto la prognosi, per alcune patologie, dipende dalla diagnosi immediata e dal trattamento precoce; la prova del riflesso rosso utilizza la trasmissione della luce da un oftalmoscopio, attraverso tutte le parti normalmente trasparenti dell'occhio inclusa la cornea, l'umor acqueo, il cristallino e l'umor vitreo. Questa luce, riflessa dal fondo dell'occhio, è trasmessa all'indietro, attraverso i mezzi ottici e attraverso l'apertura dell'oftalmoscopio, fino all'occhio dell'esaminatore; ogni fattore che impedisca o blocchi la trasmissione della luce comporterà un'alterazione del riflesso rosso;

- le patologie più importanti diagnosticabili con questa procedura sono le patologie già elencate (cataratta congenita, corioretinite da toxoplasmosi congenita, glaucoma congenito, patologie neoplastiche come il retinoblastoma, il coloboma dell'iride e/o del nervo ottico, anidridia, patologie corneali congenite), tutte cause di ipovisione grave congenita; inoltre in tutte le sindromi malformative vanno ricercati eventuali segni oculari che possono aiutare il pediatra a porre una diagnosi precisa e permettere, se necessario, un precoce intervento terapeutico.

Preso atto che:

- la Regione Toscana con delibera della Giunta regionale 30 maggio 2005, n. 596 (Accertamenti rivolti alla individuazione della cataratta congenita: direttive alle Aziende Sanitarie), per prima rispetto alle altre regioni, ha inserito l'esame del riflesso rosso nel piano di screening neonatale determinando in particolare che "le Aziende sanitarie della Toscana provvedono affinché per ogni nato si effettuino esami rivolti alla individuazione della cataratta congenita ed in particolare la ricerca del riflesso rosso in midriasi mediante le tecniche raccomandate dalle Società Scientifiche Nazionali ed Internazionali"; - nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2012 - 2015, si richiamano gli interventi di screening neonatale avviati dalla Regione Toscana negli ultimi anni: - estensione dello screening delle malattie meta boliche ereditarie (delibera della Giunta regionale 2 agosto 2004, n. 800 "Estensione screening neonatale per le malattie metaboliche ereditarie con utilizzazione della strumentazione LC/MS/MS (Tandem massa) presso l`A.O. Meyer: indirizzi alle Aziende sanitarie"); - screening della cataratta congenita (del. g.r. 596/2005); - screening uditivo neonatale (delibera della Giunta regionale 21 maggio 2007, n. 365 "PSR 2005-2007 - Progetto speciale nascere in Toscana: attivazione in tutte le Aziende Sanitarie dello screening uditivo neonatale"); specificando che, sulla base del monitoraggio dei risultati delle azioni intraprese, si ritiene necessario procedere ad un'implementazione di tali interventi al fine di assicurarne qualità e appropriatezza, nonché garantirne l'equità di accesso e la coerenza con i controlli periodici programmati nei bilanci di salute con i pediatri di famiglia.

Considerato che:

- per quanto riguarda lo screening neonatale oculare, insieme all'esame del riflesso rosso, riveste un ruolo essenziale per la diagnosi precoce di patologie oculari nel neonato, anche l'esame oftalmoscopico: infatti la diagnosi di patologie oculari nel neonato può essere ottenuta attraverso l'osservazione attenta e scrupolosa del comportamento visivo del neonato e l'uso dell'oftalmoscopio indiretto per controllare il riflesso ros so e le strutture oculari; - la diagnosi precoce e l'invio del neonato in centri di alta specializzazione può avere un impatto cruciale sulla prognosi di molte patologie oculari che includono condizioni potenzialmente a rischio di cecità, ma trattabili, come la cataratta congenita, il glaucoma congenito e tumori maligni come il retinoblastoma e il medulloepitelioma;
- lo scopo di un piano di screening (riflesso rosso e esame del fondo - oftalmoscopia) per le malattie oculari congenite è quello di eseguire una diagnosi precoce, stabilire una terapia oppure programmare un eventuale intervento chirurgico, quando e se possibile, con il fine ultimo di ridurre la perdita della funzionalità visiva, migliorando in tal modo la qualità della vita dei piccoli pazienti e dei loro familiari e alla stesso tempo diminuire i casi di cecità medico-legale accertabile con tutti gli ovvi vantaggi sociali ed economici;
- l'ipovisione congenita determina una situazione di forte rischio per lo sviluppo delle funzioni e competenze del neonato quali, ad esempio, l'organizzazione del ritmo sonno-veglia, la strutturazione del rapporto madre-bambino, le competenze oculomotorie, motorie e psicomotorie, le competenze cognitive, le competenze relazionali, comunicative e linguistiche e l'apprendimento formale, cosicché la presa in carico e la terapia nelle prime fasi della vita, diviene essenziale per la salute futura del bambino.

Ritenuto pertanto

opportuno che lo screening neonatale oculare sia implementato mediante la elaborazione di un piano di screening mirato all'identificazione quanto più è precoce delle cause di danno funzionale o

di ostacolo alla maturazione della visione, in modo da garantire la possibilità di trattamenti o provvedimenti riabilitativi di maggior efficacia.
IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE
ad implementare il piano, nell'ambito dei piani di screening oculare dei bambini, come esame di secondo livello l'esame del fondo, oftalmoscopia, al fine di rendere più efficace possibile la diagnosi e la terapia precoce delle patologie oculari congenite.

MOZIONE 7 novembre 2017, n. 1019 - In merito al riconoscimento di un codice identificativo di patologia per la fibromialgia, un pacchetto di prestazioni regionali. Il riconoscimento quale patologia cronica della stessa e la relativa esenzione dal costo del ticket, ai sensi del DM 329/1999. . (BUR n. 47 del 22.11.17)
IL CONSIGLIO REGIONALE
Premesso che:
- la fibromialgia (FM) è una malattia riconosciuta a livello intemazionale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e riconosciuta dalla maggior parte delle nazioni come una precisa entità nosologica, con conseguente riconoscimento di esenzione dalla spesa sanitaria per tale patologia;
- nel 2008 il Parlamento europeo ha invitato la Commissione europea ed il Consiglio europeo a pianificare ed adottare una strategia comunitaria la quale, riconoscendo la gravità di una malattia spesso invalidante, che anche in Italia colpisce circa 1,5/2 milioni di persone, incoraggi gli stati membri a migliorare l'accesso alla diagnosi ed ai trattamenti; - nonostante le raccomandazioni della Commissione europea e del Consiglio europeo successivamente adottate, nel nostro paese la fibromialgia risulta ancora ass ente nel nomenclatore del Ministero della salute, non esistono adeguati protocolli clinici assistenziali e non è prevista alcuna forma di esenzione alla partecipazione al costo delle cure (allegato al regolamento adottato con decreto del Ministro della sanità 28 maggio 1999, n. 329 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124").
Ricordato che
il Consiglio Regionale, con mozione 12 maggio 2016, n. 361, riconoscendo la necessità di un approccio integrato da parte del medico di medicina generale (MMG) e degli specialisti di riferimento (reumatologi/algologi), nonché di altre figure di supporto che s'interfaccino nei diversi momenti del percorso, ha impegnato la Giunta, nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) della sindrome fibromialgica, a prevedere la presa in carico del paziente fibromialgico da parte dei centri di terapia del dolore e cure palliative presenti nel territorio regionale, tramite aggiornamento e condivisione dei protocolli esistenti.
Richiamata
la mozione del Consiglio Regionale 29 luglio 2014, n. 844 (Percorso di riconoscimento, individuazione e cura per la sindrome della fibriomialgia in Toscana), la quale, tra l'altro, impegnava la Giunta regionale:
- a riconoscere la sindrome fibromialgica nel Piano sanitario regionale (PSR) e, nello specifico, nel capitolo relativo alle malattie croniche invalidanti;
- a promuovere percorsi per individuare, all'interno dei servizi offerti nelle diverse aziende sanitarie locali della Regione Toscana, figure mediche specialistiche preposte alla certificazione della malattia, anche ai fini dell'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per prestazioni inerenti il follow up e la terapia della malattia mediante suo inserimento nei livelli essenziali di assistenza (LEA) regionali;
- ad individuare una serie di prestazioni (visita reumatologica, internistica, neurologica, algologia, va lutazione psicodiagnostica con visita psichiatrica e/o psi cologica, valutazione fisiatrica per limitazione algo funz ionale, trattamenti fisiochinesiterapici ed attività fi sica adattata).
Ricordato che,

sempre nella citata mozione, si dava mandato all'Assessore regionale al Diritto alla salute a promuovere e sostenere analoghe iniziative nell'ambito della Conferenza permanente Stato-Regioni e, attraverso questa, nei competenti organi dello Stato, ai fini del recepimento degli stessi principi nel PRS.altresì, la nota di attuazione della Giunta regionale 9 ottobre 2014, in cui si riteneva opportuno, in linea con le istanze già presentate dalla nostra Regione in sede di coordinamento tecnico Commissione Salute della conferenza delle regioni e povince autonome, porre all'esame del tavolo nazionale la questione dell'inserimento della sindrome fibromialgica nel novero delle patologie croniche ed invalidanti aventi diritto al riconoscimento del regime di esenzione della quota di compartecipazione al costo delle prestazioni.
Visto che:
- le Province autonome di Trento e Bolzano hanno già riconosciuto il regime di esenzione per la fibromialgia, permettendo ai malati di avere un maggior riconoscimento in sede di determinazione di invalidità civile;
- a seguire, il Friuli Venezia Giulia ed il Veneto hanno riconosciuto la fibromialgia nel Piano socio-sanitario regionale; - altre regioni, tra cui la Lombardia, la Sicilia, le Marche e l'Emilia Romagna, si stanno muovendo verso forme di riconoscimento della fibromialgia e stanno attuando interventi volti a favorirne l'inserimento in pro tocolli regionali con riconoscimento di esenzione al costo del ticket;
- al momento, esiste copiosa letteratura che permette la valutazione e la certa delimitazione della patologia, la determinazione della gravità della stessa e la possibilità o meno di potere essere considerata invalidante, cosicché riconoscere la diagnosi di sindrome fibromialgica non significherebbe riconoscere a tutti una severa invalidità, ma delegare apposita commissione a giudicare l'impatto della malattia sul singolo paziente attraverso criteri oggettivi.
Ritenuto di
procedere, in tal senso, all'assegnazione alla sindrome fibromialgica di un codice identificativo di patologia, individuando la possibile definizione di cronicità da parte dello specialista reumatologo/algologo, la quale comporti l'esenzione dal ticket per un pacchetto regionale di prestazioni di classe A (visite annuali specialistiche: reumatologo/algologo, fisiatra, psicologo, nutrizionista; sedute annue di psicoterapia breve, sedute annue di riabilitazione neuromotoria, ciclo annuo di balneoterapia) e per una serie di esami strumentali e di laboratorio:
Tutto ciò premesso e valutato;
IMPEGNA IL PRESIDENTE E LA GIUNTA REGIONALE
a dare attuazione a quanto previsto dalla succitata mozione regionale 844/2014 riguardo la presa in carico, all'interno del PTDA, dei pazienti fibromialgici tramite l'aggiornamento dei protocolli esistenti;
ad istituire il registro telematico regionale della fibromialgia finalizzato alla raccolta ed all'analisi dei dati clinici della malattia, uno strumento attraverso il quale si possano rilevare le modalità di accertamento diagnostico della malattia, i trattamenti e gli interventi sanitari applicati, l'evoluzione della malattia in termini funzionali e la qualità delle cure prestate, per supportare la ricerca ed avere contezza statistica dell'incidenza della malattia sul territorio regionale;
a provvedere al riconoscimento di un codice identificativo di patologia con l'inclusione della stessa nell'elenco delle malattie croniche;
a farsi promotore e supporto presso il Ministero della salute affinché la fibromialgia sia riconosciuta come patologia cronica e sia introdotta l'esenzione dal ticket per i pazienti affetti da tale sindrome;
ad individuare criteri omogenei per tutte le ASL della regione, affinché vi possa essere presa in carico dei pazienti, nelle more dell'inserimento della patologia di fibromi algia all'interno dei livelli essenziali di assistenza (LEA), anche attraverso la collaborazione con l'organismo toscano per il governo clinico, in corso di nomina.

UMBRIA

DGR 16.10.17, n. 1179 - Integrazione composizione "Commissione tecnico-scientifica per la programmazione e la valutazione delleattività vaccinali" di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 762 del 3 luglio 2017.

Note

Viene integrata la composizione "Commissione tecnico-scientifica per la programmazione e la valutazione delleattività vaccinali" di cui alla D.G.R. 762/2017 inserendo all'interno della stessa la prof.ssa Susanna Esposito direttoredella Struttura complessa di clinica pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e direttore della Scuola di specializzazionein pediatria presso l'Università degli Studi di Perugia.

Vengono confermati i nominativi degli altri componenti già nominati con D.G.R. 762/2017 di seguito elencati:

• dott. Gianni Giovannini dirigente responsabile del Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentaredella Direzione Salute, welfare. Organizzazione e risorse umane, con funzioni di coordinatore;

• dott.ssa Anna Tosti responsabile della Sezione Prevenzione del Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezzaalimentare;

• i seguenti dirigenti medici dei Servizi Igiene e sanità pubblica delle Aziende USL nelle persone di:

— dott.ssa Anna Pasquale e dott.ssa Carla Ciani della Az. USL Umbria 1;

— dott. Franco Santocchia e dott.ssa Maria Laura Proietti della Az. USL Umbria 2;

• dott. Paolo Lilli, responsabile del Servizio Farmaceutico della Az. USL Umbria 2;

• dott. Guido Camanni, dirigente medico presso la U.O. pediatria del Presidio Ospedaliero di Foligno della Az.USL Umbria 2;

• prof. Franco Baldelli, responsabile della U.O.C. di malattie infettive dell'Università di Perugia c/o Az. OspedalieraSanta Maria della Misericordia di Perugia e professore ordinario di malattie infettive della Facoltà di medicina e chirurgiadi Perugia;

• dott. Gennaro Troianiello in rappresentanza dei pediatri di libera scelta;

• dott. Alessandro Rossi, segretario regionale della Società italiana medici di medicina generale in rappresentanzadei medici di medicina generale.

Sono confermati i compiti attribuiti alla "Commissione tecnico-scientifica per la programmazione e la valutazione delle attività vaccinali", così come delineati nella deliberazione della Giunta regionale n. 762 del3 luglio 2017.

VENETO

DGR 24.10.17, n. 1693 - Definizione del modello organizzativo integrato per la prevenzione, diagnosi precoce e trattamento del carcinoma della mammella. modifica ed integrazione della dgr n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i.. deliberazione n. 70/cr del 4 luglio 2017. (BUR N. 108 DEL 14.11.17)

Note

Viene definito il modello organizzativo integrato per la prevenzione, diagnosi precoce e trattamento del carcinoma della mammella, modificando ed integrando quanto previsto dalla dgr n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i..

Viene pertanto approvare il documento "il modello organizzativo integrato. preienzione-diagnosi precoce-trattamento del carcinoma della mammella" di cui all'**allegato a** parte integrante del presente atto;di stabilire che quanto disposto con il presente atto integra e modifica, per le parti relative alla breast unit, quanto approvato con la dgr n. 2122/2013 (a cui si fa rinvio).

Vengono altresì approvare le modifiche alle schede di dotazione ospedaliera delle strutture ospedaliere interessate, così come riportato nell'**Allegato B** parte integrante del presente atto, in conformità a quanto previsto nel documento di cui al punto 2. (a cui si fa rinvio).

DGR 24.10.17, n. 1694 - Finanziamento della rete regionale per i disturbi del comportamento alimentare (dca) e determinazioni conseguenti la messa a regime.(BUR n. 108 del 14.11.17)

Note **PREMESSA**

I disturbi del comportamento alimentare – anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating disorder, BED) e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati – si configurano come problema sociosanitario specifico e particolare, che negli ultimi anni ha registrato un progressivo incremento con numeri tali da rappresentare un fenomeno di grande allarme sociale; sono uno dei problemi di salute più comuni nei giovani, soprattutto nelle ragazze, nel nostro Paese come in tutti i Paesi occidentali.

I DCA sono manifestazioni psicopatologiche caratterizzate da intensa preoccupazione riguardo al cibo, al peso e alla forma del corpo; l'eziologia non è ancora del tutto chiarita, ma è determinata da una complessa interazione di fattori genetici e ambientali.

Nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni e di sesso femminile sono stimati tassi di prevalenza lifetime dello 0,9% per l'anoressia nervosa, dell'1,5% per la bulimia nervosa e del 3,5% per il BED. L'incidenza dell'anoressia nervosa è stimata essere di almeno 8 nuovi casi per 100.000 donne in un anno, mentre quella della bulimia nervosa è di almeno 12 nuovi casi per 100.000 donne in un anno. Negli studi condotti su popolazioni cliniche, i maschi rappresentano tra il 5% e il 10% dei casi di anoressia nervosa, tra il 10% e il 15% dei casi di bulimia nervosa e tra il 30% e il 40% dei casi di BED (fonte Quaderni del Ministero della Salute n. 17/22 luglio-agosto 2013 Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione).

La Regione del Veneto, tra le prime in Italia, con DGR. n. 3540 del 19 ottobre 1999 ha delineato l'organizzazione di una rete di servizi per la diagnosi e cura dei DCA attraverso l'attivazione in ogni provincia (di norma nell'ambito delle Aziende ULSS capoluogo e, nel caso di Padova e Verona, presso le due Aziende Ospedaliere) di un Centro di Riferimento Provinciale per i DCA (CPD). Inoltre, la citata D.G.R. n. 3540 del 19 ottobre 1999 ha previsto che ai CPD di Padova e Verona, venissero attribuiti compiti di Centro Regionale per i DCA.

Con successive delibere, sono stati approvati i Centri provinciali di Portogruaro (DGR n. 2410/2001 e DGR n. 1050/2009), Vicenza (DGR n. 1974/2003), Treviso (DGR n. 371/2005) e i Centri Regionali di Padova (DGR n. 70/2005) e Verona (DGR n. 374/2005).

Al fine di garantire l'armonico sviluppo dell'attività dei Centri, la Regione del Veneto ha stanziato, a partire dall'anno 2007, con DGR n. 3455 del 30 ottobre, una integrazione economica straordinaria a supporto della costruzione e del passaggio ad effettivo regime della rete regionale.

Con il presente provvedimento si propone di assegnare alle Aziende sedi di Centri Regionali e Provinciali un finanziamento di complessivi euro 265.000,00 per il corrente esercizio finanziario, per la realizzazione delle attività sinteticamente illustrate nella sottostante tabella:

Aziende Sanitarie	Sintetica descrizione delle attività	Finanziamento assegnato
Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana/Centro Provinciale	Supporto attività riabilitative per utenti DCA, supporto individuazione strumenti per la valutazione, supporto routinario alla cartella clinica informatizzata	euro 45.000,00
Azienda Ulss 4 Veneto Orientale/Centro Provinciale	Supporto attività riabilitativa per utenti con DCA nei vari contesti	euro 45.000,00
Azienda Ulss 8 Berica/Centro Provinciale	Coordinamento provinciale dei servizi, diffusione della cartella clinica e lavoro di rete, strumenti di valutazione parametri clinici specifici per la	euro 45.000,00

	malnutrizione, coordinamento con pediatria e neuropsichiatria per gestione esordi precoci	
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona/Centro Regionale	Formazione, supervisione ambito provinciale e regionale, diffusione della cartella clinica, introduzione e somministrazione strumenti psicometrici ambito provinciale e regionale ed attività di ricerca	euro 65.000,00
Azienda Ospedaliera di Padova/Centro Regionale	Rilievi epidemiologici con particolare attenzione ai fenomeni di migrazione sanitaria, stima dell'incidenza e del suo andamento, formazione/supervisione in ambito provinciale e regionale, approntamento di una batteria di valutazione neuropsicologica minima da validare	euro 65.000,00
TOTALE		euro 265.000,00

Con il presente provvedimento è da ritenersi conclusa la fase prevista dalla DGR n. 3455 del 30 ottobre 2007 per la messa a regime della rete regionale, in quanto tutti i Centri di riferimento Provinciali e Regionali hanno pienamente impostato la loro attività secondo le indicazioni contenute nei provvedimenti regionali di programmazione tra cui la DGR n. 3540 del 19 ottobre 1999 e la DGR n. 94 del 31 gennaio 2012 che ha approvato il documento di indirizzi alle Aziende sanitarie in materia di disturbi del comportamento alimentare ed il protocollo tra i Centri regionali e con le Case di cura private.

Le Aziende sanitarie sede di Centri Regionali e Provinciali, ciascuna per le rispettive competenze, dovranno garantire la piena operatività dei Centri, in continuità con la fase conclusa, stabilizzando ove possibile le risorse relative, al fine di erogare ai propri utenti le prestazioni necessarie alla cura dei disturbi del comportamento alimentare dalla fase di valutazione diagnostica al trattamento in regime ambulatoriale e di ricovero, fino alla riabilitazione e al sostegno psicosociale.

Con Legge regionale 19/2016 è stata istituita l'Azienda Zero, tra le cui funzioni vi è la Gestione Sanitaria Accentrata. Con DGR n. 286/2017 la Giunta regionale, in attuazione di quanto disposto dall'art. 2, comma 4, della L.R. n. 19/2016, ha autorizzato provvisoriamente l'erogazione attraverso l'Azienda Zero dei finanziamenti della GSA di cui alla DGR n. 2239/2016, per un importo complessivo pari a euro 421.725.227,45, indicando i capitoli di spesa del bilancio di previsione 2017-2019 sui quali tali finanziamenti trovano copertura finanziaria, incaricando altresì il Direttore della Direzione Programmazione economico-finanziaria SSR a provvedere, con propri atti, alla gestione contabile finalizzata all'erogazione di tali risorse ad Azienda Zero. Con Decreto del Direttore della Direzione Programmazione economico finanziaria SSR n. 8 del 23 marzo 2017, sono stati disposti l'impegno e la liquidazione finalizzati all'erogazione ad Azienda Zero delle risorse per la GSA, tra le quali sono comprese le risorse per la prosecuzione dell'operatività della rete regionale per i disturbi del comportamento alimentare DCA.

