

PANORAMA LEGISLATIVO

ISTISSS

Anno VIII – n. 152

Care lettrici e cari lettori,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'abbonamento annuale è:

- di 40 euro per gli Enti (Comuni, Province, Regioni Consorzi, Enti Assistenza sociale, IPAB, ASP, ASL, INAIL, INPS e relative sedi decentrate, Università, Istituti Professionali di servizio sociale, ecc.
- di 38 euro per operatori singoli;
- di 25 euro per studenti di Istituti Professionali di servizio sociale, iscritti al corso di Laurea di Servizio Sociale, Sociologia, Educatori Professionali, Psicologia, Laurea Specialistica in MASSIFE, ecc. (NB: Occorre indicare nella causale il Corso di Laurea e il numero di matricola)

l'Abbonamento decorre da qualsiasi mese e dà diritto alla ricezione dei quattro volumi della Rivista.

NB

Per coloro che procurano 10 abbonamenti viene rilasciato un abbonamento gratuito!

Il conto corrente è il seguente: 41135005 Intestato a: LA RIVISTA DI SERVIZIO SOCIALE

In occasione della prossima denuncia dei Vostri redditi 2013, scadenza 10 giugno 2013 Vi ricordiamo che è possibile destinare senza alcun aggravio di tasse o di spesa, da parte dei contribuenti, il 5 per mille all' ISTISSS in quanto ONLUS per lo svolgimento delle attività istituzionali.

Pertanto, se ritenete, potete sostenere l'ISTISSS con questa semplice operazione:

Indicare nell'apposita casella il Codice fiscale dell'ISTISSS: 00898470588 ed apporre la firma (pag. 2 della dichiarazione)

PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS E' REDATTO, ILLUSTRATO E COMMENTATO DA LUIGI COLOMBINI*

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

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

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 15 FEBBRAIO 2014 arretrati compresi

ASSISTENZA PENITENZIARIA

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 19 dicembre 2013. - Approvazione del programma, per la regione Piemonte, per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (GU n. 27 del 3.2.14)

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 24 dicembre 2013 - Regolazione di eventuali ulteriori modalità operative e di dettaglio utili, all'attuazione della sperimentazione della nuova carta acquisti. (GU n. 36 del 13.2.14)

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'art. 81, comma 29 e seguenti, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133;

Visto l'art. 60 del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2012, n. 35, recante: «Sperimentazione finalizzata alla proroga del programma "carta acquisti"»;

Visto il decreto 10 gennaio 2013, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, adottato ai sensi del citato art. 60, comma 2, del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5, registrato alla Corte dei conti in data 10 aprile 2013 e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 3 maggio 2013, recante «Attuazione della sperimentazione della nuova carta acquisti»;

Visto, in particolare, l'art. 12, comma 3, che demanda ad uno o più provvedimenti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, la regolazione di eventuali ulteriori modalità operative e di dettaglio utili all'attuazione della sperimentazione;

Visto l'art. 3, comma 2 e seguenti, del decreto-legge 28 giugno 2013, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 99, che ha esteso la sperimentazione ai territori delle regioni del Mezzogiorno che non ne siano già coperti, con avvio nel 2014;

Rilevata, sulla base delle indicazioni emerse all'avvio della sperimentazione, nonché dal confronto con i Comuni coinvolti, la necessità di apportare modificazioni al citato decreto interministeriale del 10 gennaio 2013 che specifica le modalità di attuazione della sperimentazione, al fine di: meglio definire la nozione di trattamenti economici rilevanti ai fini dell'accesso al beneficio; chiarire la definizione di nucleo familiare rilevante ai fini della quantificazione dell'ammontare del beneficio; ridefinire la tempistica e le modalità del monitoraggio dei progetti personalizzati di presa in carico; prevedere la gestione di una eventuale richiesta di riesame da parte dei richiedenti in esito alle verifiche del possesso dei requisiti auto dichiarati;

Decreta:

Art. 1.

Trattamenti economici

1. All'art. 4 del decreto 10 gennaio 2013, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, richiamato in premessa, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 3, lettera a) , punto v) , sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, la misura della soglia è aumentata annualmente della misura percentuale prevista per la perequazione automatica dei trattamenti pensionistici dell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti. La nuova soglia è comunicata dal Soggetto attuatore con apposita circolare e mediante pubblicazione sul sito internet;»;

b) dopo il comma 3 è aggiunto il seguente:

«3 -bis . Ai fini della verifica del possesso del requisito di cui al comma 3, lettera a) , punto v) , valgono le seguenti regole di computo:

- a. nel valore complessivo non entrano le erogazioni riferite al pagamento di arretrati;
- b. le mensilità aggiuntive quali tredicesime e quattordicesime e altri importi aggiuntivi erogati in unica soluzione ai titolari di trattamenti con periodicità mensile sono considerati per un dodicesimo del loro valore;
- c. nel caso di erogazioni che hanno periodicità bimestrale, l'ammontare considerato è la metà dell'erogazione bimestrale; similmente, i trattamenti economici ricorrenti che hanno diversa periodicità, comunque non mensile, vanno considerati in proporzione al numero di mesi cui si riferiscono;
- d. nel caso di erogazioni in unica soluzione, l'ammontare deve essere considerato per un dodicesimo del valore complessivamente erogato nell'anno solare; sono a tal fine considerate unicamente le erogazioni effettuate prima della richiesta della prestazione;
- e. non costituiscono trattamenti le eventuali esenzioni e/o agevolazioni per il pagamento di tributi, le riduzioni nella compartecipazione al costo dei servizi, nonché le erogazioni di buoni servizio e/o voucher che svolgono la funzione di sostituzione di servizi. Non entrano altresì nel computo dei trattamenti, le erogazioni relative ad assegni, premi o sussidi per fini di studio o di addestramento professionale ovvero altre misure di sostegno previste nell'ambito del progetto personalizzato di cui all'art. 6.»

Art. 2.

Beneficio concesso

1. All'art. 5, comma 1, del decreto 10 gennaio 2013, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le parole «calcolata escludendo le persone a carico ai fini Irpef diverse dal coniuge e dai figli» sono sostituite dalle seguenti: «calcolata escludendo le persone a carico ai fini Irpef non conviventi diverse dal coniuge e dai figli». Art. 3.

I progetti personalizzati di presa in carico

1. All'art. 6 del decreto 10 gennaio 2013, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, dopo le parole «finalizzato al superamento della condizione di povertà, al reinserimento lavorativo e all'inclusione sociale.» sono inserite le seguenti:

«Il progetto è predisposto e sottoscritto per adesione dai componenti del Nucleo Familiare Beneficiario entro sessanta giorni dalla comunicazione dell'avvenuto accreditamento del 1° bimestre.»;

b) al comma 2, le parole «entro novanta giorni dalla comunicazione dell'avvenuto accreditamento del 1° bimestre » sono sostituite dalle seguenti: «entro sessanta giorni dalla sottoscrizione da parte dei componenti del Nucleo Familiare Beneficiario e comunque prima dell'accREDITAMENTO del 4° bimestre»;

c) al comma 3, le parole «In riferimento all'attuazione del progetto, le informazioni devono essere inviate entro sessanta giorni dalla comunicazione dell'avvenuto accreditamento del 4° bimestre» sono sostituite dalle seguenti:

«In riferimento alla conclusione della Sperimentazione, le informazioni devono essere inviate entro sessanta giorni dal termine della Sperimentazione.»;

d) il comma 4 è soppresso;

e) al comma 5, le parole «di cui ai commi 2 e 3» sono sostituite dalle seguenti: «di cui al comma 2».

Art. 4.

Verifica dei requisiti e gestione di eventuali richieste di riesame

1. All'art. 3 del decreto 10 gennaio 2013, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, lettera h) , il punto i) è sostituito dal seguente:

«i. inviano al Soggetto attuatore, entro il termine di cui alla lettera a) , la graduatoria dei nuclei familiari richiedenti, corredata della indicazione dei titolari e delle informazioni necessarie al fine della verifica dei requisiti di cui all'art. 4, comma 3, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, nonché la graduatoria definitiva in esito alla gestione di eventuali richieste di riesame ai sensi dell'art. 8, comma 1.»;

b) al comma 1, lettera h) , punto ii) , le parole «l'esito delle verifiche e quindi» sono sostituite dalle seguenti:

«l'esito delle verifiche, nonché le eventuali omissioni e/o difformità riscontrate rispetto a quanto dichiarato dal richiedente, e quindi, successivamente all'invio della graduatoria definitiva.».

2. All'art. 4, comma 4, del decreto 10 gennaio 2013, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le parole «sulla base delle graduatorie inviate dai Comuni, effettuate le verifiche di cui all'art. 8, comma 1,» sono sostituite dalle seguenti: «sulla base delle graduatorie definitive inviate dai Comuni, effettuate le verifiche ed in esito all'eventuale riesame di cui all'art. 8, comma 1,».

3. All'art. 8, comma 1, del decreto 10 gennaio 2013, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, il periodo «Successivamente alle verifiche, identificare i Nuclei Familiari Beneficiari e comunica per via telematica al Gestore del servizio la disponibilità da accreditare su ciascuna carta, in applicazione dell'art. 5» è sostituito dal seguente: «Successivamente alle verifiche, comunica ai Comuni la graduatoria aggiornata dei Nuclei Familiari richiedenti il beneficio, nonché le eventuali omissioni e/o difformità riscontrate rispetto a quanto dichiarato dal richiedente, ai fini della gestione da parte dei Comuni di eventuali richieste di riesame, corredate da idonea documentazione, ai sensi della normativa vigente. I Comuni, in esito all'eventuale riesame, approvano e inviano al Soggetto Attuatore la graduatoria definitiva. Il Soggetto attuatore identifica i Nuclei Familiari Beneficiari e comunica per via telematica al Gestore del servizio la disponibilità da accreditare su ciascuna carta, in applicazione dell'art. 5».

Art. 5.

Entrata in vigore

1. Le disposizioni contenute nel presente decreto acquistano efficacia dal giorno successivo a quello della pubblicazione.