La copertura finanziaria del finanziamento complessivo di euro 265.000,00 per il corrente esercizio finanziario, pertanto, è a carico delle risorse per finanziamenti della GSA stanziate sul capitolo di spesa del bilancio di previsione dell'esercizio corrente n. 103285 e già erogate ad Azienda Zero in base a quanto disposto dalla DGR n. 286/2017 e dal Decreto n. 12 del 30 dicembre 2016 del Responsabile della GSA, Allegato A, linea di spesa denominata "Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): operatività e finanziamento della rete regionale".

Le Aziende sopra indicate dovranno concludere l'attività relativa al finanziamento in oggetto entro il 30 giugno 2018 con il sostenimento delle relative spese, fatta salva una eventuale proroga motivata.

Azienda Zero provvederà all'erogazione del relativo finanziamento a favore delle Aziende come di seguito indicato:

- Un acconto, pari al 50% del finanziamento assegnato, ad esecutività del presente provvedimento;
- Il saldo potrà essere erogato su comunicazione dell'U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria della Direzione Programmazione Sanitaria - di avvenuta approvazione della rendicontazione; la rendicontazione dovrà essere approvata con decreto del Direttore dell'U.O. suddetta. A tal fine le Aziende Ulss beneficiarie dovranno trasmettere agli uffici regionali la documentazione di rendicontazione delle spese sostenute e relazione dell'attività svolta entro il 31 luglio 2018, fatta salva eventuale proroga.

Si propone di incaricare il Direttore della U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria della Direzione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione di quanto disposto con il presente provvedimento.

Viene confermato per l'anno 2017 il finanziamento alle Aziende sede di Centri Regionali e Provinciali per i Disturbi del Comportamento Alimentare finalizzato all'operatività della rete regionale, per un importo complessivo di euro 265.000,00-;

Viene assegnato a tale scopo alle Aziende sedi di Centri Regionali e Provinciali il finanziamento di cui al punto 2., così suddiviso:

- Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana/Centro Provinciale – finanziamento euro 45.000,00;
- Azienda Ulss 4 Veneto Orientale/Centro Provinciale – finanziamento euro 45.000,00;
- Azienda Ulss 8 Berica/Centro Provinciale – finanziamento euro 45.000,00;
- Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona/Centro Regionale – finanziamento euro 65.000,00;
- Azienda Ospedaliera di Padova/Centro Regionale – finanziamento euro 65.000,00;

DGR 24.10.17, n. 1715 - Comitato etico per la pratica clinica pediatrica dell'azienda ospedaliera di Padova. nuove disposizioni. (BUR n. 108 del 14.11.17)

Note

Viene riconosciuto il Comitato Etico per la Pratica Clinica Pediatrica, incardinato presso il Dipartimento di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera di Padova, riconducendone la sfera di competenza all'alveo aziendale-

Il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova viene invitato a procedere al rinnovo dello stesso, in scadenza il 18 febbraio 2018, con la nomina di soli Componenti interni all'Azienda Ospedaliera.

DGR 7.11.17, n. 1737 - Convenzione tra la regione del Veneto e la provincia autonoma di Trento per la regolamentazione dell'erogazione dei trattamenti e dei ricoveri in urgenza/emergenza per i cittadini residenti nei comuni dell'alto Garda e zone limitrofe e delle prestazioni in ambito cardiologico per i pazienti dell'ospedale di Malcesine da parte della struttura ospedaliera di rovereto dell'azienda provinciale servizi sanitari di Trento. (BUR n. 109 del 17.11.17)

Note

Si approva lo schema di convenzione tra la regione del veneto e la provincia autonoma di Trento per la regolamentazione dell'erogazione dei trattamenti e dei ricoveri in urgenza/emergenza per i cittadini residenti nei comuni dell'alto Garda e zone limitrofe e delle prestazioni in ambito cardiologico per i pazienti dell'ospedale di Malcesine da parte della struttura ospedaliera di rovereto dell'azienda provinciale servizi sanitari di Trento.

CONVENZIONE TRA LA REGIONE VENETO E LA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO PER LA REGOLAMENTAZIONE DELL'EROGAZIONE DEI TRATTAMENTI E DEI RICOVERI IN URGENZA/EMERGENZA PER I CITTADINI RESIDENTI NEI COMUNI DELL'ALTO GARDA E ZONE LIMITROFE E DELLE PRESTAZIONI IN AMBITO CARDIOLOGICO PER I PAZIENTI DELL'OSPEDALE DI MALCESINE, DA PARTE DELLA

STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO DELL'AZIENDA PROVINCIALE SERVIZI SANITARI DI TRENTO
TRA I SIGNORI:
- _____ domiciliato per la carica in Venezia, presso la sede della Regione Veneto, codice
fiscale 80007580279, il quale interviene ed agisce in rappresentanza della stessa nella sua qualità _____;
- _____ domiciliato per la carica in Trento, presso la sede della Provincia Autonoma di Trento,
codice fiscale _____, il quale interviene ed agisce in rappresentanza della stessa nella sua
qualità di _____;
in conformità alla deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. _____ del _____ ed alla
deliberazione della Provincia Autonoma di Trento n. _____ del _____, deliberazioni che
hanno autorizzato la stipulazione della presente convenzione;
CONSIDERATO CHE
l'art. 8 sexies, comma 8, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. cita: "Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale";
l'art. 19 del Patto per salute per gli anni 2010-2012, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (Conferenza Stato-Regioni) con atto n. 243/CSR del 3 dicembre 2009, dispone che per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine anche di favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
l'art. 9, comma 3, del Patto per la salute per gli anni 2014-2016, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni con atto n. 82/CSR del 10 luglio 2014, conferma i contenuti del predetto articolo 19 del Patto per la salute 2010-2012;
l'art. 1 comma 576 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) conferma i contenuti del citato art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012.
PREMESSO CHE
Si rende necessario attivare una convenzione per avviare una collaborazione tra la Regione del Veneto e la Provincia Autonoma di Trento per la regolamentazione dell'erogazione dei trattamenti e dei ricoveri in urgenza/emergenza per i cittadini residenti nei comuni dell'Alto Garda e zone limitrofe e delle prestazioni in ambito cardiologico per i pazienti dell'Ospedale di Malcesine, da parte della struttura ospedaliera di Rovereto dell'Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento (di seguito APPS) tra le parti contraenti si conviene e si stipula quanto segue:

Articolo 1 – Oggetto

La presente convenzione ha per oggetto la regolamentazione dell'erogazione dei trattamenti e dei ricoveri in urgenza/emergenza per i cittadini residenti nei comuni dell'Alto Garda e zone limitrofe e delle prestazioni in ambito cardiologico per i pazienti dell'Ospedale di Malcesine che saranno garantiti dall'Ospedale S. Mariadel Carmine di Rovereto (TN) (di seguito Ospedale di Rovereto).

Articolo 2 – Referenti della convenzione
L'Azienda Ulss 9 e l'APSS nominano i propri referenti della presente convenzione. I due referenti garantiranno, collaborando tra di loro, il buon andamento di quanto previsto dalla convenzione, anche in collaborazione con le Direzioni Generali dell'Azienda Ulss 9 e della APSS di Trento, qualora si presentassero difficoltà o casi da dirimere.
Articolo 3 - Trasporto
L'Azienda Ulss 9 assicura il trasporto e l'accompagnamento dei pazienti all'Ospedale di Rovereto.
Articolo 4 – Privacy
L'Azienda Ulss 9 e l'APSS si impegnano a rispettare quanto previsto dal D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e consentono reciprocamente l'inserimento dei propri dati nelle rispettive banche dati.
Con la sottoscrizione della presente convenzione ciascuna Parte consente esplicitamente all'altra Parte l'inserimento dei propri dati nelle rispettive banche dati.
Ciascuna delle Parti consente espressamente all'altra Parte di comunicare i propri dati a terzi, qualora tale comunicazione sia necessaria in funzione degli adempimenti, diritti ed obblighi connessi all'esecuzione della presente Convenzione, ovvero renda più agevole la gestione dei rapporti dalla stessa derivanti.
Le Parti prendono altresì atto dei diritti a loro riconosciuti dall'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, ed in particolare il diritto di chiedere l'aggiornamento, la rettifica o la cancellazione degli stessi.
La comunicazione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute dei soggetti cui le prestazioni oggetto della presente convenzione si riferiscono, si intende effettuata in considerazione del fatto che l'Ospedale di Rovereto provveda, nei confronti dei soggetti richiedenti le prestazioni sanitarie, a tutti gli adempimenti previsti dal D.Lgs. 196/2003, nei limiti di quanto disposto da tali norme e dal provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali del 24.06.2011 "Autorizzazione al trattamento dei dati idonei a rivelare lostato di salute e la vita sessuale" n. 2/2011.
In particolare l'Azienda Ulss 9 si impegna ad acquisire dai pazienti ad essa afferenti il consenso scrittoprevisto dal D.Lgs. 196/2003 e dalla citata autorizzazione generale del Garante n. 2/2011 del 24.06.2011, per il trattamento dei dati genetici indispensabili per tutelare l'incolumità fisica e la salute dell'interessato,nonché per la comunicazione degli stessi all'Ospedale di Rovereto per le medesime finalità.
Articolo 5 — Durata
La presente convenzione ha validità di anni tre a decorrere dalla data di sottoscrizione.
Articolo 6 — Foro esclusivo
Le controversie relative all'interpretazione ed esecuzione del presente accordo non risolte bonariamente tra le parti sono devolute al giudice competente in via esclusiva del foro di Trento.
Articolo 7 — Norme applicabili
Per tutto quanto non espressamente convenuto nella presente convenzione, si fa rinvio alle norme del CodiceCivile.
Articolo 8 — Disposizioni finali
La presente convenzione è soggetta a registrazione solo nei casi d'uso. L'imposta di bollo è assolta virtualmente dall'APSS.
Letto approvato sottoscritto
Per la Regione Veneto

_____

Venezia, lì
Per la Provincia Autonoma di Trento

_____

Trento, lì
"La presente convenzione, a pena di nullità, è sottoscritta con firma digitale, ai sensi dell'articolo 24 del decreto legislativo 7 marzo

2005, n. 82, con firma elettronica avanzata, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, lettera q-bis), del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, ovvero con altra firma elettronica qualificata."

DGR 7.11.17, n. 1810 - Assegnazione alle Aziende sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2017 e 2018 - art. 41 l.r. 5/2001. dgr 07/02/2017 n. 7/cr.(BUR n. 109 del 17.11.17)

Note **PREMESSA**

Con la DGR n. 2239 del 23 dicembre 2016 la Giunta Regionale ha disposto la programmazione finanziaria delle risorse indistinte del FSR previste per l'esercizio finanziario 2017 ed alcuni adempimenti urgenti per garantire la continuità nell'erogazione dei LEA da parte degli Enti del SSR.

L'assetto istituzionale del SSR della Regione Veneto, con decorrenza 1 gennaio 2017, è infatti mutato per effetto della Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19 la quale ha istituito l'Ente di governance della sanità regionale veneta denominato "*Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero*" ed individuato nuovi ambiti territoriali per le Aziende ULSS.

La L.R. 19/2016 ha attribuito ad Azienda Zero un fondamentale ruolo operativo, in particolare per quanto riguarda la gestione delle risorse finanziarie della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), ridisegnando in maniera corrispondente il ruolo dell'Area Sanità e Sociale.

Azienda Zero, infatti, dal 2017 è l'ente incaricato delle funzioni e delle responsabilità della GSA nonché della gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale, oltre ad altre funzioni attribuite dall'articolo n.2 della L.R. 19/2016.

A fronte del mutato contesto e al fine di garantire:

- ad Azienda Zero la possibilità di svolgere le funzioni richiamate in precedenza;
- alle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere ed Istituto Oncologico Veneto l'immediata operatività senza soluzione di continuità nonché l'assolvimento delle obbligazioni quali, ad esempio, il pagamento degli operatori accreditati, delle forniture o del personale dipendente;

nelle more della definizione degli atti statali formali di determinazione del fabbisogno regionale standard per l'esercizio 2017, nonché della comunicazione da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze circa il livello delle erogazioni di cassa da effettuare in via anticipata ai sensi dell'art. 2, comma 68, lett. b) della L.191/2009 e ss.mm.ii, la Giunta Regionale con DGR n. 2239/2016 ha definito, seppur provvisoriamente, il quadro finanziario entro cui l'Azienda Zero e le nuove Aziende ULSS avrebbero operato a partire dal 1 gennaio 2017.

La DGR n. 2239/2016 ha prudenzialmente determinato in complessivi euro 8.301.290.576,58 l'ammontare delle risorse finanziarie per i LEA per l'esercizio 2017, di cui euro 7.801.336.435,00 da assegnare provvisoriamente agli Enti del SSR per l'erogazione dei LEA.

La successiva DGR 07/02/2017 n. 7/CR ha proposto la destinazione e i criteri per la ripartizione del FSR, indipendentemente dal suo ammontare, per il periodo 2017-2021. Nello specifico, tale provvedimento proponeva:

- di destinare risorse finanziarie agli Enti del SSR per l'erogazione dei LEA per complessivi 8 miliardi di euro;
- di destinare le rimanenti risorse finanziarie, fino a capienza del FSR di anno in anno quantificato sulla base del provvedimento di riparto del FSN, ad Azienda Zero per le seguenti finalità:
- finanziamento progettualità definite dalla Giunta Regionale;
- finanziamento funzionamento di Azienda Zero;
- finanziamento investimenti delle Aziende del SSR definiti dalla Giunta Regionale previa istruttoria CRITE;
- Copertura delle perdite delle Aziende del SSR.

Con riferimento alle risorse finanziarie di cui al precedente punto a), la DGR 07/02/2017 n. 7/CR prevedeva:

- un'assegnazione indistinta per i tre macro livelli di assistenza (assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale ed assistenza ospedaliera) alle Aziende ULSS sulla base della metodologia impiegata per il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale (FSN).

La normativa di riferimento è il Decreto Legislativo 6 maggio 2011 n. 68. Nell'applicazione di tale metodologia risulta determinante la pesatura della popolazione residente in quanto driver principale con cui avviene la ripartizione delle risorse. Con riferimento all'assegnazione del finanziamento per l'assistenza ospedaliera si terrà conto di quanto previsto dall'articolo n. 9 comma 3 della Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.

LA DISPOSIZIONE

Viene dato atto delle risorse statali per il finanziamento dei servizi sanitari regionali per l'esercizio 2017 come risultanti dall'Intesa di cui alla comunicazione della Presidenza del Consiglio dei Ministeri, DAR 14917 P-4.37.2.10 del 26/09/2017-3

Viene altresì dato atto che il Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2017, comprensivo del saldo della mobilità sanitaria interregionale ed al netto delle entrate proprie, ammonta a complessivi euro 8.780.262.017

Vengono considerate anche le risorse spettanti a titolo di quota premiale, per complessivi euro 6.371.915, e le risorse per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, per complessivi euro 112.323.602;

Il riparto approvato con il presente provvedimento è valido sia per l'anno 2017 che per l'anno 2018;

L'assegnazione include il finanziamento del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, il finanziamento degli investimenti ed i finanziamenti a funzione per gli erogatori privati accreditati

DGR . 14.11.17, n. 1831 - Accordo integrativo regionale in attuazione dell'accordo collettivo nazionale reso esecutivo in data 17/12/2015, mediante intesa conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di trento e bolzano, per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ex art. 8 d.lgs. 30/12/1992, n. 502. (BUR n. 109 del 17.11.17)

Note

Con il presente provvedimento si provvede a recepire l'accordo integrativo regionale in ottemperanza delle disposizioni di cui all'art. 4, comma 3 dell'accordo collettivo nazione, per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità e/o economico a seguito di nuovo ACN, si procederà ad una nuova fase di trattativa regionale;

DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARIED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)AMBULATORIALIEX ART. 8 D.LGS. 30/12/1992, N. 502
11 e 17 ottobre 2017
ALLEGATO A DGR nr. 1831 del 14 novembre 2017 pag. 1 di 27
INDICE

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI
CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE/ORGANIZZATIVO
Art. 1 – Quadro di riferimento
Art. 2 - Campo di applicazione e durata dell'Accordo Integrativo Regionale
Art. 3 - Livelli di contrattazione Art. 4 - Gli obiettivi del Servizio Socio Sanitario Regionale
Art. 5 - Obiettivi di Sistema
Art. 6 - Obiettivi di salute
Art. 7 - Obiettivi di appropriatezza CAPO II - MODALITÀ OPERATIVE DI PARTECIPAZIONE AL PROCESSO DI SVILUPPO
DELLE CURE PRIMARIE
Art. 8- Visite ambulatoriali per gestione cronicità e visite domiciliari per pazienti fragili

Art. 9 - La presa in carico del paziente cronico
Art. 10 - Presa in carico del paziente fragile, complesso, non autosufficiente
Art. 11 - Percorsi e PDTA
Art. 12 - Liste d'attesa
Art. 13 - Teleconsulto specialistico
Art. 14 - Debito informativo
Art. 15 - Le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna
Art. 16 - Il modello organizzativo dell'AFT
Art. 17 - Compiti specifici dell'AFT
Art. 18 - Attività delle AFT
Art. 19 - Il Referente di AFT
Art. 20 - Coordinatore di UCCP/MGI
CAPO III – CONTRATTAZIONE DECENTRATA
Art. 21 - Rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione decentrata di secondo livello
Art. 22 - Rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione decentrata di terzo livello
CAPO IV - COMITATI PARITETICI
Art. 23 - Comitato Regionale
Art. 24 - Comitati Zonali
Art. 25 - Istituzione, durata in carica e funzionamento dei Comitati Regionale e Zonali Art. 26 - Partecipazione a Comitati e Commissioni CAPO V - RAPPORTO CONVENZIONALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALIINTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI,CHIMICI, PSICOLOGI)
Art. 27 - Requisiti, domande, graduatorie e compiti dell'Azienda sede del Comitato Zonale
Art. 28 - Regolamentazione della gestione di proposte di aumento orario
Art. 29 - Commissione Tecnica aziendale Art. 30 - Compiti e funzioni dello Specialista Ambulatoriale Interno 20
Art. 31 - Compiti e funzioni del Veterinario Art. 32 - Compiti e funzioni del Professionista (Biologi, Chimici, Psicologi)
CAPO VI - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO
Art. 33 - Responsabile di Branca
Art. 34 - Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità. Criteri di individuazione ..
Art. 35 - Procedimento Disciplinare
Art. 36 - Formazione Continua (ECM)
Art. 37 - Accordi Attuativi Aziendali
Art. 38 - Nomenclatore Tariffario, prestazioni protesiche ed attività ortesica
Art. 39 - Indennità di sede disagiatissima Art. 40 - Diritto all'informazione e consultazione tra le parti
NORMA FINALE N. 1
NORMA FINALE N. 2
DICHIARAZIONE A VERBALE N. 1
DICHIARAZIONE A VERBALE N. 2
DICHIARAZIONE A VERBALE N. 3
DICHIARAZIONE A VERBALE DI FEDERAZIONE CISL MEDICI
LEGENDA LE PARTI FIRMATARIE ALLEGATO A DGR nr. 1831 del 14 novembre 2017

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE/ORGANIZZATIVO

Art. 1 – Quadro di riferimento

1. In conformità alla programmazione regionale vigente, approvata con Legge Regionale (L.R.) n. 23/2012,e alla riorganizzazione dell'assetto del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR),

approvata con L.R. n.19/2016, la valorizzazione della persona nella sua globalità ed in rapporto ai suoi contesti di vita costituisce obiettivo strategico da perseguire nella consapevolezza che la salute è patrimonio della collettività, perseguendo la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo uniforme su tutto il territorio regionale, accettando di valutare la qualità della presa in carico, l'appropriatezza del setting assistenziale e dei tempi di erogazione in relazione alla tipologia del bisogno, il costante monitoraggio delle performance.

2. Rappresentano azioni strategiche:

- la completa responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie nell'attuazione degli obiettivi assistenziali per il tramite dell'integrazione tra le strutture territoriali ed ospedaliere, in un continuum assistenziale;
- la capillarità di un'assistenza territoriale che consenta uguale opportunità nel raggiungimento e nel mantenimento di obiettivi di salute individuali e pari opportunità di accesso e fruizione di interventi;
- la concentrazione e la specializzazione delle attività gestionali amministrative prevedendo un soggetto responsabile (Azienda Zero) che affianca e supporta le Aziende Sanitarie fornendo strumenti di governance a sostegno dei percorsi clinico-assistenziali.

3. In questa cornice deve trovare la sua completa applicazione l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) perla disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992, recepito con Intesa Stato – Regioni in data 17 dicembre 2015.

4. Detto ACN, che sotto l'aspetto economico è risorse:

- scaturisce dalla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la L. n. 189/2012 (Legge Balduzzi).