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

Approvazione della delibera n. 84/2013 adottata dal Consiglio di indirizzo generale dell'Ente di previdenza dei periti industriali e dei periti industriali laureati in data 17 luglio 2013. (GU n. 30 del 6.2.14)

COMUNICATO

Approvazione della delibera n. 85/2013 adottata dal Consiglio di indirizzo generale dell'Ente di previdenza dei periti industriali e dei periti industriali laureati in data 17 luglio 2013. (GU n. 30 del 6.2.14)

COMUNICATO

Approvazione della delibera n. 59 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti in data 13 dicembre 2012. (GU n. 30 del 6.2.14)

COMUNICATO

Ricostituzione del Comitato dell'Istituto nazionale della previdenza sociale, per la regione Veneto (GU n. 38 del 15.2.14)

Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in data 21 gennaio 2014, è stato ricostituito il Comitato dell'Istituto nazionale della previdenza sociale per la regione Veneto.

Il testo integrale del decreto è pubblicato sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali ed è consultabile all'indirizzo www.lavoro.gov.it.

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 12 FEBBRAIO 2014, arretrati compresi

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

BASILICATA

DGR 21.1.14, n. 20 - D.G.R. n. 1279/2013 “Nomina responsabile della prevenzione della corruzione

(art. 1, co. 7 L. 190/2012) e del responsabile per la trasparenza (art. 1, comma 7 L. 190/2012, art. 43, D.Lgs. 33/2013)” - Sostituzione responsabile della prevenzione della corruzione.(BUR n. 3 del 1.2.14)

Note

In relazione a quanto precisato in premessa, viene nominato Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e dell’Illegalità della Regione Basilicata ai sensi della L. 190/2012, in sostituzione della Dott.ssa Anna Roberti, il Dott. Ing. Vincenzo Fiore Dirigente dell’Ufficio S.I.R.S..

CAMPANIA

L.R. 31.1.14 - “legge di revisione statutaria concernente le modifiche agli articoli 27, 50 e 63 della legge regionale 28 maggio 2009, n. 6 (statuto della regione campania)” (BUR n. 8 del 31.1.14)

Art. 1

(Modifica dell’articolo 27 della legge regionale 28 maggio 2009, n. 6

(Statuto della Regione Campania)

1. Al comma 1 dell’articolo 27 della legge regionale n. 6/2009 la parola “sessanta” è sostituita della seguente: “cinquanta”

Art. 2

Modifica dell’articolo 50 della legge regionale 28 maggio 2009, n. 6

(Statuto della Regione Campania)

1. Al comma 2 dell’articolo 50 della legge regionale n. 6/2009 la parola “dodici” è sostituita dalla seguente: “dieci”.

Art. 3

Modifica dell’articolo 63 della legge regionale 28 maggio 2009, n. 6

(Statuto della Regione Campania)

1. Il comma 1 dell’articolo 63 della legge regionale n. 6/2009 è sostituito dal seguente:

“1. Il Collegio dei revisori dei conti è composto da tre membri non consiglieri scelti mediante estrazione da un elenco nel quale sono inseriti i soggetti in possesso di specifica qualificazione professionale in materia di contabilità pubblica e gestione economica e finanziaria degli enti territoriali, nel rispetto dei principi di coordinamento della finanza pubblica. I revisori durano in carica per l’intera legislatura.”

Art. 4

(Decorrenza)

1. Le disposizioni della presente legge si applicano a decorrere dalla X Legislatura La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

LOMBARDIA

DGR 30.1.14 - n. X/1290 - Approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità - Triennio 2014-2016. (BUR n. 5 del 31.1.14)

Note

Viene approvato re il Piano triennale di prevenzione della corruzione 2014-2016, comprensivo del Programma triennale per la trasparenza e integrità, (All. A), a cui si rinvia.

Viene adottato il Codice di comportamento del personale della Giunta della Regione Lombardia, (All. B), a cui si rinvia

Si procedere alla comunicazione dell'adozione del Piano approvato al Dipartimento della Funzione Pubblica e se ne assicura la pubblicizzazione secondo le modalità stabilite dal Piano Nazionale Anticorruzione, disponendo, altresì, anche la pubblicazione sul BURL.

PUGLIA

DGR 23.12.13, n. 2509 - Presa d'atto del programma triennale della trasparenza e integrità e del Codice di comportamento dei dipendenti della Regione Puglia. Pubblicazione sul sito istituzionale per la consultazione aperta ai fini della adozione. (BUR n. 12 del 29.1.14)

Note

Viene preso ere atto del Programma triennale della trasparenza e integrità di cui al combinato disposto dell'art. 10 del d.lgs. n. 33/2013 e del Codice di comportamento dei dipendenti della Regione Puglia in attuazione del comma 2 dell'art.1 del d.P.R.62/2013 e dell'art. 54 co.5 del d.lgs. 165/2001 e s.m.i. allegati alla presente deliberazione quali parti integranti.

Si procederà all'inoltro all'OIV del Codice di Comportamento al termine della fase di consultazione aperta e ad avvenuta definitiva stesura e adozione dello stesso per l'acquisizione del previsto parere obbligatorio ai sensi del comma 5 dell'art. 54 del d.lgs. 165/2001 e s.m.i.

TOSCANA

DGR 20.1.14, n. 40 - Approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione anni 2014-2016 della Giunta regionale Toscana.

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", art. 1, in particolare commi 5, 8 e 60, ai sensi dei quali l'organo di indirizzo politico, su proposta del responsabile della prevenzione della corruzione individuato ai sensi del comma 7 dell'art. 1 della legge stessa, entro il 31 gennaio di ogni anno, adotta il piano triennale di prevenzione della corruzione, curandone la trasmissione al Dipartimento della funzione pubblica.