Di particolare rilievo al presente Accordo Integrativo Regionale (AIR) risultano le disposizioni contenute nell'articolo 1 con riferimento ai compiti assegnati alle Regioni ossia l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriale (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e agli obblighi previsti per il personale convenzionato (inserimento delle nuove forme organizzative e adesione al sistema informativo regionale e nazionale), nonché alle modifiche introdotte al testo dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. A tale provvedimento ha fatto seguito col D.P.R. 4settembre 2013, n. 122 la possibilità, per la sola parte normativa e senza possibilità di recupero per la parte economica, di dar luogo alle procedure contrattuali e negoziali ricadenti negli anni 2013-2014;

- si adegua e si raccorda con le disposizioni introdotte dal D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, che modifica il D.Lgs. n. 165/2001;
- si attiene ai contenuti del Patto per la Salute 2014-2016, con riferimento in particolare all'art. 5 dove tra l'altro si precisa che la natura del collegamento tra AFT e UCCP deve essere di tipo funzionale e che la UCCP è parte fondamentale ed essenziale del Distretto.

5. Ai sensi dei commi 1 e 2, art. 7 dell'ACN 2015, la UCCP:

- rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in modo integrato all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio;
- persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione;
- opera in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale,ai bisogni di salute complessi;
- garantisce il carattere multi-professionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria e, ove previsto ai sensi dell'art. 4, comma 4 dell'ACN 2015, dei veterinari.

6. Il modello di Medicina di Gruppo Integrata (MGI), definita con DGR n. 751 del 14 maggio 2015, che costituisce una forma di UCCP nel Veneto, rappresenta il fulcro su cui dovrà riorganizzarsi l'intero assetto dell'assistenza territoriale regionale per garantire una maggiore accessibilità, assicurando la copertura h12 attraverso la presenza della medicina di famiglia nella sede di riferimento e strutturando una integrazione effettiva con la Continuità Assistenziale per garantire una efficace copertura h24,assicurando la presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali.
7. Nel contesto regionale diviene, dunque, necessario consolidare gli interventi innovativi già in fase di costruzione, ma che richiedono una contestualizzazione, una diffusione e un coordinamento, alla luce del modificarsi continuo dei bisogni, dell'evoluzione dell'assetto organizzativo, del sistema delle responsabilità, dei nuovi confini di sostenibilità del sistema.
8. Rappresentano, dunque, scelte strategiche della programmazione regionale:
a) la possibilità di individuare da parte delle Aziende Sanitarie figure con funzioni organizzative (es. Responsabile di Area, di Branca e di AFT) per perseguire specifici obiettivi aziendali;
b) il potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
c) la ridefinizione delle competenze e l'attivazione di una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio;
d) l'investimento sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, con particolare riguardo all'appropriatezza prescrittiva ed al consumo di risorse socio-sanitarie, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile dei professionisti e dei cittadini, anche allo scopo di ottenere una consistente riduzione delle liste d'attesa;
e) la garanzia della massima appropriatezza in ambito farmaceutico, specialistico e protesico;
f) la diffusione di strumenti di clinical governance, mirati anche alla qualità ed alla sicurezza dei pazienti;
g) la ricerca della semplificazione degli adempimenti e delle procedure;
h) la definizione, l'applicazione e la garanzia di standard di qualità, ma anche standard di quantità, atti a valorizzare le esperienze attuate localmente, riducendo le differenze tra i diversi contesti e superando disuguaglianze ed iniquità;
i) la ricomposizione di un sistema delle responsabilità che ponga in capo alle strutture del SSSR, alle amministrazioni locali, alle categorie professionali, ai singoli professionisti ed agli assistiti la consapevolezza del loro ruolo come erogatori o fruitori di servizi, delle risorse disponibili, del legame solidaristico;
j) la promozione del senso di partecipazione civica delle persone per consentire un appropriato utilizzo dei servizi socio-sanitari.

Art. 2 - Campo di applicazione e durata dell'Accordo Integrativo Regionale

1. Il presente AIR entra in vigore dalla data di adozione del provvedimento di recepimento dello stesso e ha validità fino alla stipula del successivo, fatte salve modificazioni ed integrazioni e/o variazioni in ambito nazionale.

Art. 3 - Livelli di contrattazione

1. L'ACN definisce tre livelli di contrattazione:
a) nazionale (art. 3, comma 3, ACN 2015): Accordo Collettivo Nazionale, ACN;
b) regionale (art 3, comma 4, ACN 2015): Accordo Integrativo Regionale, AIR;
c) aziendale (art. 3, comma 5, ACN 2015): Accordo Attuativo Aziendale, AAA.
2. Il presente AIR individua gli obiettivi e gli strumenti per la Specialistica ambulatoriale interna, Veterinaria e le altre Professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali in linea con gli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale, demandando alla contrattazione aziendale l'attuazione degli obiettivi individuati dalla Regione attraverso gli AAA, definendo le azioni più appropriate sulla scorta delle realtà locali.

Art. 4 - Gli obiettivi del Servizio Socio Sanitario Regionale

1. La partecipazione dei SAI, dei Veterinari (ove previsto ai sensi dell'art. 4, comma 4 dell'ACN 2015) e delle altre Professionalità sanitarie ambulatoriali allo sviluppo delle Cure primarie, alla costituzione delle AFT ed alla collaborazione nelle MGI deve essere finalizzate al perseguimento degli obiettivi enunciatinei seguenti articoli.

Art. 5 - Obiettivi di Sistema

1. Conformemente a quanto previsto nell'ACN, attraverso l'attuazione della costituzione delle AFT della Medicina Specialistica ambulatoriale interna, si intende rimodulare i modelli organizzativi territoriali di presa in carico della cronicità favorendo la multiprofessionalità e multidisciplinarietà.
2. Nello specifico diventano obiettivi strategici:
a) realizzare la presa in carico integrata dei pazienti acuti e cronici, evitando alla persona in stato di bisogno inutili spostamenti e contatti frammentati con più strutture/professionisti erogatori, migliorando l'accessibilità ai servizi, semplificando le procedure e, soprattutto, valorizzando la relazione tra professionisti ed assistiti;
b) potenziare l'assistenza domiciliare integrata, rivisitandone il modello organizzativo, al fine di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
c) sviluppare le strutture di ricovero intermedie, necessarie per garantire un adeguato passaggio dall'Ospedale al Territorio e dal Territorio all'Ospedale senza soluzione di continuità, evitando alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, favorendone un rientro tutelato e coordinato al domicilio;
d) rimodulare l'assistenza residenziale per rispondere alle nuove esigenze assistenziali, nella considerazione che le strutture residenziali rappresentano, come domicilio effettivo, il contesto di vita della persona e sono parti integranti del Sistema;
e) utilizzare l'innovazione tecnologica e la rete informatica quali strumenti a supporto di un trattamento tempestivo reso al paziente, ma anche di fruibilità e condivisione delle informazioni al fine di garantire la continuità dell'assistenza nella sua accezione di continuità informativa;
f) collaborare attivamente nell'ambito dei programmi di prevenzione;
g) essere coinvolti nei programmi di screening individuati dai programmi nazionali, regionali e aziendali ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione.
3. A tale fine nell'ambito della formazione obbligatoria dello Specialista Ambulatoriale Interno (SAI), del Veterinario e delle altre Professionalità sanitarie ambulatoriali dovranno essere previsti percorsi di aggiornamento professionale trasversali con gli altri professionisti, oltre che percorsi finalizzati allo sviluppo clinico-organizzativo anche mediante pacchetti formativi prodotti dalle maggiori societàscientifiche accreditate.

Art. 6 - Obiettivi di salute

1. L'adozione di un approccio per percorsi assistenziali, delineato anche nel Piano Nazionale della Cronicità, rappresenta la sfida vincente per garantire la continuità dell'assistenza: il PDTA definisce che cosa serve al processo in modo condiviso, quando serve e chi ha la competenza per farlo, valutandone la fattibilità e sostenibilità. I percorsi assistenziali costituiscono strumenti di trasversalità che consentono di definire ruoli, funzioni, responsabilità, ma che implicano spesso una revisione del modello organizzativo in essere ed una consapevolezza delle risorse che si hanno a disposizione.
2. L'approccio per processi integrati consente di mettere a sistema e rendere routinari i meccanismi di contatto e di connessione tra i diversi nodi della rete di offerta: lo scambio professionale non è più attivato in modo estemporaneo e sulla base delle relazioni personali tra professionisti o sulla scorta di "sintesi" affidate al paziente, ma per effetto di forme di organizzazione che producono modalità automatiche di connessione. In questo modo si modifica sia il contenuto dei servizi offerti dal SSSR, sia la modalità di fruizione da parte dell'assistito.
3. È, pertanto, obiettivo prioritario garantire la continuità delle cure attraverso la definizione e la condivisione di Percorsi Integrati di Cura per:

a) pazienti post-acuti, dimessi dall'ospedale, a rischio elevato di re-ospedalizzazione, che necessitano di competenze clinico-gestionali ed assistenziali in una struttura dedicata o a domicilio potenziando ilruolo degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) a supporto dell'attività distrettuale e del MMG;
b) pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, o pazienti fragili con elevati bisogni assistenziali, che richiedono una presa in carico da parte di un team multidisciplinare;
c) pazienti cronici stabilizzati che necessitano di monitoraggio del loro stato di salute attraverso un approccio di medicina di iniziativa che veda coinvolti anche i SAI.
4. Ai fini di garantire una appropriata continuità dell'assistenza, tali percorsi dovranno comprendere anche e modalità organizzative da attivare al manifestarsi delle riacutizzazioni nei pazienti stabilizzati.
5. Andranno, pertanto, concordati, condivisi ed applicati i PDTA per patologie croniche prevalenti (es.broncopneumologiche, cardiologiche, metaboliche, neurologiche, oncologiche, ecc.).

Art. 7 - Obiettivi di appropriatezza

1. Il nuovo assetto organizzativo, basato sull'approccio per processi, consentirà una progressiva responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema sul raggiungimento dei risultati, l'inserimento di una visione d'insieme, la decentralizzazione del processo decisionale, il consolidamento del lavoro di equipe e della cooperazione, mantenendo come focus principale la centralità della persona.
2. Rappresentano obiettivi strategici:
a) contribuire al buon governo del sistema attraverso percorsi di appropriatezza al fine di migliorare la qualità del servizio e consentire una nuova dimensione dell'offerta che privilegi l'assistenza territoriale, nell'ottica dell'abbattimento delle liste di attesa;
b) garantire l'appropriatezza delle richieste di prestazione specialistica entro i limiti previsti dal SSSR e secondo le disposizioni nazionali e regionali in materia;
c) contribuire a ridurre le "fughe" per le specialità presenti nelle specifiche Aziende Sanitarie;
d) contribuire a governare le liste d'attesa secondo le disposizione della DGR n. 320 del 12 marzo 2013e s.m.i;
e) promuovere il teleconsulto specialistico, costituendo spazi di consulenza/colloquio tra specialisti e MMG per la presentazione di casi o per conseguire accordi sul percorso di presa in carico;
f) contribuire a garantire l'appropriatezza delle richieste dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al Pronto Soccorso;
g) contribuire a garantire un utilizzo appropriato della farmaceutica attraverso il conseguimento di obiettivi e di indicatori per le aree terapeutiche a più rilevante impatto di spesa e a maggior rischio di inappropriatezza, assegnati annualmente alle Aziende Sanitarie con apposita Deliberazione di Giunta e misurati attraverso i normali flussi amministrativi;
h) incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto;
i) perseguire l'appropriatezza nelle prescrizioni di protesi e ausili;
j) completare l'attivazione del flusso informativo-informatico [Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE),ricetta dematerializzata, certificati telematici di malattia, ecc.] ai fini del conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati alle Aziende Sanitarie e, conseguentemente, anche ai SAI (articoli 9 e22, ACN).
3. I SAI, i Veterinari e le altre Professionalità sanitarie ambulatoriali partecipano alla sostenibilità economica del SSSR attraverso l'appropriatezza prescrittiva nel rispetto delle esigenze di salute degli assistiti, utilizzando criteri di efficienza.
4. Concorrono, quindi, al perseguimento degli obiettivi assegnati di anno in anno alle Aziende Sanitarie conspecifico provvedimento regionale per quanto di competenza.

CAPO II - MODALITÀ OPERATIVE DI PARTECIPAZIONE AL PROCESSO DISVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

1. Tenuto conto dell'evoluzione che negli ultimi anni ha coinvolto le Cure primarie, compresa l'assistenza specialistica ambulatoriale la cui attività è quella di erogare prestazioni specialistiche su specifica richiesta motivata, prevalentemente proveniente dal medico di medicina generale/pediatra

di libera scelta, risulta necessario sviluppare maggiore integrazione e collaborazione tra professionisti operanti sul territorio e in ospedale per condividere percorsi e indicatori e perseguire un cammino comune volto ad affrontare il tema dell'appropriatezza delle azioni per un efficace governo della domanda.
2. L'intero sistema deve essere responsabilizzato sul monitoraggio dei tempi di attesa, sulla stabilità dell'offerta e sul governo delle urgenze e sul miglioramento dell'accessibilità derivante dallo sviluppo di percorsi territoriali integrati che rispondano in modo coerente ai bisogni dei pazienti con particolari complessità cliniche ed alla cronicità (Day Service).
3. Da tale modalità di approccio derivano senz'altro notevoli vantaggi, ma è di fondamentale importanza che il SAI sia ampiamente integrato nel territorio per assicurare le sue prestazioni anche nell'assistenza domiciliare, in quella residenziale e penitenziaria.
4. Le modalità operative di partecipazione sono delineate nei seguenti articoli.

Art. 8- Visite ambulatoriali per gestione cronicità e visite domiciliari per pazienti fragili

1. La prevalenza e l'incidenza delle malattie croniche impongono di attuare modelli assistenziali efficaci e che possano garantire la sostenibilità del sistema**,** prevedendo l'applicazione di PDTA per le malattie a maggiore prevalenza, nei quali gli elementi centrali sono l'integrazione tra i professionisti e il coinvolgimento dei pazienti *(engagment)*. Nell'organizzazione distrettuale, i SAI sono parte integrante dei team multi-professionali per la presa in carico della cronicità e del paziente fragile.
2. Il sistema Adjusted Clinical Group, adottato dalla Regione Veneto per classificare la popolazione per profili omogenei di costellazioni di malattia/multi morbosità e consumo di risorse, consente di rappresentare il carico assistenziale atteso e può supportare un'attività di auditing su progetti di care e disease management a livello distrettuale o di AFT/MGI (**Figura 1**).
3. Gli obiettivi che la Regione assegna annualmente alle Aziende Sanitarie rappresentano il perimetro delle azioni e dei relativi indicatori che sono declinati per le AFT dei SAI, in integrazione con le AFT della Medicina Generale (MG) e l'Ospedale.

Figura1: stratificazione della popolazione della Regione Veneto

Art. 9 - La presa in carico del paziente cronico

1. A livello regionale sono stati formalizzati con specifiche delibere i PDTA per la gestione di patologie croniche ad alta prevalenza (es. diabete, BPCO, ca. colon-retto, mammella, ecc.), che devono essere contestualizzati a livello aziendale attraverso uno specifico percorso clinico-organizzativo. In ogni PDTA vengono definite le condizioni cliniche e le modalità di integrazione tra i professionisti coinvolti sia per l'inquadramento diagnostico che per la gestione dei trattamenti e del follow-up.
2. L'applicazione a livello aziendale dei PDTA viene realizzata a livello di AFT e di MGI, prevedendo la realizzazione di audit clinici per il monitoraggio e adeguati momenti formativi. I SAI partecipano a livello di AFT, in via prioritaria, all'applicazione di questi percorsi per la gestione della cronicità nelle diverse modalità da definirsi a livello aziendale.
3. Relativamente alla farmaceutica, il monitoraggio trimestrale di obiettivi e indicatori di appropriatezza messo a disposizione dalla Regione sia a livello aziendale che per medico, fino al dettaglio per singolo paziente, rappresenta un'opportunità di confronto tra Aziende Sanitarie e tutti i professionisti del SSSR in merito all'appropriatezza prescrittiva e di coinvolgimento dei medici, singolarmente o in gruppi, inattività di audit e di formazione.
4. A seconda delle caratteristiche del singolo percorso e alle diverse configurazioni geografiche e demografiche delle Aziende Sanitarie, l'articolazione delle sedi di attività specialistica andrà opportunamente valutata e declinata anche in relazione all'accessibilità del target di pazienti, alla tipologia di prestazioni offerte, alle dotazioni di attrezzature da mettere a disposizione, prevedendo la costituzione di pool di specialisti di "riferimento" per l'AFT e/o la MGI.
5. Per garantire la continuità dell'assistenza e l'integrazione multi-professionale dovrà essere altresì completata la definizione ed adozione del FSE, strumento organizzativo necessario per

l'integrazione informativo-informatica della documentazione clinica, garantendone l'accesso a tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico del paziente.
6. In questa visione l'attività specialistica potrà articolarsi in:
□□attività ambulatoriale nelle sedi distrettuali e/o di MGI con agende dedicate per i primi accessi e per la gestione dei follow up, preferibilmente con afferenza all'AFT di riferimento. L'attività di consulenza specialistica nelle MGI potrà essere oggetto di attivazione di incarichi SAI specifici secondo le procedure previste dalla DGR 1690/2016 e s.m.i.;
□□attività di teleconsulto specialistico con Medici di Medicina generale (MMG) e Pediatri di libera scelta(PLS) in fasce orarie dedicate, anche tramite i servizi già avviati dalla Regione oppure attraverso sistemi di videoconferenza e di telemonitoraggio/teleassistenza con consulenza a distanza;
□□attività di auditing periodico in integrazione con le AFT della medicina generale e con le MGI anche per target specifici di pazienti;
□□partecipazione ad equipe multidisciplinari per la presa in carico di problematiche cliniche che richiedono l'intervento coordinato di più specialisti come, ad esempio, i percorsi oncologici.

Art. 10 - Presa in carico del paziente fragile, complesso, non autosufficiente

1. Il Ministero della Salute (Quaderni del Ministero della Salute) definisce la fragilità come sindrome multifattoriale, determinata dalla riduzione della fisiologica riserva funzionale e della capacità di resistere a eventi stressanti ambientali (capacità di omeostasi). Essa comporta un aumentato rischio di eventi clinici: disabilità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione, morte. È una condizione complessa e dinamica, per la quale si sono proposti numerosi modelli.
2. L'Agency for Healthcare Research and Quality definisce come pazienti complessi le persone con condizioni croniche multiple affette da due o più condizioni croniche concorrenti, che insieme hanno un effetto avverso sullo stato di salute, sull'autonomia o sulla qualità della vita, e che richiedono una gestione assistenziale, decisioni cliniche, coordinamento, caratterizzati da complessità.
3. Nella **Figura 1** riportata all'art. 8, i vertici della piramide sono rappresentati da questi pazienti che sono assistiti a livello territoriale in diversi setting (assistenza domiciliare integrata, strutture intermedie, centri servizio), con alto rischio di ospedalizzazioni inappropriate o ripetute e con necessità di progetti assistenziali individualizzati da parte di team multiprofessionali e multidisciplinari.
4. A garanzia della continuità delle cure e per gestire il transito tra i diversi ambiti, tutelando la presa incarico, la Regione Veneto ha individuato la Centrale Operativa Territoriale (COT), quale strumento organizzativo di integrazione.
5. I SAI partecipano alla presa in carico di questi pazienti, nel team multiprofessionale che definisce e attiva piani assistenziali individualizzati domiciliari o, a livello ambulatoriale, attraverso l'organizzazione di percorsi dedicati, diventando risorsa anche per la COT.
6. In questa visione l'attività specialistica potrà, quindi, articolarsi:
a) nella partecipazione alle Unità Valutative Multidisciplinari di attivazione e verifica dei progettidomiciliari;
b) nelle consulenze domiciliari periodiche o su richiesta del MMG/PLS;
c) nelle consulenze presso i centri servizio, strutture di ricovero intermedie, strutture residenziali per disabili e non autosufficienti. Le modalità di tali consulenze devono essere definite e concordate in relazione alla tipologia di problematiche cliniche e organizzative;
d) nella consulenza e coordinamento clinico e funzionale nelle strutture di ricovero intermedie (Unità Riabilitativa Territoriale e Ospedale di Comunità);
e) nell'attività ambulatoriale secondo quanto previsto dal Piano Assistenziale Individualizzato;
f) nell'ambito della profilassi delle malattie soprattutto per l'offerta vaccinale, previa adeguata formazione.

Art. 11 - Percorsi e PDTA

1. Il governo dell'assistenza specialistica ambulatoriale e il rispetto dei tempi di attesa presuppongono l'analisi e il monitoraggio continuo degli aspetti che la compongono:
- andamento della domanda,
- organizzazione dell'offerta,
- sistema di prenotazione/erogazione.
2. La normativa nazionale e regionale è intervenuta più volte per regolamentare un sistema complesso, ad alto impatto sulla qualità percepita del servizio sanitario da parte della popolazione.
3. In conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia di *governo di liste di attesa*, si ribadisce, nell' organizzazione dell'offerta, la necessità della presa in carico del paziente da parte della struttura nella definizione diagnostica e nel follow up.
4. L'evoluzione dei modelli assistenziali prevede la presa in carico da parte di team multiprofessionali, nelle malattie croniche ad alta prevalenza, ma anche nell'approccio diagnostico o nel follow up specialistico dei pazienti complessi come nel caso delle patologie oncologiche. L'ambito dell'AFT risulta essere un ambito privilegiato di audit e di integrazione professionale ed organizzativa della medicina convenzionata.
5. Per garantire la presa in carico è necessario:
□□a livello aziendale strutturare percorsi, PDTA, protocolli sia tra i MMG/PLS e i SAI che tra gli specialisti di diverse branche, indipendentemente dalla natura del rapporto di lavoro (dipendenti o convenzionati) o della sede di attività (ospedaliera o distrettuale), e garantire la comunicazione, attraverso il lavoro multiprofessionale e multidisciplinare, di tutte le componenti professionali. In questo contesto assumono un ruolo fondamentale i Referenti di Branca della Specialistica Ambulatoriale Interna, in primis in riferimento alle eventuali Branche specialistiche interamente garantite dai SAI;
□□una verifica dei criteri di appropriatezza della domanda condivisi e formalizzati a livello aziendale sulla base di specifici percorsi;
□□una organizzazione delle agende che preveda spazi per i primi accessi prioritarizzati e per visite/prestazioni di controllo in percentuali da concordare e da garantire da parte dello stesso specialista con prescrizione diretta. Per i primi accessi, la definizione e l'applicazione dei RAO costituisce uno strumento di equità e di appropriatezza nell'accesso;
□□la condivisione, a livello di AFT, delle problematiche cliniche che necessitano di monitoraggio periodico e sulla tempistica dello stesso.
6. In questa visione il SAI deve:
a) partecipare ed essere coinvolto, attraverso l'AFT, nel processo di gestione delle liste di attesa, superando una logica meramente prestazionale, attivando il sistema di presa in carico attraverso la prescrizione diretta delle visite di controllo e/o di altre prestazioni volte a rispondere al quesito diagnostico;
b) partecipare al processo di auditing con tutti gli attori coinvolti, per il miglioramento dell'appropriatezza clinica;
c) rispettare indicazioni/raccomandazioni formalizzate a livello aziendale, anche attraverso gruppi di lavoro integrati.

Art. 12 - Liste d'attesa

1. Le esperienze rilevate nella quasi totalità delle Aziende Sanitarie hanno evidenziato come in caso di momentanea "assenza di offerta" sia possibile l'utilizzo da parte dei Centri Unici di Prenotazioni (CUP)di "liste di attesa fluttuanti" o "liste di appoggio".
2. La "lista di attesa fluttuante" o "lista di appoggio":
□□è una lista dove vengono fatte confluire le richieste di prenotazione che non trovano immediata collocazione entro le priorità indicate nelle prescrizioni secondo le disposizioni vigenti. All'atto ella prenotazione se non è possibile garantire la prestazione entro i limiti temporali definiti dalla priorità indicata nella prescrizione; la stessa dovrà essere presa in carico dal sistema aziendale in attesa di essere, non appena possibile e quanto prima, prenotata con riferimento alla data di contatto ai fini del calcolo del tempo di attesa;

deve evidenziare, per ogni prestazione, suddivisa per branca specialistica, almeno: il codice identificativo da CUP, la classe di priorità richiesta, il quesito diagnostico, il nominativo del medico prescrittore, il numero di giorni residui entro i quali andrà trovata una collocazione nel rispetto della prioritarizzazione indicata;
deve essere strutturata quale strumento dinamico con aggiornamento almeno giornaliero nella quale inserire le prenotazioni delle prestazioni e successivamente provvedere, con l'utilizzo di sedute aggiuntive e/o plus orario concordati, a garantire le prestazioni entro i termini previsti.
3. È evidente che, per poter gestire al meglio tale problematica, dovranno essere individuati i SAI che forniscano la disponibilità per l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle priorità con modalità da definirsi a livello di accordi aziendali. In questo processo andrà coinvolto anche il Responsabile dibranca a supporto per il vaglio e la gestione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Art. 13 - Teleconsulto specialistico

1. Un ulteriore strumento finalizzato alla integrazione ed alla continuità dell'assistenza è rappresentato dal Teleconsulto specialistico: si esplica attraverso l'individuazione di fasce orarie per le richieste previamente programmate in cui i MMG/PLS e i SAI si rendono reciprocamente rintracciabili telefonicamente, costituendo spazi di consulenza/colloquio per la presentazione di casi o per conseguire accordi sul percorso di presa in carico (per gli specialisti le fasce orarie dovranno essere libere da prenotazioni). Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più colleghi, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni legate alla presa in carico del paziente.
2. Le finalità di tale servizio sono ascrivibili all'ottimizzazione della rintracciabilità dei MMG/PLS e dei SAI al fine di favorire il dialogo e la promozione della appropriatezza prescrittiva.
3. Il risultato di tale servizio dovrebbe essere un orientamento sempre più adeguato all'utenza in termini di percorso di presa in carico e di prioritarizzazione della domanda e dell'offerta e costituisce una ulteriore opportunità di consultazione reciproca fra Medici, dove l'iniziativa della comunicazione può partire tanto dal Territorio, nelle e verso le sue diverse componenti, quanto dall'Ospedale. Pertanto, il teleconsulto va visto in una visione complessiva di sistema, coinvolgendo sia i SAI che gli Specialisti dipendenti.
4. È opportuno che tale servizio di Teleconsulto specialistico possa svilupparsi anche con modalità innovative "multicanale", tenendo conto delle opportunità oggi offerte dalle moderne tecnologie.
Pertanto, detto servizio, oltre essere gestito tramite Call Center, potrà svilupparsi anche attraverso l'utilizzo di strumenti telematici per l'invio di dati refertabili e/o analizzabili, sfruttando piattaforme esistenti e di larga diffusione o mediante App dedicate, le quali permettano di trasferire dati e immagini ,se utili al fine del teleconsulto.
5. Tutte le attività dovranno avvenire nel rispetto della normativa sulla privacy.
6. Le modalità organizzative saranno stabilite a livello di AAA, avvalendosi anche dei servizi già avviati dalla Regione.

Art. 14 - Debito informativo

1. L'art. 9 dell'ACN 2015 prevede espressamente che per l'espletamento dell'attività istituzionale i SAI, i Veterinari ed le altre Professionalità sanitarie ambulatoriali, nel rispetto della normativa sulla privacy, si avvalgano degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda Sanitaria per assolvere al debito informativo di competenza, ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:
a) flusso informativo definito dalla Regione;
b) sistema informativo nazionale (NSIS);
c) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
d) fascicolo sanitario elettronico (FSE);
e) certificazione telematica della malattia.
2. I SAI, i Veterinari ed le altre Professionalità sanitarie ambulatoriali assolvono agli obblighi informativi derivanti da provvedimenti comunitari, nazionali, regionali e aziendali.
3. Pertanto, a livello aziendale dovrà essere sviluppato il Sistema informativo che preveda:

1. l'uso di cartella ambulatoriale informatizzata;
2. il referto informatizzato, al fine della costruzione del FSE;
3. la prescrizione con ricetta dematerializzata o elettronica, garantendo l'appropriatezza prescrittiva sulla scorta di percorsi aziendali;
4. Dovranno essere sviluppati i gestionali in modo da garantire la gestione della cartella ambulatoriale ed il referto informatizzato e l'Azienda Sanitaria dovrà dotare il SAI di firma elettronica, garantendone la necessaria formazione.

Art. 15 - Le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna

1. Per garantire la gestione integrata e la continuità dell'assistenza è necessario dare attuazione ad un modello organizzativo articolato su più livelli assistenziali in cui l'offerta sia rimodulata secondo obiettivi di salute per il singolo e per la comunità. Ciascun professionista del sistema vede, pertanto, rafforzato il proprio ruolo attraverso la realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie operanti secondo i criteri di equità, economicità, appropriatezza clinica e organizzativa.
2. Le AFT e le integrazioni multiprofessionali facilitano la continuità dell'assistenza tra i diversi livelli assistenziali, migliorano la comunicazione tra le diverse strutture aziendali (Distretti, Dipartimento Prevenzione, Ospedali, ecc.), tra i diversi professionisti convenzionati e dipendenti in relazione alla gestione dei percorsi di cura dei pazienti, al fine di garantire la miglior presa in carico dell'assistito, perseguendo obiettivi di appropriatezza nell'uso delle risorse e la gestione delle liste d'attesa.
3. L'integrazione tra diversi interventi finalizzati alla cura del paziente costituisce l'obiettivo di qualità da raggiungere con le reti assistenziali delle AFT, nelle quali la Specialistica ambulatoriale interna è una importante componente. I SAI e le altre professionalità sanitarie ambulatoriali hanno il compito, nell' assistenza primaria, di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di interconnessione con tutte le altre strutture aziendali. In particolare il SAI dovrebbe costituire un punto di riferimento specialistico per gli assistiti e per l'assistenza primaria.
4. In questo contesto di riorganizzazione complessiva del SSSR si inserisce l'attivazione delle AFT della Specialistica ambulatoriale interna (art. 4, comma 2 dell'ACN vigente).
5. Pertanto le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare iLEA in ambito territoriale, avviando le procedure previste per dare attuazione alle AFT (attivazione del tavolo negoziale aziendale per la Specialistica ambulatoriale interna, individuazione e programmazione delle AFT e dei rispettivi coordinatori e definizione dei relativi compiti).

Art. 16 - Il modello organizzativo dell'AFT

1. Nell'AFT operano obbligatoriamente i SAI, i Veterinari e le altre Professionalità sanitarie ambulatoriali(art. 4, comma 1 dell'ACN 2015), garantendo la funzionalità nella realizzazione della presa in carico integrata e, quindi, collaborando con tutti i nodi della filiera assistenziale territoriale.
2. La partecipazione alla AFT avverrà secondo modalità e livelli di partecipazione/coinvolgimento differenziati, tenuto conto delle priorità e degli obiettivi definiti a livello regionale e/o aziendale, con particolare riferimento:
a) all'integrazione multidisciplinare-multiprofessionale a garanzia della continuità clinica ed assistenziale tra i diversi livelli aziendali (distrettuale, di prevenzione ed ospedaliero);
b) alla gestione delle liste di attesa;
c) all'appropriatezza prescrittiva;
d) alla puntuale applicazione dei percorsi e di PDTA regionali e/o aziendali;
e) alla gestione della cartella ambulatoriale, del referto informatizzato (per la realizzazione del FSE);della prescrizione con ricetta dematerializzata; della prescrizione diretta dei controlli successivi perla presa in carico dell'assistito, mediante le strutture ed i sistemi messi a disposizione dall'Azienda Sanitaria.
3. Considerata la diversa presenza e distribuzione dei SAI nelle varie Aziende Sanitarie delle Regione Veneto, il ruolo ricoperto dal SAI all'interno dell'organizzazione aziendale, il livello di

partecipazione/coinvolgimento nella AFT potrà essere differente in relazione ai livelli della rete assistenziale e al diverso grado di coinvolgimento nella gestione dei PDTA.
4. Indicativamente la dimensione del bacino delle AFT specialistiche potrà variare da un minimo di 30.000abitanti ad un massimo di 100.000 abitanti, limiti che potranno essere derogati in relazione alle funzioni attribuite alle specifiche AFT e al mix di branche presenti, e, comunque, dovranno essere rapportate alla dimensione complessiva del distretto di riferimento.
5. Le Aziende Sanitarie dovranno, pertanto, provvedere ad una programmazione specifica, che dovrà essere trasmessa alla Regione, tenendo conto dei seguenti parametri:
a) distribuzione della popolazione;
b) numero di poliambulatori specialistici;
c) distribuzione ed organizzazione delle MGI;
d) presenza di strutture residenziali e di strutture di ricovero intermedie;
e) numero totale di SAI;
f) dimensione del bacino delle AFT dei MMG.
6. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da apposito Regolamento definito attraverso un tavolo tecnico aziendale, sentito il Comitato zonale.

Art. 17 - Compiti specifici dell'AFT

1. Le AFT sono funzionali alla realizzazione della presa in carico integrata e, quindi, gli obiettivi ad esse affidate dovranno essere coerenti con gli obiettivi del Distretto e dell'Azienda.
2. I compiti essenziali dell'AFT di cui all'art. 5, comma 4 dell'ACN 2015, sono:
- assicurare sul territorio di propria competenza l'erogazione a tutti i cittadini dei LEA;
- partecipare alla realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza, ivi compresi i percorsi assistenziali, i percorsi integrati ospedale-territorio e le dimissioni protette, per garantire una effettiva presa in carico della persona;
- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei LEA;
- contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance;
- partecipare alla diffusione dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di peer review;
- partecipare alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al migliore uso possibile delle risorse quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

3. Gli Specialisti ambulatoriali interni afferenti all'AFT possono operare:
□□presso i poliambulatori specialistici distrettuali e gli ospedali;
□□presso i consultori familiari e le altre sedi distrettuali;
□□presso e per le sedi delle MGI;
□□presso e per le strutture di ricovero intermedie e le strutture residenziali;
□□nelle attività di formazione-informazione presso le scuole ed altre strutture pubbliche;
□□presso i dipartimenti di prevenzione.

4. In conformità alle esigenze effettive sarà verificata la possibilità di rideterminare il monte ore aziendale, come previsto dalla DGR n. 2338/2011, Allegato A), per l'assegnazione di nuovi incarichi SAI da dedicare ad attività specifiche finalizzate a bacini di popolazione delle MGI e dall'art. 3, comma 7dell'ACN del 17/12/2015, nel rispetto della programmazione regionale (DGR n. 1690/2016 e s.m.i.).
5. Nella loro attività gli Specialisti ambulatoriali interni afferenti alle AFT sono tenuti a:
a) utilizzare la rete informatica aziendale per il collegamento con i CUP e la trasmissione di dati a fini epidemiologici e prescrittivi;
b) utilizzare le cartelle informatiche – informative messe a disposizione dalle Aziende Sanitarie;

c) utilizzare i sistemi di connessione telematica tra i poliambulatori specialistici, le AFT dei MMG e dei PLS e le altre strutture aziendali.

Art. 18 - Attività delle AFT

1. Costituiscono attività proprie dell'AFT:

a) la presa in carico integrata della persona, al fine di garantire la continuità dell'assistenza, facilitare i percorsi assistenziali dell'utente e ridurre le "fughe";

b) l'esecuzione di visite specialistiche periodiche pianificate (es. medicina d'iniziativa, controlli per patologia, screening e prevenzione, ecc.);

c) la consulenza ai MMG anche nelle sedi delle MGI per la realizzazione di diagnosi precoci, la prevenzione di eventi acuti ed interventi tardivi anche attraverso progetti di riorganizzazione per la gestione dei codici bianchi;

d) la consulenza presso strutture di ricovero intermedie, strutture residenziali, e strutture per pazienti disabili, psichiatrici e non autosufficienti, e presso gli ospedali di rete ove non presente la branca specialistica;

e) l'attuazione di PDTA aziendali per patologia - pianificati dal Responsabile di Branca specialistica con il coinvolgimento di tutti i SAI di riferimento per le branche interessate;

f) l'applicazione degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva definiti con apposita Deliberazione di Giunta e assegnati annualmente alle Aziende Sanitarie;

g) lo sviluppo di ambulatori multi branca per specifiche patologie;

h) la messa a disposizione di fasce orarie dedicate alla consulenza telefonica/telematica;

i) l'attivazione di ambulatori dedicati alla consulenza pediatrica (SAI d'organo);

j) la partecipazione a programmi di aggiornamento multidisciplinari e multiprofessionali, audit, percorsi di risk management;

k) la partecipazione all'individuazione degli indicatori aziendali finalizzati alla valutazione dell'attività della AFT.

Art. 19 - Il Referente di AFT

1. L'AFT è coordinata da un Referente, individuato con le modalità di cui all'art. 6 dell'ACN 2015 e, in caso di assenza, dal sostituto.

2. Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria individua tra gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e i professionisti componenti la AFT un referente ed il suo sostituto, scelti all'interno di una rosa di nomi, composta da almeno 3 candidati, proposta dagli stessi componenti la AFT. I nominativi proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per una durata non inferiore a tre anni e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere; devono, inoltre, poter documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di governo clinico e di integrazione professionale, inclusi corsi di alta formazione universitaria o precedenti attività di responsabilità aziendale, compresa la Responsabilità di branca (art. 6, comma 2, ACN vigente).

3. Dalla istituzione della AFT il Coordinatore distrettuale di cui all'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. 30dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. è sostituito dal Referente della AFT, senza nuovi ed ulteriori oneri a carico dell'Azienda Sanitaria. Con la medesima decorrenza il Coordinatore aziendale, qualora previsto da norme regionali, è sostituito dal Referente di AFT, senza nuovi ed ulteriori oneri a carico dell'Azienda Sanitaria. Tali sostituzioni vengono effettuate secondo modalità definite a livello regionale(art. 6, comma 1, ACN vigente).

4. Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria individua tra i Referenti di AFT il Coordinatore aziendale che farà parte del Collegio di Direzione.

5. Il Coordinatore di Rete, previsto dalla DGR n. 2338 del 29 dicembre 2011 "*Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della D.G.R. n. 41 del 18.1.2011– specialistica ambulatoriale interna*." è sostituito dal Referente della AFT, i cui compiti sono stabiliti dai commi 3-4-5 dell'art. 6 dell'ACN. Pertanto, allo stesso viene riconosciuto lo stesso compenso, che non costituisce un nuovo ed ulteriore onere a carico dell'Azienda Sanitaria

in quanto già disposto dal citato provvedimento, riconosciuto al Referente della AFT nella misura di un incremento del 5% dei seguenti compensi:
−□se Specialista ambulatoriale interno o veterinario, il compenso di cui all'art. 41, A- Quota oraria, commi 1-2-3-4, B-Quota variabile, comma 1, lettere a)-b)-c)-d)-e)-g);
−□se Professionista, il compenso di cui all'art. 42, A-Quota oraria, commi 1-2-3-4, B-Quota variabile, comma 1, lettere d)-e)-f).
6. A livello aziendale andranno definite le modalità e le ore da dedicarsi alla suddetta attività.

Art. 20 - Coordinatore di UCCP/MGI

1. Ai sensi dell'art. 8, comma 1 dell'ACN 2015, qualora l'Azienda Sanitaria decida di individuare il Coordinatore dell'UCCP/MGI tra i SAI, i Veterinari (di cui all'art. 4, comma 4 dell'ACN vigente) o i Professionisti operanti nell'ambito della stessa, la procedura di designazione del Coordinatore dovrà seguire analoghi criteri e modalità già previsti nella designazione del Referente di AFT.
2. Qualora il Referente della MGI non sia un MAP, ma sia un SAI, allo stesso verrà riconosciuto il medesimo compenso previsto dalla DGR n. 751/2015.
3. A livello aziendale andranno definite le modalità e le ore da dedicarsi alla suddetta attività.

CAPO III – CONTRATTAZIONE DECENTRATA

Art. 21 - Rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione decentrata di secondo livello

1. La contrattazione decentrata non viene svolta in ambito di Comitato regionale, ma costituisce attività negoziale le cui intese vengono definite, ai sensi dell'art. 3, comma 4 e dell'art. 4, comma 3, tra la Regione e le OO.SS. individuate dalle disposizioni dell'art. 12 dell'ACN 2015.
2. Gli AIR sono resi esecutivi con apposito provvedimento.
3. Ai fini della contrattazione decentrata di secondo livello (AIR), il terminale associativo, definito dalla Dichiarazione a verbale n. 3 dell'ACN 2015, domiciliato presso la Regione, è composto da SAI, Veterinari oppure Professionisti iscritti all'Organizzazione sindacale rappresentativa a livello regionale ein servizio presso la Regione.
4. Pertanto, il terminale associativo deve rispondere a precise logiche di democraticità presenti nello statuto della singola Organizzazione Sindacale. Fermo quanto disciplinato dall'art. 12 commi 3 e 4 (*3. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Regione di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali. 4. Le organizzazioni sindacali firmatari e dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Azienda di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali.*) il rappresentante dev'essere il frutto di una "designazione" rispondente a precise regole di democraticità cristallizzate nello Statuto dell'O.S. e indicate all'atto dellacomunicazione dei nominativi.

Art. 22 - Rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione decentrata di terzo livello

1. La contrattazione decentrata non viene svolta in ambito di Comitato zonale, ma costituisce attività negoziale le cui intese vengono definite, ai sensi dell'art. 3, comma 5, tra l'Azienda Sanitaria e leOO.SS. individuate dalle disposizioni dell'art. 12 dell'ACN 2015.
2. Gli AAA sono resi esecutivi con apposito provvedimento.
3. Ai fini della contrattazione decentrata di terzo livello (AAA), il terminale associativo, definito dalla Dichiarazione a verbale n. 3 dell'ACN 2015, domiciliato presso l'Azienda, è composto da SAI ,Veterinari oppure Professionisti iscritti all'Organizzazione sindacale rappresentativa a livello aziendale e in servizio presso la Azienda.
4. Si richiama quanto precisato all'art. 21, comma 4 del presente AIR.

CAPO IV - COMITATI PARITETICI

Art. 23 - Comitato Regionale

1. In aggiunta ai compiti già previsti dall'ACN 2015, il Comitato regionale può, altresì, fornire consulenzasulla riorganizzazione e la copertura delle espansioni di attività dell'Area complessiva dell'assistenzaspecialistica, in relazione alle future esigenze e all'attivazione di nuovi turni (DGR n. 2338 del29/12/2011, DGR n. 1690 del 26/10/2016 e DGR n. 2174 del 23/12/2016).

2. Per il calcolo della rappresentatività delle OO.SS. ai fini della composizione del Comitato regionale si fariferimento alla consistenza associativa rilevata da SISAC ai sensi dell'art. 11 dell'ACN 2015 e da essacertificata.
3. Ad ogni OO.SS. spetta un numero di componenti direttamente proporzionale alle deleghe per la ritenutasindacale rilasciate in favore di ciascuna organizzazione (la percentuale è calcolata solo sugli iscritti) acondizione che abbia un terminale associativo in Regione. L'arrotondamento dei quozienti frazionaliall'unità più vicina permette l'assegnazione completa dei posti.