D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

D.lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190", attuativi della legge 190/2012.

Commi 60 e 61 del citato art. 1 della legge 190/2012 che rinviano ad apposite intese in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8, comma 1, del d.lgs. 281/1997 la definizione degli adempimenti, con indicazione dei relativi termini, delle regioni, delle province autonome di Trento e Bolzano e degli enti locali, nonché degli enti pubblici e dei soggetti di diritto privato sottoposti al loro controllo, volti all'attuazione delle disposizioni ivi contenute e di quelle dettate dai decreti legislativi previsti dalla medesima.

Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 del Dipartimento della funzione pubblica, recante "Legge n. 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

Circolare n. 2 del 19 luglio 2013 del Dipartimento della funzione pubblica, recante "D.lgs. 33 del 2013 – Attuazione della trasparenza".

Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali per l'attuazione dei richiamati commi 60 e 61 dell'art. 1 della L. 190/2012, sancita il 24 luglio 2013.;

DGR n. 72 dell'11 settembre 2013 recante il Piano Nazionale Anticorruzione, approvata dalla CiVIT, divenuta Autorità Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (ANAC), a seguito dell'art. 5 del decreto legge del 31 agosto 2013, n. 101 convertito in legge 30 ottobre 2013, n. 125.

LA RICADUTA SULLA REGIONE

In relazione alle indicazioni fornite nel suddetto Piano Nazionale Anticorruzione per la redazione e la diffusione del piano triennale di prevenzione della corruzione è disposto che l'adozione del piano triennale di prevenzione della corruzione ed i suoi aggiornamenti devono essere adeguatamente pubblicizzati sul sito internet ed intranet, nonché mediante segnalazione via mail personale a ciascun dipendente e collaboratore, agendo analogamente in occasione della prima assunzione in servizio dei dipendenti.

La DGR n. 842 del 14 ottobre 2013, rec l'individuazione del responsabile della prevenzione della corruzione ai sensi dell' articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, che lo designa nell'Avv. Claudio Martini, attuale dirigente responsabile dell'area di coordinamento "Organizzazione.

Personale. Sistemi informativi" afferente alla Direzione Generale Organizzazione.

Viene approvato il piano triennale di prevenzione della corruzione anni 2014-2016 della Giunta regionale toscana, allegato A.

Viene approvato l'allegato B, contenente "Scheda di rilevazione dei processi amministrativi" e l'allegato C, recante "Rilevazione ai fini del Piano triennale per la prevenzione della corruzione", parti integranti e sostanziali del presente atto e del relativo Piano triennale di prevenzione della corruzione.

GLI IMPEGNI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

* Deve trasmettere al Dipartimento della funzione pubblica copia del piano triennale di prevenzione della corruzione anni 2014-2016 e relativi allegati entro 30 giorni dalla relativa approvazione da parte della Giunta.

* Ferma restando la facoltà di agire direttamente, si avvalga, per lo svolgimento dei compiti e delle funzioni previste nel piano triennale di prevenzione della corruzione del supporto tecnico del Settore "Comunicazione organizzativa e tutela della privacy", già competente in materia di trasparenza, al fine di assicurare l'attuazione e il monitoraggio degli adempimenti previsti dal Piano triennale di prevenzione della corruzione anni 2014-2016 della Giunta regionale toscana, allegato A della presente delibera e, più in generale, l'esame dell'intera attività amministrativa regionale ai fini dell'adozione dei conseguenti provvedimenti, anche di natura sanzionatoria, da parte dei soggetti competenti.

NB

Tutti i dirigenti della struttura operativa della Giunta regionale sono tenuti ad osservare e attuare quanto previsto dal Piano triennale di prevenzione della corruzione anni 2014-2016, allegato A.

SEGUONO ALLEGATI

| |
|----------------|
| ANZIANI |
|----------------|

PUGLIA

DGR 17.12.13, n. 2473 - Piano di riparto contributi alle Università regionali della terza età per l'a.a. 2013/2014. Approvazione ai sensi dell'art. 8 della L.R. n. 14/2002. (BUR n. 11 del 28.1.14)

Note

PREMESSA

L'art. 1 della L.R. n. 14 del 26/07/2002 ("Interventi a sostegno delle attività svolte dalle università popolari e della terza età") e l'art. 2 del Regolamento Regionale n. 8 del 25/11/2004

("Regolamento per la concessione di contributi a sostegno delle attività svolte dalle Università Popolari e della Terza Età in attuazione della Legge Regionale 26 luglio 2002, n. 14") stabiliscono che la Regione Puglia riconosce alle Università popolari e della terza età, comunque denominate, un ruolo di particolare rilevanza per la più ampia diffusione della cultura e della tradizione, per il pieno sviluppo della personalità dei cittadini pugliesi adulti e anziani, per il loro inserimento nella vita socio-culturale delle comunità in cui risiedono, favorendone l'interazione intergenerazionale e ogni forma di espressione e socializzazione.

Ai sensi dell'art. 2 della L.R. n. 14/2002 e dell'art. 5 del Reg.to Reg.le n. 8/2004, per l'organizzazione e lo sviluppo della propria attività le Università popolari e della terza età possono ricevere, tra gli altri, anche contributi finanziari;

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato il piano di riparto dei contributi alle Università popolari e della terza età per l'a.a. 2013/2014, allegato "A" alla presente deliberazione, ai sensi dell'art. 8 della L.R. n. 14/2002.