Art. 24 - Comitati Zonali

1. In aggiunta ai compiti già previsti dall'ACN vigente, il Comitato zonale può, altresì:
□□svolgere attività di promozione per lo sviluppo dell'Area della specialistica ambulatoriale interna e diconsulenza per la nuova organizzazione sul Territorio dell'assistenza specialistica, nel rispetto delleesigenze aziendali;
□□esprimere pareri preventivi all'Azienda Sanitaria nel caso in cui ritenga necessario sollevare dei rilievi tecnici-professionali sulle particolari capacità richieste ai candidati in sede di pubblicazionedegli incarichi disponibili;
□□supportare l'Azienda Sanitaria, se richiesto, per la soluzione di eventuali problematiche concernentile graduatorie provvisorie annuali, della cui redazione se ne dà comunicazione;
□□valutare i corsi di aggiornamento e i convegni ai sensi della normativa regionale vigente.
2. Per il calcolo della rappresentatività delle OO.SS. ai fini della composizione del Comitato zonale si fariferimento alla consistenza associativa rilevata da SISAC ai sensi dell'art. 11 ACN 2015 e da essacertificata, con riguardo alle deleghe rilevate al 1° gennaio dell'anno precedente.

Art. 25 - Istituzione, durata in carica e funzionamento dei Comitati Regionale e Zonali

1. Ai Comitati regionale e zonali si applicano le seguenti disposizioni:
1) Il Comitato regionale e i Comitati zonali vanno costituiti entro novanta giorni dall'adozione delprovvedimento che recepisce il presente accordo.
2) I pareri emessi dal Comitato devono essere tenuti a disposizione di tutti gli interessati.
3) L'Organizzazione sindacale che ha designato i propri rappresentanti nel Comitatoregionale/zonale, ai fini della revoca dei componenti precedentemente indicati, comunica allaRegione/Azienda sede del Comitato zonale la loro sostituzione.
4) I Comitati durano in carica fino alla nomina dei nuovi a seguito del rinnovo dell'ACN/AIR.
5) I Comitati zonali sono validamente riuniti qualunque sia il numero dei componenti presenti e deliberano a maggioranza.
6) Il membro titolare impossibilitato a presenziare ad una riunione del Comitato è tenuto ad avvisareuno dei membri supplenti e a comunicare tempestivamente il nominativo del sostituto alla Regione/alsegretario del Comitato zonale.
7) I supplenti, che sostituiscono i titolari, sono legittimati a partecipare alle riunioni dei Comitati condiritto di parola e di voto nonché godono di relativa retribuzione e copertura assicurativa.
8) Il Presidente, o suo delegato, provvede alla convocazione del Comitato regionale ordinariamentealmeno tre volte l'anno e ogni qualvolta le parti ne ravvisino la necessità. I Comitati zonali siriuniscono periodicamente una volta al mese e in tutti i casi di richiesta di una delle parti (art. 16,comma 11, ACN 2015).
9) I Comitati vanno convocati con un preavviso di almeno 15 giorni, salvo situazioni d'urgenza. Alriguardo, le Aziende Sanitarie predispongono un calendario delle sedute del Comitato zonale inmodo da agevolare la programmazione della partecipazione dello specialista salvaguardandol'attività da espletare.
10) La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento deicompiti assegnati al Comitato regionale. Le funzioni di segretario verbalizzante sono svolte da unfunzionario regionale. Per i Comitati zonali si richiama espressamente quanto previsto dall'art. 16,comma 7 dell'ACN 2015. Le funzioni di segretario verbalizzante sono svolte da un funzionario aziendale.
11) Il verbale, approvato nella seduta successiva, ha funzione di resoconto degli argomenti trattati in

ciascun incontro e delle posizioni assunte dai membri delle parti pubblica e sindacale.
12) I pareri espressi ed approvati nel corso della seduta vanno comunicati alla struttura/soggettorichiedente anche prima dell'approvazione del verbale.
13) La richiesta dei membri di parte sindacale di inserire ulteriori punti all'ordine del giorno vacomunicata alla Regione/al segretario del Comitato Zonale con congruo preavviso rispetto alla datadella riunione. Tali punti saranno aggiunti prima della voce "*Varie ed eventuali*".
14) La documentazione relativa all'ordine del giorno è depositata agli atti presso la struttura regionalecompetente/presso l'Ufficio individuato dal Comitato zonale per presa visione, e, ove possibile,trasmessa via mail, in tempo utile prima di ciascuna seduta.

Art. 26 - Partecipazione a Comitati e Commissioni

1. Giusto quanto previsto dall'art. 14, comma 1 dell'ACN 2015, per la partecipazione alle riunioni previstedal presente accordo, non in orario di servizio, in località diversa da quella di residenza/servizio, leAziende Sanitarie devono assicurare i rappresentanti degli Specialisti ambulatoriali interni, dei Veterinarie dei Professionisti contro gli infortuni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei predetti organismie, nel caso di utilizzo del proprio mezzo, la copertura assicurativa totale (Kasco) prevista dall'art. 30,comma 8 dell'ACN 2015.
2. Ai Comitati e alle Commissioni possono essere invitati su specifici argomenti componenti tecnici dell'Azienda Sanitaria e/o delle OO.SS. ivi rappresentate, tuttavia, detta partecipazione non è remuneratané dà diritto di voto.

CAPO V - RAPPORTO CONVENZIONALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALIINTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI,CHIMICI, PSICOLOGI)

Art. 27 - Requisiti, domande, graduatorie e compiti dell'Azienda sede del Comitato Zonale

1. In attuazione dell'art. 17, comma 1 dell'ACN 2015, la domanda di inserimento nelle graduatorieprovinciali può essere inviata anche per via telematica attraverso posta elettronica certificata.

Art. 28 - Regolamentazione della gestione di proposte di aumento orario

1. La proposta di aumento orario ha l'obiettivo di permettere allo specialista ambulatoriale interno, alveterinario e al professionista il raggiungimento del tempo pieno (38 ore settimanali), evitando anche ilfrazionamento dell'incarico in più Aziende Sanitarie.
2. Per applicare la normativa in maniera appropriata, senza creare disagi per l'Azienda Sanitaria e per ipredetti sanitari, soprattutto nei casi in cui ci siano delle rinunce motivate, la procedura prevista dall'art.18, commi 1 e 2 dell'ACN 2015 seguirà le seguenti condizioni:
a) l'aumento orario va inteso come incremento delle ore di incarico già assegnate, fermo restandol'impegno orario e le sedi di servizio in atto presso l'Azienda proponente;
b) le ore proposte in aumento devono essere di norma divisibili;
c) l'aumento orario accettato dal sanitario non può essere tale da determinare un residuo orario dapubblicare inferiore a 4 ore, salvo il caso in cui il sanitario raggiunga il massimale orario presso lastessa Azienda (se l'aumento non può essere conferito il sanitario non soggiacerà alla preclusione apartecipare, per un anno, all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda);
d) l'Azienda può dichiarare le ore indivisibili, per l'esiguo numero delle stesse o per ragioniorganizzative, in tal caso il sanitario rinunciatario all'aumento orario non soggiacerà alla preclusionea partecipare, per un anno, all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda;
e) se l'Azienda, per ragioni organizzative o per la disponibilità limitata degli ambulatori, proponel'aumento orario vincolandolo a determinate giornate o fasce orarie, il sanitario rinunciatarioall'aumento orario non soggiacerà alla preclusione a partecipare, per un anno, all'assegnazione diincarichi nella stessa Azienda;
f) se all'accettazione dell'aumento orario, segue l'impossibilità dell'Azienda e del sanitario diaddivenire ad un accordo sulle giornate e sulle fasce orarie di servizio, il sanitario, successivamente,

rinunciatario, non soggiacerà alla preclusione a partecipare, per un anno, all'assegnazione diincarichi nella stessa Azienda;
g) nel caso di condizioni permanenti e documentate di impedimento alla autonomia per raggiungere lesedi previste, come stabilito dall'art. 18, comma 2 dell'ACN 2015, il sanitario rinunciatarioall'aumento orario non soggiacerà alla preclusione a partecipare, per un anno, all'assegnazione diincarichi nella stessa Azienda;
h) in tutti gli altri casi, al sanitario che rinuncia all'aumento orario, previsto dall'art.18, comma 1dell'ACN 2015, rimane preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nellastessa Azienda per un anno ai sensi del successivo comma 2 del citato articolo.

Art. 29 - Commissione Tecnica aziendale

1. Ai sensi dell'art. 18, comma 5 dell'ACN 2015, il Comitato designa, con la disponibilità degli interessati,i componenti della Commissione, composta da tre specialisti, veterinari o professionisti della medesimabranca/area professionale, tra i quali individua il Presidente e ne dà comunicazione all'Azienda Sanitariache ha chiesto la pubblicazione dell'incarico o alle istituzioni di cui alla Dichiarazione a verbale n. 1dell'ACN 2015 che provvederanno alla loro nomina e a quella di un segretario verbalizzante.
2. L'Azienda sede del Comitato trasmette la documentazione pervenuta al segretario della Commissione.
3. La Commissione tecnica aziendale:
- valuta la documentazione prodotta dai candidati con dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46-47 delDPR n. 445/2000;
- dichiara l'idoneità o meno dei candidati, sulla base unicamente di titoli accademici e, inoltre, di titoliprofessionali conseguiti presso Aziende ULSS, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliereuniversitarie, IRCSS pubblici e IZS, senza redigere alcuna graduatoria.

4. L'esito sarà comunicato al Comitato e inviato all'Azienda sede del Comitato che stilerà la graduatoriaseguendo l'ordine di priorità previsto dall'art. 19 o dall'art. 20 dell'ACN 2015 e la invierà all'Azienda (oalle istituzioni di cui alla Dichiarazione a verbale n. 1 dell'ACN 2015) richiedente la pubblicazione delturno disponibile, che conferirà l'incarico all'avente diritto previo controllo sulla veridicità delle predettedichiarazioni e sul possesso degli altri requisiti previsti dall'ACN 2015.

Art. 30 - Compiti e funzioni dello Specialista Ambulatoriale Interno

1. Ad integrazione dei compiti come individuati dall'art. 22 dell'ACN 2015, si precisa quanto segue.
2. Lo specialista ambulatoriale partecipa ad uffici, organi collegiali ed altri organismi previsti dadisposizioni di legge e/o dall'atto aziendale (comma 6 del citato articolo). Il Coordinatore aziendale,
individuato dal Direttore Generale tra i Referenti di AFT, partecipa di diritto al Collegio di Direzione e iReferenti di AFT partecipano all'Ufficio Coordinamento Attività Distrettuali (UCAD).
I rappresentantidegli specialisti ambulatoriali partecipano di diritto a qualsiasi altro/a Comitato/Commissioneindividuati/attivati dall'Azienda qualora coinvolta la materia della specialistica ambulatoriale interna.
3. Inoltre, il SAI ai sensi dell'art. 22, comma 8 dell'ACN 2015:
- partecipa, sulla base di accordi di livello regionale, alle sperimentazioni cliniche (lett. f delsopracitato art. 22, comma 8). Qualora la Regione o le Aziende Sanitarie promuovanosperimentazioni cliniche che coinvolgano la branca/area professionale i SAI, i Veterinari e iProfessionisti parteciperanno a tale iniziativa in analogia a quanto previsto per i dipendenti;
- adotta le disposizioni aziendali in merito alle modalità di prescrizione ed erogazione delle specialitàmedicinali, ivi compresi i piani terapeutici, riguardanti particolari patologie in analogia a quantoprevisto per i medici dipendenti (lett. h del sopracitato art. 22, comma 8). L'Azienda

individua i SAIche dovranno collaborare alla corretta stesura dei piani terapeutici, riguardanti particolari patologiein analogia a quanto previsto per i medici dipendenti.
4. L'attribuzione di altri incarichi agli specialisti può avvenire nel rispetto dell'art. 35, comma 1, lett. d),secondo quanto disposto dalla legge nazionale. Ai fini dell'attribuzione di incarico aziendale di strutturasemplice o complessa, le disposizioni applicabili in materia sono analoghe a quanto previsto per ilpersonale dipendente. Tale personale decade, dal momento dell'affidamento dell'incarico, dalleCommissioni e dai Comitati previsti dagli Accordi vigenti.
5. Nell'ambito di progettualità aziendali riguardanti i poliambulatori, il consultorio, i servizi specifici diriabilitazione, la continuità assistenziale, il Dipartimento di Prevenzione, l'Ospedale, la riorganizzazionedell'offerta, sono possibili, ai sensi dell'art. 22, comma 8, lett. c), attribuzioni di compiti e/o incarichirelativi all'organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale da parte dell'Azienda, nell'ambitodel rapporto convenzionale ai sensi dell'ACN. L'individuazione dei professionisti potrà avvenire nelcontesto del AAA o di specifici progetti aziendali. Il correlato trattamento economico sarà definito inanalogia al trattamento del Responsabile di branca, salvo ulteriori AAA.

Art. 31 - Compiti e funzioni del Veterinario

1. Ai sensi dell'art. 22, comma 9 e ad integrazione dei compiti come individuati dall'art. 23 dell'ACN2015, il Veterinario assicura il proprio contributo alla mission aziendale in tema di sorveglianzaepidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie;farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico sanitaria della salute edel benessere animale; attività connesse al controllo ufficiale in materia di igiene degli alimenti e materiecorrelate ai fini anche della sicurezza alimentare. Partecipa alla attività di formazione del personaleaziendale ed alla pianificazione e monitoraggio dei controlli; alla prevenzione del randagismo.
2. I compiti e le funzioni, di cui all'art. 22, comma 9 dell'ACN 2015, riguardano anche i veterinari neilimiti delle relative competenze e secondo il relativo codice deontologico.
3. L'Azienda individua tra i Veterinari di cui al presente accordo coloro i quali svolgeranno le funzioni dicontrollo ufficiale nelle materie sopra definite**,** oltre a tutti gli altri compiti previsti dall'ACN 2015 edalle norme legislative.
4. Il Veterinario può partecipare ad uffici, organi collegiali ed altri organismi aziendali e può essereindividuato come Responsabile di branca o Referente per materia, con gli stessi criteri previsti per glispecialisti ambulatoriali interni dal presente AIR.

Art. 32 - Compiti e funzioni del Professionista (Biologi, Chimici, Psicologi)

1. Ai sensi dell'art. 22, comma 9 e ad integrazione dei compiti come individuati dall'art. 24 dell'ACN2015, il professionista (biologo, chimico, psicologo):
−□partecipa al processo di presa in carico relativo a ciascun paziente tenuto conto dei compiti previstidall'ACN 2015 in una logica di forte integrazione;
−□si fa parte attiva della continuità dell'assistenza, attraverso attività diagnostiche, terapeutichecondivise per perseguire obiettivi di benessere dei cittadini con il più appropriato impiego dellerisorse.
2. Per il conferimento dell'incarico di Responsabile di Branca per i Professionisti si applicheranno i criteriprevisti per gli specialisti ambulatoriali e può partecipare ad uffici, organi collegiali ed altri organismiaziendali.
3. I professionisti possono operare in sede ambulatoriale, in sede ospedaliera, presso AFT e UCCP (MGI),presso i consultori e gli istituti penitenziari, in assistenza domiciliare, in assistenza programmatadomiciliare, in assistenza nelle residenze protette, in assistenza domiciliare integrata, negli ambulatoridegli MMG e dei PLS e nelle sedi individuate dall'art. 30 dell'ACN 2015.
4. Lo psicologo può svolgere attività di psicoterapia e di supporto consulenziale in un contestomultidisciplinare, definito dall'Azienda Sanitaria, anche in sedi extra aziendali.
5. Il biologo in ambito aziendale può partecipare alla gestione e alla standardizzazione di metodi dilaboratorio complessi (biologia molecolare, citogenetica, citologia) applicabili in

oncologia,microbiologia/virologia. Può partecipare, inoltre, a studi epidemiologici programmati dall'Azienda epuò collaborare alle attività di prevenzione per il miglioramento degli stili di vita, in particolareall'educazione alimentare.

CAPO VI - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Art. 33 - Responsabile di Branca

1. In riferimento al Responsabile di Branca (SAI, Veterinario, Professionista) si rinvia alle disposizionicontenute nell'AIR recepito con DGR n. 3220 del 25/10/2005.

Art. 34 - Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità. Criteri diindividuazione

1. Al fine di dare attuazione al disposto dell'art. 28, nel rispetto della programmazione regionale per laridefinizione del rapporto territorio-ospedale, favorendo le attività territoriali come enunciato inpremessa, si stabiliscono, fatte salve le particolari capacità professionali richieste per gli incarichi giàricoperti e l'eventuale disponibilità da parte del SAI, del Veterinario e del Professionista, i seguenticriteri per l'individuazione del convenzionato nei cui confronti adottare il provvedimento di mobilità,secondo il seguente ordine:

- minore anzianità complessiva di incarico;
- minore anzianità di incarico presso l'Azienda Sanitaria;
- minore numero di ore di incarico;
- residenza anagrafica (minore distanza dalla nuova sede d'incarico);
- situazione familiare (es. minore numero di persone a carico, presenza di familiari disabili).

2. Dal provvedimento di mobilità sono, comunque, esclusi i convenzionati incaricati in zone disagiatissimee disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole (art. 41, comma 12 dell'ACN 2015).

Art. 35 - Procedimento Disciplinare

1. Al fine di dare attuazione all'art. 37, comma 5, lettera b) dell'ACN 2015, l'Ufficio competente per iProcedimenti Disciplinari (UPD) deve essere costituita ai sensi della DGR n. 2174 del 23/12/2016.

Art. 36 - Formazione Continua (ECM)

1. In materia si rinvia alle disposizioni di cui all'AIR recepito con DGR n. 3220 del 25/10/2005 e allaDGR n. 3846 del 5/12/2006, tenendo conto della fase di riorganizzazione in atto (di cui alla L.R. n.19/2016).

Art. 37 - Accordi Attuativi Aziendali

1. Per lo svolgimento di programmi e progetti finalizzati aziendali concernenti l'attività specialisticadistrettuale, le disposizioni dell'art. 39 dell'ACN 2015 sono integrate con quanto stabilito dal presenteAIR.

2. La definizione e la redazione dell'AAA con i SAI, i Veterinari e i Professionisti rientra fra i compitidell'Azienda Sanitaria; ciò comporta che, entro sessanta giorni dalla data di adozione delprovvedimento di recepimento del presente Accordo, le Aziende Sanitarie debbano avviare le procedureper la definizione dei AAA.

3. Le sezioni tematiche dei AAA dovranno essere finalizzate al conseguimento degli obiettivi di cui agliarticoli 4-7 del presente AIR.

4. Inoltre, a garanzia di una efficiente organizzazione del lavoro, si devono prevedere meccanismi concordati di "*sostituzione*" e/o "*recupero*" delle visite prenotate in caso di improvvisa assenza del SAI,del Veterinario ed delle altre Professionalità.

5. Oltre a quanto sopra precisato, le Aziende Sanitarie coinvolgono, secondo quanto previsto dal presenteAIR, i SAI, i Veterinari ed le altre Professionalità nei progetti-obiettivo aziendali che prevedono lapartecipazione del personale medico convenzionato e dipendente ai sensi dell'art. 39, comma 4dell'ACN 2015.

6. Le Aziende Sanitarie devono comunicare preventivamente alle OO.SS. maggiormente rappresentative alivello aziendale i progetti ed i programmi finalizzati previsti dal presente AIR e dall'art. 39 dell'ACN2015.

Art. 38 - Nomenclatore Tariffario, prestazioni protesiche ed attività ortesica

1. Ai SAI spetta il compenso previsto dal nomenclatore tariffario per le prestazioni di cui all'Allegato "3"dell'ACN 2015.

2. Per l'esecuzione delle prestazioni protesiche (protesi dentarie ed implantologia, cure ortodontiche) edattività ortesica di cui all'Allegato "C" dell'ACN 23/03/2005 e per le ore di incarico dedicate in modoesclusivo a tali attività, agli specialisti spetta un emolumento aggiuntivo orario di € 3,14. Taleemolumento aggiuntivo orario non comprende le prestazioni aggiuntive di cui all'art. 39, comma 3 e leulteriori attività e specifiche prestazioni di cui all'art. 41, comma 13 dell'ACN 2015.

Art. 39 - Indennità di sede disagiatissima

1. In materia si rinvia alle disposizioni di cui all'AIR recepito con DGR n. 3220 del 25/10/2005.

Art. 40 - Diritto all'informazione e consultazione tra le parti

1. Vengono garantite, da parte dell'Azienda Sanitaria e nei confronti delle OO.SS. dell'Area, adeguate
forme di informazione e di accesso ai dati, nel rispetto della legislazione sulla riservatezza delleinformazioni di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

NORMA FINALE N. 1

1. Per quanto non espressamente previsto nel presente AIR si applicano le disposizioni dell'AccordoRegionale di cui alla DGR n. 3220 del 25 ottobre 2005 e s.m.i. se e in quanto compatibili con l'ACN2015.

NORMA FINALE N. 2

1. Entro sessanta giorni del provvedimento di recepimento del presente AIR, le Aziende ULSS sono tenutead avviare le procedure di definizione delle AFT e ad avviare la definizione di obiettivi conformi aquanto stabilito negli articoli 4-7, provvedendo ad adeguare il trattamento economico a tutti gliSpecialisti ambulatoriali interni, i Veterinari e i Professionisti, ovunque operanti, come previsto dall'art.8, comma 2 dell'ACN 8 luglio 2010, rep. atto. n. 80/CSR "*Le Regioni, per i relativi accordi decentratipotranno contare su una quota per ora, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda,pari ad euro 0,46 (zero/46) per gli specialisti ambulatoriali ed i veterinari a tempo indeterminato, pariad euro 0,33 (zero/33) per le altre professionalità (biologi, psicologi e chimici) a tempo indeterminato epari ad euro 0,44 (zero/44) per gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità atempo determinato*" ed alla liquidazione dell'arretrato spettante a far data dal 1° gennaio 2010.