NB

La liquidazione dei contributi concessi avverrà compatibilmente con il programma dei pagamenti della Regione Puglia, osservate le regole di finanza pubblica correlate alle norme in materia di patto di stabilità, fermo restando quanto previsto agli artt. 13 e 14 del Reg.to Reg.le n.8/2004

ASSISTENZA PENITENZIARIA

LAZIO

DD 29.1.14, n. G00754 – Liquidazione a favore delle Aziende Sanitarie Locali del Lazio, dove sono ubicate le strutture penitenziarie, della cifra pari ad € 17.543.570,00 quali risorse destinate al finanziamento della sanità penitenziaria (F.S.S.N 2013) impegnata sul creditore 145642 "GSA - GESTIONE SANITARIA ACCENTRATA" come da determinazione G06179 del 24 dicembre 2013. (BUR n. 11 del 6.2.14)

Note

L'art. 2, comma 283 della legge del 24 dicembre 2007, n. 244 (finanziaria 2008) definisce il trasferimento delle funzioni sanitarie in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al servizio sanitario nazionale e s.m.i..

Il DPCM 1 aprile 2008, concerne "*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*";

Si procede alla ripartizione dell'importo pari ad € 17.543.570,00, per n.7.076 detenuti quali risorse destinate al finanziamento della sanità penitenziaria per l'anno 2013, tra le Aziende sanitarie locali dove sono ubicate le strutture penitenziarie secondo il seguente criterio: per il 90% sulla base del peso percentuale del numero dei detenuti e 10% sulla base del peso percentuale del numero degli Istituti Penitenziari con numero inferiore a 200 posti.

BILANCIO

SICILIA

L.R. 28.1.14, n. 5 - Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2014. Legge di stabilità regionale.

L.R. 28.1.14, n. 6 - Bilancio di previsione della Regione siciliana per l'anno finanziario 2014 e bilancio pluriennale per il triennio 2014-2016

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA – ISEE

FRIULI V.G.

DGR 24.1.14, n. 92 - LR 3/1998, art. 16, comma 48 bis. Assegni di studio per il trasporto scolastico e l'acquisto libri di testo: determinazione del limite massimo e delle fasce dell'Isee rilevanti ai fini dell'accessibilità al beneficio e dell'applicazione dell'ordine di priorità. (BUR n. 6 del 5.2.14)

Note

PREMESSA

L'articolo 16, commi da 47 a 48 bis, della legge regionale 12 febbraio 1998, n. 3 (Legge finanziaria 1998) e successive integrazioni e modificazioni, reca disposizioni per la concessione di assegni di studio per il trasporto scolastico e l'acquisto libri di testo da parte dei nuclei familiari che comprendono al proprio interno studenti iscritti alla scuola secondaria superiore.

I commi 48 e 48 bis della succitata legge stabiliscono che gli assegni di studio vengono erogati tenendo conto della condizione economica familiare del beneficiario, valutata sulla base

dell'indicatore di situazione economica equivalente (valore ISEE) e la Giunta regionale con propria delibera determina annualmente:

- a) il limite massimo dell'ISEE ai fini dell'ammissibilità al beneficio;
- b) le fasce dell'ISEE da considerarsi ai fini dell'applicazione dell'ordine di priorità determinate ai fini dell'erogazione del contributo.

LA DISPOSIZIONE

Viene determinato in euro 30.000,00 il valore massimo di ISEE ai fini dell'accesso ai contributi previsti dalla medesima legge regionale a valere per l'anno scolastico 2013/2014;

2. Le fasce dell'ISEE da considerarsi ai fini dell'applicazione dell'ordine di priorità di cui al medesimo articolo 16, commi da 47 a 48, della LR 3/1998 sono le seguenti:

| Fascia | Valore ISEE minimo | Valore ISEE Massimo |
|----------------|--------------------|---------------------|
| Prima fascia | Euro 0,00 | Euro 15.000,00 |
| Seconda fascia | Euro 15.000,01 | Euro 20.000,00 |
| Terza fascia | Euro 20.000, 01 | Euro 30.000,00 |

DIPENDENZE

LIGURIA

DGR 27.12.13, n. 1718 - Albo Regionale degli enti e delle Associazioni di fatto e di volontariato che gestiscono strutture finalizzate alla riabilitazione o al reinserimento dei tossicodipendenti. (BUR n. 5 del 29.1.14)

Note

L'art. 116 del D.P.R. 9/10/1990 n. 309 prevede che le Regioni istituiscano un Albo degli Enti Ausiliari che gestiscono, senza fini di lucro, strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

Lo schema di atto di intesa tra Stato e Regioni, contiene i criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli Enti Ausiliari all'Albo Regionale, approvato dalla Conferenza Stato e Regioni nella seduta del 9/2/1993.