2. Le Aziende Sanitarie sono tenute, altresì, ad avviare la definizione di obiettivi conformi a quantostabilito negli articoli 4-7 del presente AIR e a provvedere ad adeguare il trattamento economico anchenel caso di sanitari per i quali non è fattibile la partecipazione alla AFT.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 1

1. Le parti firmatarie del presente AIR si dichiarano disponibili a nuovi incontri nel caso dovesserorealizzarsi le condizioni richiedenti un adeguamento normativo e/o economico a seguito di recepimentodel nuovo ACN.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 2

1. Ogni disposizione del presente AIR si applica, indipendentemente dal richiamo formale ed in quantocompatibile, a tutti i SAI, ai Veterinari ed alle altre Professionalità sanitarie di cui all'ACN 2015.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 3

1. Le OO.SS. hanno condiviso la strategia regionale di considerare i SAI, i Veterinari ed i Professionisti inconvenzione parte integrante e qualificante del SSSR e, quindi, chiedono che venga valorizzato eprivilegiato il loro impiego in ambito territoriale, prevedendo un riequilibrio delle risorse tra Territorio eOspedale.

DICHIARAZIONE A VERBALE DI FEDERAZIONE CISL MEDICI

ALLEGATO A DGR nr. 1831 del 14 novembre 2017 pag. 25 di 27

LEGENDA

□□Servizio Sanitario Nazionale (SSN)
□□Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)
□□Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
□□Legge Regionale (L.R.)
□□Accordo Collettivo Nazionale (ACN)
□□Accordo Integrativo Regionale (AIR)
□□Accordo Attuativo Aziendale, AAA
□□Aggregazioni Funzionali Territoriale (AFT)
□□Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)
□□Medicina di Gruppo Integrata (MGI)
□□Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA)
□□Specialista Ambulatoriale Interno, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)
□□Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
□□Medicina Generale (MG)
□□Medico di Medicina generale (MMG)
□□Pediatri di libera scelta (PLS)
□□Medico di assistenza primaria (MAP)
□□Centrale Operativa Territoriale (COT)
□□Centri Unici di Prenotazioni (CUP)
□□sistema informativo nazionale (NSIS)
□□fascicolo sanitario elettronico (FSE)
□□Ufficio Coordinamento Attività Distrettuali (UCAD)
□□Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

LE PARTI FIRMATARIE
ASSESSORE
alla Sanità e Programmazione Socio Sanitaria
della Regione Veneto __FIRMATO_____
SUMAI ASSOPROF __FIRMATO_____
CISL Medici _____//_____
UIL FPL Federazione Medici __FIRMATO_____
FESPA __FIRMATO_____
Venezia, 11 ottobre 2017.

DGR 7.11.17, n. 1732 - Adozione della guida all'applicazione dei requisiti generali di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale di cui alla dgr n. 2266 del 30 dicembre 2016. l.r. 22 del 16 agosto 2002.(BUR n. 111 del 20.11.17)
Note **PREMESSA**
La DGR n. 2266 del 30 dicembre 2016, ha recepito ed applicato l'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 (rep. n.32/CSR) in parziale sostituzione della DGR n. 2501 del 6 agosto 2004. A seguito dell'approvazione del citato provvedimento deliberativo, il complesso sistema dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento di cui alla L.R. n. 22 del 16 agosto 2002, ha subito un'ulteriore implementazione con la compiuta e organica individuazione dei criteri e dei requisiti di ordine generale per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture che erogano prestazioni sanitarie nella Regione del Veneto.
A partire da ottobre 2016, si è quindi sviluppato un percorso, coordinato dall'Unità Organizzativa Accreditamento Strutture Sanitarie della Regione del Veneto in collaborazione con la Fondazione Scuola Sanità Pubblica – FSSP e con i referenti delle Aziende Ulss capoluogo, individuati dalla DGR n. 1145 del 5 luglio 2013, finalizzato a redigere una guida all'applicazione dei requisiti generali. Il percorso, che ha coinvolto facilitatori e valutatori per l'accreditamento istituzionale della

Regione Veneto, si è posto come obiettivo di meglio approfondire ed analizzare i documenti e le evidenze che comprovano e connotano tutti i nuovi requisiti.
Successivamente, la Commissione Tecnica, istituita con Decreto del Segretario di Area Sanità e Sociale n. 82/2013, ha provveduto alla rielaborazione complessiva della guida al fine di assicurare l'omogeneità di redazione.
L'elaborato conclusivo risulta articolato in quattro documenti (**AllegatiA**, **B**, **C** e **D**), in quanto riprende la ripartizione per tipologia di struttura già presente nella DGR n. 2266/16, corredati da una nota esplicativa (**Allegato E**):

- «Guida all'applicazione dei Requisiti minimi generali di autorizzazione all'esercizio e ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accreditamento delle strutture sanitarie applicabili all'intera Azienda ULSS.»: **Allegato A**;
- «Guida all'applicazione dei Requisiti minimi generali di autorizzazione all'esercizio e ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accreditamento delle strutture sanitarie applicabili alle strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno»: **Allegato B**;
- «Guida all'applicazione dei Requisiti minimi generali di autorizzazione all'esercizio e ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accreditamento delle strutture sanitarie applicabili alle strutture sanitarie che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio come poliambulatorio»: **Allegato C**;
- «Guida all'applicazione dei Requisiti minimi generali di autorizzazione all'esercizio e ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accreditamento delle strutture sanitarie applicabili alle strutture sanitarie che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio»: **Allegato D**.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità - fatta salva ogni eventuale specifica disposizione normativa o deliberativa successiva al presente atto - la Guida è stata realizzata per divenire uno strumento utile sia per i soggetti che intraprendono o proseguono il percorso di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale che per i verificatori dei Comuni o delle Aziende U.l.s.s. al fine di consentire loro di orientarsi al meglio nella valutazione complessiva delle strutture oggetto di verifica.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvata la guida all'applicazione dei requisiti generali di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale di cui alla DGR n. 2266 del 30 dicembre 2016, **AllegatiA**, **B**, **C**, **D** ed F

DGR 7.11.17, n. 1739 - Disposizioni in merito alla remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per i drg (diagnosis related groups) chirurgici diurni e ordinari 0-1 giorno ricompresi nell'elenco di cui agli allegati 6 e 6a al d.p.c.m. 12 gennaio 2017, per l'assistenza ospedaliera erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto..(BUR n. 111 del 20.11.17)

Note

Al fine di garantire lo sviluppo dell'appropriatezza erogativa dei ricoveri ospedalieri dei cittadini non residenti nel Veneto, si dispone un abbattimento tariffario pari al 20% della tariffa per i *drg* (*diagnosis related groups*) chirurgici diurni e ordinari 0-1 giorno ricompresi nei *drg* indicati negli allegati 6 e 6a al d.p.c.m. 12 gennaio 2017 (c.d. ricoveri ordinari e diurni di bassa complessità a rischio di inappropriatezza).

DGR 7.11.17, n. 1742 Formazione delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione tramite i corsi di laurea e corsi di laurea magistrale delle università degli studi di Padova e di Verona. attivazione corsi di studio e definizione obbligazione massima di spesa - anno accademico 2017/2018. d.lgs del 30.12.1992, n. 502, s.m.i. - dgr n. 581 del 5/5/2016..(BUR n. 111 del 20.11.17)

Note

Con il presente provvedimento si prende atto delle attivazioni dei corsi di studio per le professioni sanitarie da parte dagli atenei di Padova e di Verona nell'a.a. 2017/2018 sulla base di quanto statuito dal decreto MIUR n. 618 del 10/08/2017. si procede altresì a definire l'importo annuale massimo, pari ad € 2.700.000,00, delle obbligazioni di spesa derivanti dagli oneri posti a carico della regione del veneto dal protocollo di intesa di cui alla dgr n. 581 del 5/5/2016. contestualmente, in base alla l.r. 19/2016, si delineano le direttive che l'azienda zero dovrà seguire per l'attivazione della linea di spesa gsa "*corsi di laurea e corsi di laurea magistrale delle professioni sanitarie (d.lgs. 502/92)*", di cui al ddr 12/2016, come precisato nella deliberazione n. 286/2017, e per l'erogazione del dovuto alle università di Padova e di Verona.

TUTELA DEDI DIRITTI

FRIULI V.G.

L.R.1.11.17, n. 38 Modifiche alla legge regionale 17/2000 (Realizzazione di progetti antiviolenza e istituzione di centri per donne in difficoltà). (BUR n. 47 del 22.11.17)

Art. 1 inserimento dell'articolo 10 bis nella legge regionale 17/2000

1. Dopo l'articolo 10 della legge regionale 16 agosto 2000, n. 17 (Realizzazione di progetti antiviolenza e istituzione di centri per donne in difficoltà), è inserito il seguente: <<Art. 10 bis interventi rivolti agli autori di violenza di genere 1. La Regione, con il coinvolgimento di organismi istituzionali, delle reti territoriali dei centri antiviolenza e di altri soggetti del privato sociale che operano per le finalità della presente legge, promuove e sostiene, sul territorio regionale comprese le carceri, la realizzazione di appositi interventi di recupero e accompagnamento rivolti agli autori di violenza di genere, con riferimento alla violenza domestica e nelle relazioni interpersonali e di vita. 2. Gli interventi di cui al comma 1 sono sviluppati in ambito sociosanitario per assicurare un trattamento integrato in modo da consentire un effettivo recupero e accompagnamento nel tempo di chi è responsabile di atti di violenza, al fine di prevenire la recidiva del reato e le conseguenze psichiche e psicologiche che la violenza di genere produce sulla salute delle donne. 3. Gli interventi di cui al comma 1 sono assicurati di concerto tra servizi sociali dei Comuni e consultori dei distretti sanitari, nel rispetto delle reciproche competenze, e si avvalgono di personale adeguatamente formato sui temi della giustizia riparativa e della violenza di genere. 4. La realizzazione dei programmi di intervento volti al recupero degli uomini maltrattanti deve essere collocata nell'ambito delle iniziative e delle azioni che la Regione promuove per identificare, stigmatizzare, prevenire le cause culturali e contrastare la violenza di genere e deve svilupparsi parallelamente ai servizi di sostegno alle vittime di violenza. 5. Gli interventi possono essere realizzati solo su adesione volontaria del soggetto interessato secondo quanto previsto dalle linee guida nazionali e in particolare dal piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere di cui all'articolo 5 del decreto legge 14 agosto 2013, n. 93 (Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province), convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119. 6. Gli interventi sono attivati su richiesta diretta del soggetto o su invio, concordato con il soggetto stesso, da parte delle istituzioni competenti per l'ordine pubblico, degli ordini professionali, del sistema giudiziario e dell'amministrazione penitenziaria, dei centri antiviolenza, dei servizi sanitari e sociali che vengono in contatto con il soggetto.>>.

Art. 2 disposizioni finanziarie 1. Per le finalità previste dall'articolo 10 bis, comma 1, della legge regionale 17/2000, come inserito dall'articolo 1, comma 1, è autorizzata la spesa complessiva di 20.000 euro, suddivisa in ragione di 10.000 euro per ciascuno degli anni 2018 e 2019, a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 4 (Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2017-2019. 2. Agli oneri derivanti dal disposto di cui al comma 1 si provvede mediante storno di complessivi 20.000 euro, suddivisi in ragione di 10.000 euro per ciascuno degli anni 2018 e 2019, a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) -

Programma n. 7 (Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2017-2019.
Art. 3 entrata in vigore 1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla data di pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione.
NOTE Avvertenza Il testo delle note qui pubblicate è stato redatto ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 13 maggio 1991, n. 18, come da ultimo modificato dall'articolo 85, comma 1, della legge regionale 30/1992, 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 qui trascritti.
Nota all'articolo 1 - Il testo dell'articolo 5 del decreto legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119, è il seguente: Art. 5 Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere 1. Il Ministro delegato per le pari opportunità, anche avvalendosi del 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, elabora, con il contributo delle amministrazioni interessate, delle associazioni di donne impegnate nella lotta contro la violenza e dei centri antiviolenza, e adotta, previa intesa in sede di Conferenza unificata ai sensi del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, un "Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere", di seguito denominato "Piano", che deve essere predisposto in sinergia con la nuova programmazione dell'Unione europea per il periodo 2014-2020. 2. Il Piano, con l'obiettivo di garantire azioni omogenee nel territorio nazionale, persegue le seguenti finalità: a) prevenire il fenomeno della violenza contro le donne attraverso l'informazione e la sensibilizzazione della collettività, rafforzando la consapevolezza degli uomini e dei ragazzi nel processo di eliminazione della violenza contro le donne e nella soluzione dei conflitti nei rapporti interpersonali; b) sensibilizzare gli operatori dei settori dei media per la realizzazione di una comunicazione e informazione, anche commerciale, rispettosa della rappresentazione di genere e, in particolare, della figura femminile anche attraverso l'adozione di codici di autoregolamentazione da parte degli operatori medesimi; c) promuovere un'adeguata formazione del personale della scuola alla relazione e contro la violenza e la discriminazione di genere e promuovere, nell'ambito delle indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione, delle indicazioni nazionali per i licei e delle linee guida per gli istituti tecnici e professionali, nella programmazione didattica curricolare ed extracurricolare delle scuole di ogni ordine e grado, la sensibilizzazione, l'informazione e la formazione degli studenti al fine di prevenire la violenza nei confronti delle donne e la discriminazione di genere, anche attraverso un'adeguata valorizzazione della tematica nei libri di testo; d) potenziare le forme di assistenza e di sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli attraverso modalità omogenee di rafforzamento della rete dei servizi territoriali, dei centri antiviolenza e dei servizi di assistenza alle donne vittime di violenza; e) garantire la formazione di tutte le professionalità che entrano in contatto con fatti di violenza di genere o di stalking; f) accrescere la protezione delle vittime attraverso il rafforzamento della collaborazione tra tutte le istituzioni coinvolte; g) promuovere lo sviluppo e l'attivazione, in tutto il territorio nazionale, di azioni, basate su metodologie consolidate e coerenti con linee guida appositamente predisposte, di recupero e di accompagnamento dei soggetti responsabili di atti di violenza nelle relazioni affettive, al fine di favorirne il recupero e di limitare i casi di recidiva; h) prevedere una raccolta strutturata e periodicamente aggiornata, con cadenza almeno annuale, dei dati del fenomeno, ivi compreso il censimento dei centri antiviolenza, anche attraverso il coordinamento delle banche di dati già esistenti; i) prevedere specifiche azioni positive che tengano anche conto delle competenze delle amministrazioni impegnate nella prevenzione, nel contrasto e nel sostegno delle vittime di violenza di genere e di stalking e delle esperienze delle associazioni che svolgono assistenza nel settore; l) definire un sistema strutturato di governance tra tutti i livelli di governo, che si basi anche sulle diverse esperienze e sulle buone pratiche già realizzate nelle reti locali e sul territorio. 3. Il Ministro delegato per le pari opportunità trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attuazione del Piano. 4. Per il finanziamento del Piano, il Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità è incrementato di 10 milioni di euro per l'anno 2013. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 61, comma 22, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e successive modificazioni. 5. All'attuazione delle disposizioni contenute nel presente articolo, fatto salvo quanto previsto dal comma 4 del medesimo articolo e dall'articolo 5-bis, si provvede mediante l'utilizzo delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

LAZIO

Determinazione 2 novembre 2017, n. G14863 - Integrazione e chiarimenti sull'ambito di applicazione dell'art 13 e 7 dell'Avviso Pubblico approvato con determina 02.11.2016, n. G12775 per la presentazione delle domande relative a: "Progetti per la prevenzione e il contrasto alla violenza di genere" ai sensi della DGR del 11 ottobre 2016 n . 591. (BUR n. 92 del 16.11.17)

Note

Sono ammesse eccezionalmente, pur mantenendo ferma la non ammissibilità delle variazioni di cui dall'art. 13 dell'Avviso Pubblico, le seguenti variazioni relative alla sostituzione del personale indicato in fase di presentazione domanda solo in caso d'impossibilità documentata, riguardante a:
- Personale in astensione per maternità
- Gravi motivi di salute che comportano un periodo di astensione non compatibile con il ruolo previsto nel progetto;
- Pensionamento
- Trasferimento in altra struttura e/o sede, per il solo personale con contratto dipendente;
- Trasferimento stabile all'estero per documentate ragioni di lavoro e/o di famiglia.

Il personale rientrante in una delle suddette fattispecie può essere sostituito con personale con competenze equivalenti comprovate da curriculum .
La richiesta, corredata della necessaria documentazione che certifichi l'impossibilità della risorsa inizialmente prevista e completa del curriculum vitae della risorsa sostitutiva, dovrà essere trasmessa via Pec all'indirizzo violenzadigenere@pec.biclazio.it e sarà sottoposta ad una preistruttoria di merito da parte di BIC Lazio.
L'esito della pre-istruttoria sarà trasmesso da BIC Lazio al Responsabile del procedimento di cui all'art. 18 dell'Avviso Pubblico in oggetto per l'assunzione della decisione definitiva di accoglimento o diniego della sostituzione richiesta.
Sono accolte eventuali variazioni sulle spese ammissibili di cui all'art 7 dell'Avviso Pubblico esclusivamente se non sostanziali ovvero che non impattino sull'efficacia delle singole azioni e del progetto nel suo complesso. Tali variazioni, che dovranno comunque essere autorizzate non potranno superare il 10% del valore della macrovoce di spesa di maggiore importo tra quelle interessate dallo spostamento
Le relative richieste, debitamente motivate e documentate nel dettaglio, dovranno essere trasmesse via Pec all'indirizzo violenzadigenere@pec.biclazio.it e saranno sottoposte ad una pre-istruttoria di merito da parte di BIC Lazio. L'esito della pre-istruttoria sarà trasmesso da BIC Lazio al Responsabile del procedimento di cui all'art. 18 dell'Avviso Pubblico in oggetto per l'assunzione del provvedimento di accoglimento o diniego della rettifica richiesta.
I soggetti beneficiari potranno presentare le richieste di variazioni di cui ai precedenti punti 1) e 2) , anche riferite ad entrambe le fattispecie, entro il termine tassativo di 30 gg dalla notifica del presente atto. BIC Lazio non terrà in considerazione richieste pervenute successivamente al termine suindicato.

MARCHE

DGR 7.11.17, n. 1311 - L.R. n. 32/2008 - Politiche di prevenzione e contrasto alla violenza di genere: perfezionamento del modello di governance regionale e territoriale - istituzione della Rete regionale antiviolenza delle Marche: approvazione del testo del Protocollo d'Intesa inter-istituzionale ad oggetto: "Rete regionale antiviolenza delle Marche: azioni integrate per la prevenzione ed il contrasto alla violenza di genere".(BUR n. 121 del 16.11.17)

Note

Viene approvato il Protocollo d'Intesa inter-istituzionale ad oggetto: "Rete regionale antiviolenza delle Marche: azioni integrate per la prevenzione ed il contrasto alla violenza di genere" di cui all'Allegato al presente atto che ne costituisce parte integrante e sostanziale (a cui si fa rinvio).