Con l'art. 8 della L.R. n. 14 del 12/3/1984 e successive modificazioni ed integrazioni, il quale è

stato istituito l'Albo Regionale degli Enti e delle Associazioni di fatto e di volontariato anche operanti su base cooperativa nella produzione di beni e servizi che, costituiti senza scopo di lucro, gestiscono strutture finalizzate alla riabilitazione o al reinserimento dei tossicodipendenti;

A seguito di apposita procedura viene rilevato che la fase istruttoria si è conclusa,

Viene preso atto che le comunità terapeutiche che operano per la riabilitazione ed il reinserimento sociale nel campo delle tossicodipendenze non sono più tenute a richiedere l'iscrizione delle proprie sedi operative all'Albo Regionale di cui all'art. 8 della L.R. n. 14 del 12/3/1984;

L'Albo Regionale di cui all'art. 8 della L.R. n. 14 del 12/3/1984 è da ritenersi superato.

I singoli soggetti rispettivamente iscritti nell'Albo regionale di cui alla legge regionale 14/1984 e nel Registro regionale dei soggetti privati che svolgono attività nel settore sociale, di cui alla legge regionale 12/2006, potranno essere iscritti nella specifica sezione del Registro regionale dei soggetti del Terzo Settore di cui alla legge regionale 42/2012, qualora in possesso dei relativi prescritti requisiti e previa presentazione alla competente struttura regionale di formale istanza corredata dalla prescritta documentazione.

LOMBARDIA

DGR 30.1.14 - n. X/1314 - Approvazione del Programma 2014 per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco patologico BUR n. 6 del 7.2.14)

Note

Viene approvato il denominato «*Programma dell'anno 2014 per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza del gioco patologico*», di cui all'Allegato A).

Sono rinviati a successivi provvedimenti delle Direzioni Generali interessate la declinazione operativa, il coordinamento ed il monitoraggio delle diverse azioni, nonché l'individuazione delle risorse necessarie per dare piena attuazione al suddetto Programma 2014, sulla base delle disponibilità di bilancio regionale, precisando che le attività di prevenzione, conoscenza, informazione e presa in carico delle persone e delle loro famiglie verranno assicurate attraverso un'azione congiunta da parte della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato e della Direzione Generale Salute.

PROGRAMMA PER IL CONTRASTO, LA PREVENZIONE E LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DELLA DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO 1 Allegato A) **PROGRAMMA PER IL CONTRASTO, LA PREVENZIONE E LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DELLA DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO**

AZIONE 1 Art.4 c.1 k)

Il Programma per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) si sviluppa su più obiettivi e prevede, pertanto, il coinvolgimento di molte Direzioni Generali di Regione Lombardia, il coordinamento con gli Enti Locali, titolari di molti aspetti previsti dalla legge regionale 21 Ottobre 2013, n. 8, il supporto offerto dal Terzo Settore e dalla società civile in generale (associazionismo, associazioni consumatori, associazioni di categoria, esercenti, scuole, ecc.).

Si sta istituendo un apposito **Gruppo di Lavoro**, in capo alla DG Presidenza, composto dalle Direzioni Generali competenti sulla materia, da associazioni di categoria, associazioni di impresa, ANCI, associazioni di volontariato che si occupano di contrasto al GAP, e rappresentanti delle ASL. Il gruppo di lavoro elabora le proposte e le priorità di intervento per l'anno 2014, che vengono di seguito declinate, suddivise in macroazioni, a cui corrispondono gli specifici adempimenti previsti, e il riferimento degli articoli di legge interessati. E' evidente che molte aree di intervento sono contigue e spesso sinergiche rispetto alle misure previste dalla legge regionale, tali da richiedere sia un coordinamento centrale, sia un coordinamento territoriale. Un primo punto di rilievo è rappresentato, naturalmente, dalle attività di prevenzione.

PREVENIRE IL RISCHIO DI DIPENDENZA DA GAP

Le attività di prevenzione, condotte su diversi livelli, si collocano in larga misura all'interno del Piano d'Azione Regionale Dipendenze (d.g.r. 4225/ 2012), dove già sono citate obiettivi e linee di intervento specifiche, in riferimento anche alle "Linee guida regionali per la prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale" (d.g.r. 6219/2007) e le "Linee guida regionali per la prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione generale" (d.g.r. 10158/ 2009), in cui viene posta una particolare attenzione alle fasce di popolazione più giovani e più deboli. Interventi di prevenzione "a tutto tondo" vengono sviluppate tramite il Programma "Life Skills Training", attuato nelle Scuole Secondarie di primo grado, la cui strategia prevede un rinforzo delle competenze personali, tale da evitare, o almeno posporre, comportamenti di dipendenza.

AZIONE 2 Art.4 c.1 a) AZIONE 3 Art.4 c.1 c) AZIONE4 Art.4 c.1 i)

Ai sensi della circolare regionale n. 1/ 2014 della D.G. Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato (DG Famiglia SSV), attuativa di quanto previsto dalla d.g.r. 856/ 2013, le ASL presentano, entro il 31 Gennaio 2014, il **Piano programma locale delle attività di prevenzione e informazione**, in accordo tra ASL e Conferenza dei Sindaci.

La dgr citata, oltre a dare indicazioni mirate, mette a disposizione 1 milione di euro per l'attuazione di questa misura. Il Piano programma locale si svilupperà attraverso interventi di prevenzione specifici, da realizzarsi in contesti scolastici, nel mondo del lavoro e presso gli ambiti di aggregazione e in collaborazione con l'Ente locale, centri di aggregazione giovanili, ecc. Il coordinamento complessivo di questa area avverrà tramite il Tavolo Tecnico Regionale della Prevenzione, coordinato dalla DG Famiglia SSV, già attivo da diversi anni sul tema della

prevenzione di tutte le forme di dipendenza, in coerenza con le azioni previste all'interno del presente documento.