MOLISE

DGR 23.10.17, n. 395 - Convenzione, tra la regione Molise ed il comune di Campobasso, per conto dell'ambito territoriale sociale di Campobasso per la realizzazione e la gestione di un centro antiviolenza e di una casa rifugio per l'assistenza a donne, sole o con figli minori, vittime di violenza. proroga.(BUR n. 63 del 16.11.17)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

PREMESSO che:
- la Regione Molise, con legge 10 ottobre 2013, n.15 "Misure in materia di prevenzione e contrasto alla violenza di genere", nel riconoscere che ogni forma e grado di violenza contro le donne rappresenta una violazione dei diritti umani fondamentali, assicura, con interventi volti al recupero della loro inviolabilità, della libertà e di ogni altro diritto ivi inclusa l'autonomia, sostegno alle donne vittime di violenza ed ai loro figli;
- il Consiglio Regionale, con deliberazione del 5 aprile 2016, n. 169, ha approvato il Piano regionale triennale di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne ed ex tunc il protocollo d'intesa tra la Regione ed altri Enti pubblici e privati per la realizzazione di azioni ed interventi per il contrasto alla violenza di genere;
- con determinazione del Direttore Generale per la Salute della Regione Molise, del 15.06.2016, n. 120, modificata ed integrata con successivo atto del 24.06.2016, n. 126, è stato approvato l'Avviso pubblico "Interventi per la realizzazione e gestione di un Centro Antiviolenza e di una Casa Rifugio per l'assistenza a donne, sole o con figli minori, vittime di violenza" ed il relativo modulo di domanda;
- per la realizzazione e la gestione delle attività previste dall'Avviso Pubblico, si disponeva delle risorse finanziarie, pari ad € 188.121,80, iscritte al cap. 29806, del Bilancio regionale 2016, di cui € 88.121,80, rinvenienti dall'assegnazione stabilita con l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'articolo 5-bis, comma 2 del decreto legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, nella legge 15 ottobre 2013, n. 119 ed € 100.000,00 derivanti da risorse regionali;
- con determinazione del Direttore Generale per la Salute della Regione Molise, del 30.08.2016, n. 177 è stata approvata la graduatoria degli elaborati progettuali presentati ai sensi dell'Avviso Pubblico "Interventi per la realizzazione e gestione di un Centro Antiviolenza e di una Casa Rifugio per l'assistenza a donne, sole o con figli minori, vittime di violenza" di cui alla determinazione del Direttore Generale per la Salute della Regione Molise, del 15.06.2016, n. 120, modificata ed integrata con successivo atto del 24.06.2016, n. 126;
- con determinazione del Direttore Generale per la Salute della Regione Molise, del 29.09.2016, n. 194, preso atto dell'istruttoria condotta, si è provveduto ad affidare la realizzazione degli interventi all'Ambito Territoriale di Campobasso, a concedere le risorse finanziarie, pari ad € 188.121,80, così come stabilito all'art.16 "Modalità di erogazione del finanziamento" dell'Avviso Pubblico sopra richiamato ed ad approvare la Convenzione tra la Regione Molise ed il Comune di Campobasso che agisce in nome e per conto dell'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso, intesa poi sottoscritta in data 6 ottobre 2016;
- l'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso, con nota del 2 novembre 2016, n. 3382 ha comunicato che gli interventi affidati, di cui alla Convenzione sottoscritta il 6 ottobre 2016, hanno avuto corso a far data dal 26 ottobre 2016;
CONSIDERATO che la Convenzione sottoscritta, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, stabilisce:
- che l'affidamento della realizzazione e gestione degli interventi previsti, in conformità con quanto contenuto nell'Avviso Pubblico "Interventi per la realizzazione e gestione di un Centro Antiviolenza e di una Casa Rifugio per l'assistenza a donne, sole o con figli minori, vittime di violenza", abbia durata di un anno a far data dall'avvio delle attività;
- che il Responsabile unico del procedimento possa richiedere all'Ente aggiudicatario una proroga della Convenzione, alle stesse condizioni contrattuali e per un periodo complessivamente non superiore a sei mesi dalla data di avvio delle attività e che l'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso, in quanto aggiudicatario, comunichi la propria disponibilità entro dieci giorni dal ricevimento dell'invito;
DATO ATTO che la Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Pari Opportunità ha trasferito le risorse economiche assegnate alla Regione Molise pari a complessivi € 209.828,00 (€

104.000,00 Piano di azione straordinario e € 105.828,00 Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità 2015/2016);
RAVVISATA la necessità e l'urgenza, di assicurare continuità alle attività in essere per non arrecare danno alle donne già prese in carico ed a quelle che avranno necessità di fruire del sostegno loro necessario successivamente alla scadenza del rapporto convenzionale tra la Regione Molise e l'ATS di Campobasso;
RITENUTO pertanto opportuno prorogare per ulteriori sei mesi, nelle more della definizione delle modalità per la realizzazione degli interventi previsti della programmazione sopra citata, la convenzione tra la Regione Molise e l'ATS di Campobasso per la gestione dei servizi e delle attività di contrasto alla violenza di genere, ai sensi di quanto stabilito all'art.18 della convenzione stessa;
CONSIDERATO che, sulla base delle risorse trasferite dal DPO e disponibili nel bilancio regionale 2017, l'importo massimo concedibile è pari ad €. 57.972,00 per cui si rende necessario acquisire un nuovo quadro di spesa che preveda la realizzazione di tutti gli interventi finora assicurati;
VISTE le note, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto:
- del 29.09.2017, n 11937, con cui il direttore del Servizio Programmazione delle Politiche Sociali ha richiesto all'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso la proroga del rapporto convenzionale per altri sei mesi con decorrenza 26 ottobre 2017;
- del 9 ottobre 2017 n. 2973 con cui l'Ambito Territoriale Sociale ha assicurato la propria disponibilità a dare continuità alle attività di cui è allo stato affidataria per un periodo di sei mesi, con decorrenza 26 ottobre 2017 ed il relativo quadro di spesa e la successiva del 11.10.2017, n. 3008;
Il presente atto:
- non è assoggettato al controllo di regolarità amministrativa;
- sarà pubblicato sul bollettino ufficiale e sul sito istituzionale della Regione.
TUTTO CIO' PREMESSO, SI PROPONE ALLA GIUNTA REGIONALE:
DGR N. 395 DEL 23-10-2017 3/5
- di autorizzare la proroga della Convenzione, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, sottoscritta il 6 ottobre 2016, tra la Regione Molise ed il Comune di Campobasso, che agisce in nome e per conto dell'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso per un periodo di sei mesi dalla data di avvio delle attività, con decorrenza 26 ottobre 2017, nelle more della definizione delle modalità per la realizzazione degli interventi previsti dalla programmazione dei servizi e delle attività per il contrasto alla violenza di genere di cui al DPCM del 25 novembre 2016 Ripartizione delle risorse del "Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità" 2015 – 2016, di cui all'art. 5 bis, comma 2 del decreto legge n. 93 del 2013 ed al DPCM del 25 novembre 2016 Ripartizione delle risorse del "Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità" previste dal paragrafo 4 del Piano di azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, di cui all'art.5.del DL 14 agosto 2013, n. 93;
- di notificare il presente atto all'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso ed al Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

PIEMONTE
D.D. 9 novembre 2017, n. 1097 - L.R. n. 5/16, art. 13: approvazione proposta di Protocollo di Intesa tra Regione Piemonte e il Comune di Asti in materia di iniziative contro le discriminazioni. . (BUR n. 46 del 16.11.17)
Note
Viene approvata la Proposta di Protocollo di Intesa con il Comune di Asti allegata alla presente Determinazione, di cui fa parte integrante e sostanziale.
PROTOCOLLO DI INTESA
In materia di iniziative contro le discriminazioni
tra:
la REGIONE PIEMONTE – Direzione Coesione sociale, in persona del Direttore regionale Dott.

Gianfranco BORDONE domiciliato presso la sede della Regione Piemonte, Via Magenta 12, 10128 Torino, codice fiscale n. 80087670016;
e:
il COMUNE DI ASTI in persona del Dirigente del Settore Politiche Sociali, Istruzione e Servizi Educativi Dott. Andrea Berzano, domiciliato per la carica in Piazza San Secondo 1 – 14100 ASTI, codice fiscale n. 00072360050;
Vista:
- 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" ed i relativi documenti di attuazione;
Visti:
- l'art. 3 della Costituzione Italiana che afferma: "tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali";
- l'art. 10 e l'art. 19 sull'integrazione dell'azione antidiscriminatoria nelle politiche e azioni dell'Unione Europea, l'articolo 8 sull'eliminazione delle disuguaglianze tra uomini e donne; l'articolo 18 sul divieto delle discriminazioni in base alla nazionalità; l'articolo 153, che combatte, in particolare, il fenomeno dell'emarginazione; l'articolo 157, che ribadisce l'obiettivo della parità tra uomini e donne nella vita lavorativa, del Trattato per il Funzionamento dell'Unione Europea;
- l'art. 21 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea che vieta "qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, sul sesso, la razza, il colore della pelle, l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua, la religione o le convinzioni personali, le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita, la disabilità, l'età o l'orientamento sessuale";
- 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 coiinvolgimento degli enti regionali;
- la Legge 13 ottobre 1975, n. 654, "Ratifica ed esecuzione della Convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discrimina-zione 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 collabora-zione 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'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua,

nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni 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 ottobre 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;
- lo Statuto della Regione Piemonte;
- la Legge Regionale 18 marzo 2009, n. 8 "Integrazione delle politiche di pari opportunità di genere 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";
- il Protocollo d'Intesa sottoscritto il 19 dicembre 2016 tra l'UNAR - Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali istituito presso il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri e la Regione Piemonte (rep. 00423 del 21/12/2016);
- il Protocollo d'Intesa sottoscritto il 16 dicembre 2016 tra la 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 la Regione Piemonte (rep. 00426 del 21/12/2016);
Vista la Deliberazione della Giunta Comunale di Asti n. 500 del 31.10.2017
Vista la ……...
Tutto ciò premesso le Parti sottoscrivono e convengono quanto segue:

Art. 1 – Contenuto del Protocollo di Intesa

1. Il presente Protocollo di Intesa è indirizzato a regolare la collaborazione tra Regione Piemonte e Comune di Asti in materia di iniziative contro le discriminazioni, segnatamente per quanto riguarda l'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".
2. Il presente Protocollo è altresì indirizzato a regolare la collaborazione tra le parti sottoscriventi per la creazione e l'implementazione del Nodo territoriale della Rete regionale contro le discriminazioni in Piemonte, prevista all'art. 12 della Legge regionale di cui al comma 1, e disciplinata dal Regolamento di cui all'articolo 13, comma 3, della medesima Legge, che ha il compito di occuparsi di:
a. accoglienza, orientamento, presa in carico delle persone segnalanti e gestione dei casi di discriminazione;
b. costruzione e coordinamento della Rete territoriale locale 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.

Articolo 2 - Impegni delle parti firmatarie

1. Con la firma del Presente Protocollo di Intesa il Comune di Asti si impegna ad attivare un Nodo con competenza su tutto il territorio provinciale, che farà parte integrante della Rete regionale contro le discriminazioni di cui all'art. 12 della LR 5/2016.

2. Tale Nodo dovrà usufruire di una sede adeguata alle attività dello stesso e di personale (almeno una persona distaccata alle funzioni del Nodo a tempo parziale) per le quali il Comune coprirà le spese relative e, nello specifico:
- le attività previste dall'art. 1 comma 2 saranno a carico della struttura organizzativa del Segretariato Sociale, al cui responsabile sono delegate le conseguenti funzioni di coordinamento e referenza. Secondo una valutazione di integrazione di funzioni in un ottica di buone prassi e di fattibilità delle azioni, la struttura "Banca del Dono", inserita nel Servizio Anziani e Adulti in difficoltà, sarà quella deputata al distaccamento dell'operatore referente per le attività che dovranno essere svolte in sinergia con le azioni ordinarie contro le discriminazioni svolte dalla Unità Operativa Segretariato Sociale. Le attività di cui all'art. 1 comma 2 a saranno invece svolte esclusivamente dalla Unità Operativa Segretariato Sociale, trattandosi di presa in carico dei casi e gestione delle persone segnalanti.
3. Le insegne specifiche e tutte le iniziative di promozione e informazione sul Nodo e le sue attività dovranno essere concordate tra le parti.
4. In attesa di uno specifico Accordo da sottoscrivere con UNAR per quanto riguarda le procedure da utilizzare per la presa in carico e il trattamento dei casi di discriminazione, il Comune si impegna ad applicare presso il Nodo territoriale attivato le Linee Guida prodotte dall'UNAR e le altre disposizioni che la Regione stessa attiverà in materia.
5. Con la firma del Protocollo la Regione Piemonte si impegna ad accompagnare il Comune di Asti nell'attivazione e successiva azione del Nodo, considerandolo parte integrante e sostanziale della Rete regionale contro le discriminazioni di cui all'art. 12 della LR 5/2016, competente per il territorio provinciale.
6. Il Nodo potrà beneficiare di attività di promozione e diffusione previste nell'ambito di progetti o attività regionali contro le discriminazioni.
7. Il Nodo potrà avvalersi della consulenza giuridica regionale finalizzata a fornire informazioni utili nell'orientamento della vittima attraverso il Centro regionale contro le discriminazioni.
8. Il personale del Nodo potrà usufruire della formazione avviata dalla Regione anche al fine di sensibilizzare sulla tematica il personale del proprio ente.
9. Inoltre i soggetti sottoscriventi si impegnano a:
a. costituire un gruppo di lavoro permanente sulle materie di cui al presente protocollo;
b. condividere un programma operativo;
c. 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;
d. diffondere i contenuti del presente Protocollo e le buone pratiche promuovendone la coerente realizzazione;
e. collaborare per la partecipazione congiunta ad iniziative da candidare a finanziamento a livello nazionale, europeo ed internazionale.

Art. 3 – Durata

La durata del presente Protocollo è di 3 anni a partire dalla data di firma dello stesso e rinnovabile previo accordo tra le parti.

Art. 4 – Riferimenti e valutazione

1. Per la Regione Piemonte il soggetto che è autorizzato alla trattazione delle materie di cui al presente Protocollo è il Centro regionale contro le Discriminazioni, attivato presso il Settore Politiche delle famiglie, giovani e migranti, diritti e pari opportunità presso la Direzione Coesione sociale.
2. Per il Comune di Asti il soggetto che è autorizzato alla trattazione delle materie di cui al presente Protocollo è Settore Politiche sociali, Istruzione e Servizi educativi – Segretariato Sociale.
3. Ai soggetti di cui ai commi precedenti sono in particolare demandate le funzioni di cui all'art. 2 comma 8 del presente Protocollo, con particolare riferimento alla definizione dei relativi Accordi operativi e delle attività di valutazione del Nodo.

Art. 5 – Clausole finali

1. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente Protocollo, si rinvia al contenuto della L.R. n. 5/2016 e dei relativi documenti di attuazione.
2. Le parti concordano nel demandare al Gruppo di lavoro permanente di cui all'articolo 2, comma 8 punto a) del presente Protocollo di Intesa la soluzione di eventuali controversie relative all'applicazione del protocollo stesso.
Letto, confermato e sottoscritto in digitale
Torino, lì
REGIONE PIEMONTE
Il Direttore Regionale
Dott. Gianfranco BORDONE
COMUNE DI ASTI
Il Dirigente del Settore Politiche Sociali, Istruzione e Servizi Educativi
Dott. Andrea BERZANO

D.D. 14 novembre 2017, n. 1104 - LR 4/2016 e DGR n. 38-5908 del 10.11.2017. Approvazione delle modalita' di accesso ai finanziamenti per la realizzazione di interventi per gli autori di violenza di genere contro le donne e della relativa modulistica. Impegno tecnico di Euro 115.570,00 (capitoli vari del bilancio regionale 2017/2018)

Note

Viene approvato il bando per l'accesso ai finanziamenti destinati al sostegno della realizzazione di interventi per gli autori di violenza di genere, secondo i criteri stabiliti con la D.G.R. n. 38-5908 del 10.11.2017,di cui all'Allegato 1) (a cui si fa rinvio).
Viene approvato il modello di istanza di contributo di cui all'Allegato 2) (a cui si fa rinvio).
Viene fissata la data dell'11 dicembre 2017, come termine per la presentazione delle istanze di contributo, secondo le modalità previste nell'Allegato 1.
Viene prevista la somma di € 115.570,00

VENETO

DGR 14.11.17, N. 1856- Interventi in materia di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne. concessione dei contributi, anno 2017, rivolti a finanziare le attività e le strutture di cui alla l.r. 23 aprile 2013 n. 5 e riportate negli elenchi aggiornati e approvati con dgr n. 761 del 29 maggio 2017. approvazione bando. (BUR n. 109 del 17.11.17)

Note **PREMESSA**

La Legge regionale 23 aprile 2013, n. 5 "Interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne", prevede che la Regione del Veneto ponga in essere azioni volte alla tutela e al recupero di condizioni di vita normali delle donne vittime di violenza nonché attività mirate al contrasto del fenomeno.
A tal fine la norma stabilisce che la Regione - in collaborazione con gli Enti locali, le istituzioni, le associazioni e le organizzazioni senza finalità di lucro, che abbiano tra i loro scopi prioritari la lotta e la prevenzione alla violenza contro le donne e i minori ed abbiano sviluppato esperienze e competenze specifiche - promuova e favorisca l'attività di centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello per donne vittime di violenza e loro figli minori.
Nell'ambito delle risorse assegnate nel Bilancio regionale di previsione 2017-2019 per l'attuazione della L.R. n. 5/2013 sono disponibili Euro 400.000,00 per la prevenzione e il contrasto della violenza contro le donne (art. 2 L.R. 23/04/2013, n. 5)".
Per l'assegnazione dei contributi anno 2017 si procede dando attuazione all'articolo 12 della L.R. n. 5/2013 e ai criteri di individuazione dei soggetti ammessi a presentare domanda stabiliti con deliberazione della Giunta regionale n. 1356 del 28.07.2014.
Il "Tavolo di coordinamento regionale per la prevenzione e il contrasto alla violenza contro le donne" previsto all'articolo 8 della citata L.R. n. 5/2013 - con funzione di supporto, di

consultazione e di indirizzo nei confronti della Giunta regionale - riunito i giorni 26 gennaio e 15 marzo 2017 ha espresso parere favorevole alla proposta di assegnazione dei finanziamenti anno 2017 rivolti a finanziare le attività e le strutture di cui alla L.R. n. 5/2013 i cui criteri, priorità e modalità per la concessione dei contributi regionali sono riportati di seguito.

BENEFICIARI FINALI DELL'INTERVENTO

Donne, sole o con figli minori, vittime di violenza in qualsiasi forma essa si concretizzi, che potranno essere accolte nei centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello, indipendentemente dalla loro nazionalità, etnia, religione, orientamento sessuale, stato civile, credo politico e condizione economica.

SOGGETTI AMMESSI A PRESENTARE DOMANDA DI CONTRIBUTO

1. Comuni del Veneto:

1. singoli;
2. associati con altri Comuni;
3. in convenzione ai fini della gestione delle strutture (centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello) previste agli articoli 3, 4 e 5 e ai sensi dell'articolo 11 della L.R. n. 5/2013, con singoli, associazioni e organizzazioni, senza finalità di lucro, aventi sede legale o operativa in Veneto e operanti nel settore del sostegno e dell'aiuto alle donne vittime di violenza, che abbiano maturato comprovate esperienze e specifiche competenze, almeno triennali, in materia di violenza contro le donne.

2. Aziende unità locali socio sanitarie (ULSS) del Veneto:

1. singole;
2. associate con altre Aziende ULSS;
3. in convenzione ai fini della gestione delle strutture (centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello) previste agli articoli 3, 4 e 5 e ai sensi dell'articolo 11 della L.R. n. 5/2013, con singoli, associazioni e organizzazioni, senza finalità di lucro, aventi sede legale o operativa in Veneto e operanti nel settore del sostegno e dell'aiuto alle donne vittime di violenza, che abbiano maturato comprovate esperienze e specifiche competenze, almeno triennali, in materia di violenza contro le donne.

I Comuni o le Aziende ULSS che presentano domanda di finanziamento alla Regione del Veneto sono considerati "capofila" dell'iniziativa. Il capofila sarà il beneficiario formale del contributo regionale e responsabile degli adempimenti amministrativi connessi alla concreta realizzazione del progetto (comunicazione formale dell'avvio delle attività, redazione e sottoscrizione della relazione finale corredata dal relativo rendiconto delle spese sostenute, conservazione della documentazione contabile).

TIPOLOGIE DI STRUTTURE FINANZIABILI

Le strutture oggetto del finanziamento sono:

1. Centri antiviolenza (articolo 3, L.R. n. 5/2013)
2. Case rifugio (articolo 4, L.R. n. 5/2013)
3. Case di secondo livello (articolo 5, L.R. n. 5/2013).

Le predette strutture devono essere iscritte negli elenchi aggiornati e approvati con deliberazione della Giunta regionale n. 761 del 29 maggio 2017, come previsto dall'articolo 7, comma 1, della L.R. n. 5/2013.

STANZIAMENTO

Lo stanziamento complessivo di Euro 400.000,00 previsto dal Bilancio di previsione 2017-2019 per la concessione dei finanziamenti per gli interventi di cui alla L.R. n. 5/2013 viene ripartito tra le tre tipologie di strutture finanziabili, in rapporto alla loro consistenza numerica rilevata sul territorio di cui alla DGR n. 761/2017, come di seguito riportato:

- n. 21 Centri antiviolenza: Euro 210.000,00;
- n. 10 Case Rifugio: Euro 100.000,00;
- n. 9 Case di secondo livello: Euro 90.000,00.

INTERVENTI AMMESSI

L'implementazione e la gestione delle strutture finanziabili sopra elencate.

DURATA

Tutti gli interventi ammessi dovranno avere durata annuale: gennaio 2018 – dicembre 2018. Con decreto del Direttore della Unità Organizzativa Cooperazione internazionale di approvazione del riparto dei contributi concessi sarà fissato il termine per la presentazione delle relazioni conclusive e delle rendicontazioni di spesa.

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE DI CONTRIBUTO

Le domande presentate saranno valutate sulla base dei seguenti criteri:

1. Centri antiviolenza: il numero di utenti che si sono rivolti al centro (prese in carico) nell'anno 2016. Il dato considerato è quello riportato nelle schede di rilevazione anno 2017 inviate da tutte le strutture iscritte negli elenchi e agli atti presso gli uffici della Direzione Relazioni Internazionali, Comunicazione e SISTAR;
2. Case rifugio e Case di secondo livello: il numero di persone ospitate per giorni di presenza nell'anno 2016. Il dato considerato è quello riportato nelle schede di rilevazione anno 2017 inviate da tutte le strutture iscritte negli elenchi ed agli atti presso gli uffici della predetta Direzione.

GRADUATORIA

La valutazione delle domande risultate ammissibili è finalizzata alla redazione di 3 distinte graduatorie formate applicando i criteri di valutazione precedentemente indicati - centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello - che verranno approvate con decreto del Direttore della Unità Organizzativa Cooperazione internazionale entro 180 giorni, come previsto dalla DGR n. 600 dell'8 maggio 2017.

CONTRIBUTO CONCEDIBILE

La Regione del Veneto contribuirà al finanziamento dei progetti approvati fino alla copertura del totale dei costi preventivati considerati ammissibili. Il finanziamento regionale non potrà comunque superare l'importo complessivo massimo di Euro 15.000,00 per ogni domanda ammessa al finanziamento, secondo il criterio di seguito specificato:

- Euro 8.000,00 per ogni domanda ammessa al finanziamento in ciascuna graduatoria - centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello - più un contributo aggiuntivo. Il contributo aggiuntivo massimo è Euro 7.000,00. Al primo classificato per ciascuna graduatoria sarà quindi erogato il contributo fisso di Euro 8.000,00 e l'intero contributo aggiuntivo. Per ogni posizione successiva in graduatoria si applicherà un abbattimento percentuale pari al 5% sul contributo aggiuntivo (esempio: 1^ classificato=100% pari a Euro 7.000,00; 2^ classificato = 95% pari a Euro 6.650,00 ecc.) fino all'esaurimento delle risorse disponibili.