CONOSCERE E MONITORARE LE DIMENSIONI DEL FENOMENO

Nei primi mesi del 2014 verrà istituito formalmente (ex d.g.r. 1185/ 2013) il **Tavolo Tecnico Regionale degli Osservatori locali sulle Dipendenze (TTRO)**, già attivo da alcuni anni, a supporto della DG Famiglia SSV. Compito del TTRO sarà quello di produrre uno specifico report sull'andamento del fenomeno dipendenze, con un particolare riguardo al GAP, dipendenza priva di sostanza , ma ugualmente devastante e in rapida evoluzione. Il Tavolo – presieduto dal DG Famiglia SSV - risulta composto dai rappresentanti delle 15 ASL – Dipartimenti delle Dipendenze, da due funzionare regionali -e da un rappresentante di Eupolis, organismo al cui interno sono stati collocati tutti gli Osservatori Regionali, tra cui l'Osservatorio Regionale Dipendenze (ORed). Il TTRO avrà anche il mandato di individuare gli appositi “tracciati record” per poter adempiere, anche dal punto di vista informatico, alla predisposizione di un rapporto informativo. La **collaborazione con l'Osservatorio Nazionale** del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri – già in atto – consentirà un proficuo scambio di informazioni, anche al fine di una valutazione e di una comparazione dell'andamento del fenomeno su scala nazionale.

INFORMARE SUL RISCHIO DI DIPENDENZA DA GAP La legge regionale prevede, nello specifico, di attuare opera di informazione sia sulla popolazione generale, sia su specifici settori quali, ad esempio, gli esercenti, gli operatori sociali, sociosanitari e sanitari, la polizia locale, le associazioni di consumatori, ecc.

AZIONE 5 Art.4 c.1 e) AZIONE 6 Art.4 c.9

In generale diviene evidente come dovranno essere utilizzati “formati” diversi a seconda del settore di popolazione individuato, così come la comunicazione dovrà basarsi in larga misura sulla “persuasione morale”, oltre che su contenuti oggettivi e corretti, anche (ma non esclusivamente) dal punto di vista scientifico. Il primo passaggio relativo alle attività di informazione avverrà nel Gruppo di Lavoro regionale, al cui interno sono previsti anche i rappresentanti d'impresa , di associazioni che già operano per il contrasto al GAP, dell'ANCI , ecc., in modo da definire modalità di contatto e contenuti, che dovranno essere trasmessi in modo semplice, alla portata di tutti. Il supporto operativo verrà garantito anche tramite le ASL: la già citata dgr 856/ 2013 e la relativa circolare 1/2014 prevede l'**attuazione di: 1. interventi di sensibilizzazione rivolti alla generalità della popolazione 2. attività informative rivolte a target selezionati relative ai trattamenti di cura esistenti 3. attività formative / informative rivolte a esercenti, associazioni di consumatori e utenti, polizia locale, sportelli welfare, operatori dei servizi.**

Le ASL, recepite le indicazioni regionali, collaboreranno con la rete locale e avranno il contributo degli Enti locali, Enti e associazioni, sia per la raccolta di materiale informativo già esistente, sia per definire le modalità di distribuzione. Per quanto riguarda, in particolare, gli operatori sociali, sociosanitari e sanitari la DG FSSV, in collaborazione con la DG Presidenza – Comunicazione e la DG IFL valuteranno il materiale più idoneo ad una distribuzione diffusa e di base. Entro il mese di Febbraio verrà approvato, da parte della DG Famiglia SSV, il calendario delle attività da sviluppare a livello regionale e delle specifiche attività da realizzare a livello territoriale. Particolare attenzione verrà data alla valorizzazione del ruolo dei Medici di Medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche attraverso specifiche modalità di coinvolgimento e formazione. Per quanto attiene il dettato della l.r. 8/ 2013 che prevede misure per la autoregolamentazione degli spazi pubblicitari tramite accordo con gli Enti del trasporto pubblico locale e regionale, si prevederà di poter **ottenere spazi pubblicitari** a costo calmierato in cui utilizzare il materiale informativo regionale. Le DG coinvolte in questa azione sono la DG Infrastrutture e la DG Commercio TT. Compito delle ASL – anche tramite i Dipartimenti delle Dipendenze – sarà la **realizzazione e la distribuzione di materiale informativo sui rischi correlati al GAP e sulle possibilità di cura**, da utilizzare nell'ambito sociosanitario, offrendo anche informazioni sui servizi di assistenza specialistica presenti sul territorio che saranno diffuse anche tramite il call center regionale 800.318.318 citato nella successiva azione 11.. Per quanto attiene l'**informazione e la divulgazione agli esercenti** che già hanno slot machines, ma anche di altre categorie di commercianti, diviene fondamentale il rapporto collaborativo con le associazioni di categoria