Nel caso di non esaurimento dello stanziamento disponibile per una data tipologia, in sede di riparto, potrà essere valutata la possibilità di implementare lo stanziamento per le altre tipologie in relazione al numero di domande pervenute. I contributi concessi dovranno esser utilizzati dai soggetti beneficiari esclusivamente per la realizzazione degli interventi approvati.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l'allegato schema di bando del Direttore della Unità Organizzativa Cooperazione internazionale (**Allegato A**) e la modulistica per la presentazione delle richieste di contributo relative agli interventi per l'implementazione e la gestione di strutture adibite a centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello (**Allegato B**) di cui alla L.R. 23.04.2013, n. 5, che costituiscono parti integranti e sostanziali del presente provvedimento (a cui si fa rinvio).

Unità Organizzativa Cooperazione internazionale. Interventi per l'implementazione e la gestione di strutture adibite a CENTRI ANTIVIOLENZA, CASE RIFUGIO e CASE DI SECONDO LIVELLO predisposte per accogliere donne, sole o con figli minori, vittime di violenza. Legge regionale 23 aprile 2013, n. 5 "Interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne".

RENDE NOTO

I. Stanziamento

Per il finanziamento degli interventi per l'implementazione e la gestione di strutture e servizi di supporto alle donne vittime di violenza, è previsto uno stanziamento complessivo di € 400.000,00, a valere sul capitolo 103227 del Bilancio di previsione 2017-2019.

II. Beneficiari finali dell'intervento

Donne, sole o con figli minori, vittime di violenza in qualsiasi forma essa si concretizzi, che potranno essere accolte nei centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello, indipendentemente dalla loro nazionalità, etnia, religione, orientamento sessuale, stato civile, credo politico e condizione economica.

III. Soggetti ammessi a presentare domanda di contributo

1. Comuni del Veneto:
   1. singoli;
   2. associati con altri Comuni;
   3. in convenzione ai fini della gestione delle strutture (centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello) previste agli articoli 3, 4 e 5 e ai sensi dell'articolo 11 della L.R. n. 5/2013, con singoli, associazioni e organizzazioni, senza finalità di lucro, aventi sede legale o operativa in Veneto e operanti nel settore del sostegno e dell'aiuto alle donne vittime di violenza, che abbiano maturato comprovate esperienze e specifiche competenze, almeno triennali, in materia di violenza contro le donne.
2. Aziende unità locali socio sanitarie (ULSS) del Veneto:
   1. singole;
   2. associate con altre Aziende ULSS;
   3. in convenzione ai fini della gestione delle strutture (centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello) previste agli articoli 3, 4 e 5 e ai sensi dell'articolo 11 della L.R. n. 5/2013, con singoli, associazioni e organizzazioni, senza finalità di lucro, aventi sede legale o operativa in Veneto e operanti nel settore del sostegno e dell'aiuto alle donne vittime di violenza, che abbiano maturato comprovate esperienze e specifiche competenze, almeno triennali, in materia di violenza contro le donne.

I Comuni o le Aziende ULSS che presentano domanda di finanziamento alla Regione del Veneto sono considerati "capofila" dell'iniziativa. Il capofila sarà il beneficiario formale del contributo regionale e responsabile degli adempimenti amministrativi connessi alla concreta realizzazione dell'intervento

(comunicazione formale dell'avvio delle attività, redazione e sottoscrizione della relazione finale corredata dal relativo rendiconto delle spese sostenute, conservazione della documentazione contabile).

IV. Tipologie di strutture finanziabili

Le strutture oggetto del finanziamento sono:

1. centri antiviolenza (articolo 3)
2. case rifugio (articolo 4)
3. case di secondo livello (articolo 5)

Le predette strutture devono essere iscritte negli elenchi approvati con deliberazione della Giunta Regionale n. 761/2017 come previsto dall'articolo 7 primo comma della L.R. n. 5/2013.

V. Ripartizione della Stanziamento

Lo stanziamento complessivo di € 400.000,00 viene ripartito tra le tre tipologie di strutture in rapporto alla loro consistenza numerica rilevata sul territorio, come di seguito riportato:

- per i Centri antiviolenza: € 210.000,00, calcolando un contributo minimo fisso di € 8.000,00 per struttura più un contributo aggiuntivo in base alla graduatoria stilata secondo i criteri di valutazione specificati al successivo punto X;
- per le Case Rifugio: € 100.000,00 calcolando un contributo minimo fisso di € 8.000,00 per struttura più un contributo aggiuntivo in base alla graduatoria stilata secondo i criteri di valutazione specificati al successivo punto X;

- per le Case di secondo livello: € 90.000,00 calcolando un contributo minimo fisso di € 8.000,00 per struttura più un contributo aggiuntivo in base alla graduatoria stilata secondo i criteri di valutazione specificati al successivo punto X.

VI. Interventi ammessi

Gli interventi finalizzati all'implementazione e alla gestione delle strutture indicate al precedente punto IV a supporto delle donne, sole o con figli minori, vittime di violenza.

VII. Ammissibilità delle richieste di contributo

Le richieste di contributo dovranno rispettare, a pena di inammissibilità, le seguenti condizioni:

1. ciascun Comune e ciascuna Azienda ULSS potrà presentare più richieste di contributo per diverse strutture e per diverse tipologie di strutture (centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello);
2. per ciascuna struttura potrà essere presentata una sola domanda di contributo;
3. il costo complessivo dell'intervento dovrà essere pari ad almeno € 15.000,00;
4. le richieste di contributo dovranno essere compilate in ogni loro parte avvalendosi esclusivamente del modulo di domanda allegato al Bando e spedite secondo le modalità indicate nello stesso.

VIII. Spese ammissibili

Sono considerate ammissibili al finanziamento le seguenti spese (IVA inclusa):

1. Voce di spesa "Risorse umane": spese per la retribuzione del personale operante nelle strutture. In questa macro voce si possono inserire anche le spese sostenute da personale volontario come "rimborsi" purché accompagnati da documenti fiscalmente validi;
2. Voce di spesa "Acquisto di beni": spese per acquisto di arredi, attrezzature e materiali di consumo;
3. Voce di spesa "Spese di pronta cassa per le donne prese in carico": spese per acquisto vestiti, generi alimentari, trasporti, costi rette per donne accolte in emergenza;
4. Voce di spesa "Fornitura di servizi": spese per le consulenze, spese per la tinteggiatura, spese di manutenzione ordinaria impianti tecnologici (dettagliare spesa e tipologia di impianto), spese per la formazione del personale;
5. Voce di spesa "Spese di gestione delle strutture": spese per utenze, spese per altre attività attinenti all'organizzazione della struttura;
6. Voce di spesa "Spese divulgazione/sensibilizzazione": spese per organizzazione eventi/iniziative per la cittadinanza, spese per la sensibilizzazione nelle scuole, spese per la realizzazione di materiale informativo/divulgativo;
7. Voce di spesa "Spese generali non documentabili": ammesse entro un importo massimo del 5% del costo totale, calcolato sul totale dei costi al netto delle stesse.

In fase di valutazione delle richieste di contributo gli Uffici competenti potranno apportare riduzioni ai costi preventivati dei progetti presentati, ritenendo non ammissibili alcune voci di spesa o parti di esse.

IX. Durata dell'intervento

Tutti gli interventi ammessi dovranno avere durata annuale: gennaio 2018 – dicembre 2018.

Con decreto del Direttore della Unità Organizzativa Cooperazione internazionale di approvazione del riparto dei contributi concessi sarà fissato il termine per la presentazione delle relazioni conclusive e delle rendicontazioni di spesa.

X. Criteri di valutazione delle richieste di contributo

Le domande presentate saranno valutate sulla base dei seguenti criteri:

1. Centri antiviolenza: il numero di utenti che si sono rivolti al Centro (prese in carico) nell'anno 2016. Il dato considerato è quello riportato nelle schede di rilevazione inviate nel 2017 da tutte le strutture iscritte negli elenchi ed agli atti presso la Direzione Relazioni Internazionali, Comunicazione e SISTAR;

2. Case rifugio e Case di secondo livello: il numero di persone ospitate per giorni di presenza nell'anno 2016. Il dato considerato è quello riportato nelle schede di rilevazione inviate nel 2017 da tutte le strutture iscritte negli elenchi ed agli atti presso la predetta Direzione.

XI. Graduatoria

La valutazione delle domande risultate ammissibili è finalizzata alla redazione di 3 distinte graduatorie formate applicando i criteri indicati al precedente punto X - centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello - che verranno approvate con decreto del Direttore della Unità Organizzativa Cooperazione internazionale entro 180 giorni, come previsto dalla DGR n. 600 dell'8 maggio 2017.

XII. Contributo concedibile

Il finanziamento regionale non potrà superare l'importo complessivo massimo di € 15.000,00 per ogni domanda ammessa al finanziamento, secondo il criterio di seguito specificato:

- € 8.000,00 per ogni domanda ammessa al finanziamento in ciascuna graduatoria - centri antiviolenza, case rifugio e case di secondo livello - più un contributo aggiuntivo. Il contributo aggiuntivo massimo è € 7.000,00. Al primo classificato per ciascuna graduatoria sarà quindi erogato il contributo fisso di € 8.000,00 e l'intero contributo aggiuntivo. Per ogni posizione successiva in graduatoria si applicherà un abbattimento percentuale pari al 5% sul contributo aggiuntivo (esempio: 1^ classificato=100% pari a € 7.000,00; 2^ classificato = 95% pari a € 6.650,00 ecc.) fino all'esaurimento delle risorse disponibili.

Nel caso di non esaurimento dello stanziamento disponibile per una data tipologia di strutture, in sede di riparto, potrà essere valutata la possibilità di implementare lo stanziamento per le altre tipologie in relazione al numero di domande pervenute. I contributi concessi dovranno esser utilizzati dai soggetti beneficiari esclusivamente per la realizzazione degli interventi approvati.

XIII. Modalità di erogazione e di rendicontazione dei contributi

I soggetti beneficiari dovranno entro 15 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di assegnazione del contributo comunicare la data di avvio delle attività (su modulistica fornita dalla Regione) e il Codice Unico di Progetto (CUP), pena la decadenza dalla assegnazione.

Il contributo verrà liquidato secondo le modalità di seguito descritte:

1. 70% quale acconto, a seguito dell'acquisizione da parte degli Uffici regionali della documentazione in precedenza citata;
2. 30% quale saldo previa presentazione da parte del rappresentante legale dell'ente beneficiario di:
   1. relazione finale sull'attività svolta;
   2. rendiconto finanziario, sulla base del prospetto riepilogativo delle spese fornito dalla Regione, indicante, per ciascuna spesa, gli estremi dei documenti contabili che attestano l'effettuazione delle stesse;
   3. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi del DPR 445/2000 su modulistica fornita dalla Regione.

Negli avvisi, manifesti o altro materiale informativo relativo all'iniziativa finanziata dovrà essere riportata la dicitura "Realizzato con il contributo della Regione del Veneto (1)". Tale documentazione dovrà essere prodotta in sede di relazione conclusiva.

La liquidazione del saldo del contributo concesso sarà subordinata alla rendicontazione da parte del beneficiario di una somma non inferiore al contributo concesso, così come indicata nel provvedimento di approvazione del riparto del finanziamento.

Nel caso tale somma risultasse inferiore, il contributo sarà ridotto, con obbligo di restituzione dell'eventuale maggior importo già erogato a titolo di acconto.

Si procederà alla revoca del contributo nel caso in cui la documentazione presentata non sia sufficiente ed idonea a stabilire il costo totale per le iniziative realizzate, oppure qualora la realizzazione dei progetti non rispetti le scadenze sopra individuate o non sia conforme a quanto previsto in fase di assegnazione del contributo, con l'esclusione di eventuali variazioni all'intervento autorizzate dal Direttore dell'Unità Organizzativa Cooperazione internazionale.

XIV. Variazioni all'intervento

Ogni variazione progettuale che dovesse rendersi necessaria nella fase di attuazione dovrà essere preventivamente comunicata e potrà essere autorizzata, in seguito a valutazione degli Uffici, da parte del Direttore dell'Unità Organizzativa Cooperazione internazionale.

Le variazioni, in termini non sostanziali, potranno essere richieste relativamente alla durata sulla base di una richiesta da parte del soggetto beneficiario, adeguatamente e validamente motivata, con individuazione dei nuovi termini di conclusione delle attività e di presentazione della documentazione conclusiva dell'intervento.

XV. Presentazione della domanda

Modulo di domanda Tutte le richieste di contributo dovranno essere compilate esclusivamente avvalendosi dell'apposita modulistica approvata con la citata DGR all'allegato: A1) Interventi di sostegno alle strutture di cui alla L.R. n. 5/2013, disponibile sul sito web della Regione del Veneto (www.regione.veneto.it) alla voce "Bandi, Avvisi e Concorsi". Il modulo di domanda dovrà essere obbligatoriamente compilato in ogni sua parte.

Sottoscrizione il soggetto che sottoscrive la domanda deve coincidere con il soggetto indicato nella prima parte del modulo di domanda. Si dovrà allegare copia del documento di identità del soggetto sottoscrittore, ad eccezione delle domande presentate con firma digitale.

Presentazione Le richieste di contributo dovranno essere inoltrate esclusivamente mediante posta elettronica certificata al seguente indirizzo: relazintercomunicazionesistar@pec.regione.veneto.it.

La e-mail dovrà avere in allegato la domanda di contributo e tutti gli allegati in formato pdf. Le informazioni sulle modalità di trasmissione con posta elettronica certificata si trovano al seguente indirizzo:

http://www.regione.veneto.it/web/affari-generali/pec-regione-veneto.

Scadenza Le richieste di contributo dovranno, a pena di decadenza, essere inoltrate **entro il 15° giorno dalla data di pubblicazione sul BURV**.

Oggetto Al fine dell'identificazione del Bando di riferimento, nell'oggetto della e-mail contenente la domanda dovrà essere apposta la dicitura: "Domanda di finanziamento per interventi per prevenire e contrastare la violenza contro le donne. Strutture già operanti – anno 2017 - Fondi regionali". Nel testo della e-mail dovrà essere indicata la Unità Organizzativa destinataria: Unità Organizzativa Cooperazione internazionale.

XVI. Responsabile del procedimento, diritto di accesso agli atti e trattamento dati personali

La struttura amministrativa responsabile dell'adozione del presente bando è l'Unità Organizzativa Cooperazione internazionale (L. n. 241/1990 e s.m.i.).

Il responsabile del procedimento è il Direttore dell'Unità Organizzativa Cooperazione internazionale.

Il diritto di accesso agli atti può essere esercitato nei confronti della Direzione Relazioni internazionali, Comunicazione e SISTAR (L. n. 241/1990 e s.m.i.).

Il titolare del trattamento dei dati personali è la Regione del Veneto/Giunta Regionale con sede in Venezia, Palazzo Balbi - Dorsoduro 3901.

Il responsabile del trattamento dei dati personali è il Direttore dell'Unità Organizzativa Cooperazione internazionale, con sede in Fondamenta Santa Lucia, Cannaregio 23, 30121 - Venezia.

Il trattamento dei dati personali, in conformità al D.Lgs. n. 196/2003, è eseguito dagli uffici regionali per le finalità previste dalla L.R. n. 5/2013. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per le dichiarazioni rese ai sensi del DPR n. 445/2000. Gli interessati godono dei diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.

Informazioni sui contenuti del Bando potranno essere richieste alla Unità Organizzativa Cooperazione internazionale: telefono 041/2794348 – 4347;

e-mail: palma.ricci@regione.veneto.it
claudia.peruzzi@regione.veneto.it
Il Direttore Maria Elisa Munari

_____

(1) Nel caso di utilizzo del logo regionale è obbligatorio contattare preventivamente la competente U.O. Comunicazione e Informazione al seguente indirizzo e-mail: cominfo@regione.veneto.it.

Interventi di sostegno a favore delle strutture di cui alla L.R. n. 5/2013

Legge regionale 23 aprile 2013, n. 5 "Interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne".

MODULO DI DOMANDA 1

ANNO 2017

Alla Regione del Veneto
Direzione Relazioni internazionali, Comunicazione e SISTAR
Unità Organizzativa Cooperazione internazionale
Pec: relazintercomunicazionesistar@pec.regione.veneto.it

PARTE PRIMA:

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di legale rappresentante dell'Ente
_____con sede a _____
visto il bando del Direttore della Unità Organizzativa Cooperazione internazionale allegato alla Deliberazione della Giunta
Regionale n. del , e consapevole che la mancata rispondenza anche ad una soltanto delle
condizioni di ammissibilità in esso indicate costituirà motivo di non ammissibilità ai fini della concessione del contributo

CHIEDE

di poter accedere ai finanziamenti di cui alla Legge Regionale 23 aprile 2013 n. 5, per prevenire e contrastare la violenza
contro le donne, per l'intervento che verrà realizzato presso:
Tipologia della struttura Denominazione della struttura
□□Centro Antiviolenza
□□Casa Rifugio
□□Casa di secondo livello

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiara che:
□□la struttura è operativa e risponde ai requisiti previsti dalla L.R. n. 5/2013 ed è inserita negli elenchi regionali approvati con Delibera di Giunta n. 761 del 29 maggio 2017;
□□i beneficiari finali dell'intervento sono donne, sole o con figli minori, vittime di violenza;
□□la struttura, nei giorni e orari di apertura, garantisce alle donne vittime di violenza servizi e spazi dedicati non usati per altri scopi o utenza;
□□il finanziamento richiesto coprirà i costi sostenuti per le spese relative al periodo gennaio – dicembre 2018.

Il/La sottoscritto/a, in considerazione della normativa sopra evidenziata, dichiara altresì quanto segue, relativamente ai dati riferiti all'Ente che rappresenta e all'intervento per il quale chiede il contributo.

1 *Ai fini dell'ammissione, il modulo deve OBBLIGATORIAMENTE essere compilato a computer e la compilazione è OBBLIGATORIA inogni sua parte*.

PARTE SECONDA: e

1. Dati richiedente (Comune o Azienda Ulss)

Denominazione

Via e numero civico Città CAP Provincia
Telefono PEC e-mail
Codice fiscale/Partita IVA
Referente per l'iniziativa
Nome e cognome
Telefono e-mail
2. Soggetti coinvolti (punto III del Bando)
Nota**: può essere selezionata **una sola opzione
□□**A)** Singolo
□
B) Altro/i Comune/i o Azienda/e unità locale socio sanitaria (ULSS) associati
***Nota**: Obbligatorio **allegare lettera di accordo degli Enti**, nella modulistica predisposta per la costituzione in forma associata,*
reperibile nel sito web istituzionale alla voce "Bandi, Avvisi e Concorsi"denominazione: _____
□
C) Soggetti privati in convenzione, ai sensi dell'articolo 11 L.R. n. 5/2013
***Nota**: Obbligatorio **allegare convenzione** tra Comune o Azienda ULSS e singoli, associazioni e organizzazioni, senza finalità di*
lucro, aventi sede legale o operativa in Veneto e operanti nel settore del sostegno e dell'aiuto alle donne vittime di violenza, e
che abbiano maturato comprovate esperienze e specifiche competenze, almeno triennali, in materia di violenza contro le donne
denominazione:
_____
3. Durata
***Nota**: la durata dell'intervento deve essere **annuale** (gennaio 2018 – dicembre 2018)*
Data di avvio prevista: *(gg/mm/aa)* _____ Data di fine prevista: *(gg/mm/aa)* _____
PARTE TERZA: piano economico
1. Costo complessivo dell'intervento (IVA ed ogni altro onere inclusi)
Nota**: il costo complessivo dell'intervento dovrà essere pari ad almeno **€ 15.000,00**; per i dettagli sulle **spese ammissibili
*si prega di leggere con attenzione il **punto VIII del Bando.***
DESCRIZIONE UNITA'/
QUANTITA'
DURATA
(risorse
umane)
COSTO UNITARIO
€
TOTALE2
€
1. Risorse umane
Totale Risorse Umane
2. Acquisto di beni
Totale Acquisto di Beni
3. Spese di pronta cassa per le donne prese in carico
Totale Spese pronta cassa
4. Fornitura di servizi
Totale Fornitura di Servizi

5. Spese di gestione del centro
Totale spese di gestione
6. Divulgazione/sensibilizzazione
Totale divulgazione/sensibilizzazione
7. Spese generali non documentabili (max 5% del TOTALE calcolato sul totale dei costi al netto delle stesse)
Totale spese generali non documentabili
Totale costo
(il Totale costo dovrà essere pari ad almeno **€ 15.000,00**)
2 *In questa colonna indicare il risultato della moltiplicazione tra "unità/quantità" x "durata" x "costo unitario".*

RIEPILOGO FINALE

Il sottoscritto dichiara che la presente scheda si compone di:
□□Parte Prima
□□Parte Seconda
□□Parte Terza
Il/la sottoscritto/a, informato ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, autorizza il trattamento dei dati personali da parte degli uffici
regionali per le finalità previste dalla L.R. n. 5/2013.
Firma del Rappresentante legale
Data _____ _____

***Allegati** alla domanda:*
□□**documento** di identità del Rappresentante legale dell'Ente richiedente ***(obbligatorio, ad eccezione delle domande presentate con firma digitale)***;
□□**lettera di accordo** degli Enti, nella modulistica predisposta, per la costituzione in forma associata (punto 2, Parte seconda"Soggetti coinvolti");
□□**convenzione** (ai sensi dell'articolo 11, L.R. n. 5/2013) tra ente richiedente e singoli, associazioni e organizzazioni senzafinalità di lucro, aventi sede legale o operativa in Veneto e operanti nel settore del sostegno e dell'aiuto alle donne vittimedi violenza, che abbiano maturato comprovate esperienze e specifiche competenze, almeno triennali, in materia diviolenza contro le donne (punto 2, Parte seconda "Soggetti coinvolti").