(anche in considerazione dell'evidente conflitto di interessi) in moda da definire un Patto / Programma di collaborazione in tal senso (DG Commercio TT), da attuare nella seconda parte dell'anno. Un primo **documento informativo dedicato alle Polizie Locali** è già stato predisposto dalla DG Sicurezza PI e verrà successivamente integrato con le altre previsioni normative già definite o in via di definizione ("Determinazione della distanza dai luoghi sensibili per la nuova collocazione di apparecchi per il gioco d'azzardo lecito" – "Regolamento per l'accesso alle aree dedicate all'installazione di apparecchi per il gioco d'azzardo lecito, e ai locali destinati a sale da gioco d'azzardo lecito", ecc.) Non ultimo, va ricordata l'importanza di voler **predisporre un marchio regionale "NO SLOT"**. Poter attuare campagne informative connotate da un identico logo regionale conferisce identità e forza agli interventi informativi / preventivi. Lo stesso marchio verrà utilizzato per rappresentare i gestori di locali che decidessero di rinunciare alle slot machines e, comunque, per ogni iniziativa regionale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico. Per un maggiore impatto delle azioni di contrasto si sta valutando la possibilità di definire un codice etico di autoregolamentazione per gli esercenti che hanno già i dispositivi per il gioco d'azzardo nei loro locali. Relativamente alla definizione del marchio "NO SLOT", la previsione attuale è quella di attivare un concorso aperto a tutti. Si otterrebbe, in tal modo, una più ampia attenzione al tema in grado di ampliare la diffusione di messaggi e la conoscenza delle azioni attivate, con il relativo ritorno positivo sia in termini di comunicazione che di immagine regionale. Le DG interessate in questa azione sono la DG Presidenza – Comunicazione, la DG Territorio UD e la DG Istruzione FL.

SOSTENERE LE PERSONE CON UN PROBLEMA DI GAP E LE LORO FAMIGLIE **AZIONE11 Art.4 c.1 d) AZIONE12 Art.6 c.2**

FACILITARE L'ACCESSO AI SERVIZI

Per facilitare l'accesso ai servizi di cura verrà utilizzato **anche il numero verde del call center regionale 800.318.318**. Obiettivo del call center non sarà tanto quello di offrire un intervento specialistico (che, peraltro, viene già offerto da alcune associazioni per via telefonica / online), quanto di indirizzare ai servizi / associazioni esistenti sul territorio, dove potrà avvenire il contatto diretto ed una eventuale presa in carico. La DG Presidenza – Comunicazione e la DG Famiglia SSV collaboreranno, secondo competenza, per l'attivazione del servizio, anche tramite un censimento di tutti i servizi e delle associazioni che si occupano di una presa in carico diretta dei soggetti con dipendenza da GAP e dei loro famigliari.

PRENDERE IN CARICO LA PERSONA E LA FAMIGLIA

I Dipartimenti delle Dipendenze delle 15 ASL lombarde hanno al loro interno servizi ambulatoriali (SerT e SMI) con unità operative dedicate, in cui avviene una presa in carico complessiva e professionale sia del paziente che dei suoi famigliari. La presa in carico prevede una prima valutazione del bisogno, una diagnosi, un Piano di intervento individualizzato, l'attuazione del medesimo e una serie di azioni che conducano (ove possibile) ad un recupero completo. Questo mandato istituzionale è stato facilitato dalla misura 5 "Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico" della circolare attuativa della dgr 856/ 2013 che prevede **l'erogazione di un voucher** utilizzabile nei servizi ambulatoriali accreditati per le Dipendenze. L'attività svolta verrà attentamente monitorata tramite un sistema di monitoraggio dei voucher erogati e della tipologia degli interventi specialistici erogati, allo scopo di una maggiore conoscenza dell'esistente e di una più mirata programmazione regionale. *SUPPORTO ALLA PERSONA*

In regione Lombardia sono numerose le associazioni di volontariato / auto mutuo aiuto che si occupano di GAP. Alcune di queste offrono, oltre ad un supporto ed un sostegno, una vera e propria presa in carico. La dgr 3239/ 2012 (DG FSSV) in previsione di una possibile riorganizzazione / innovazione dell'intervento di contrasto alle dipendenze, ha previsto dei progetti sperimentali. Nell'area "Nuove forme di abuso" la maggioranza dei progetti presentati (e approvati) era dedicata al GAP, con un finanziamento di oltre 900.000 € per 13 progetti regionali. Le sperimentazioni citate termineranno il 31. Gennaio 2014 e verrà valutata la possibilità di messa a sistema, anche alla luce di specifici indicatori orientati alla verifica di qualità e di innovazione

OFFRIRE UNA FORMAZIONE ADEGUATA A OPERATORI DEI SERVIZI E ESERCENTI

La legge regionale prevede **corsi di formazione obbligatoria per i gestori dei locali** dove sono installate le apparecchiature per il gioco d'azzardo. Al fine di rendere più agevole la partecipazione ai suddetti corsi, diviene indispensabile un raccordo tra le Direzioni Generali interessate e le associazioni di categoria per cercare soluzioni che non penalizzino eccessivamente - in termini orari o di costi - i gestori. Deve essere anche considerata una articolazione tale da poter soddisfare l'elevato numero di gestori presente in regione Lombardia. In linea preliminare andranno studiate soluzioni diverse, ad esempio potrebbero essere proposti corsi differenziati per i nuovi gestori rispetto a quelli già abilitati all'esercizio, piuttosto che l'inserimento di un "modulo GAP" nella formazione obbligatoria dei nuovi gestori. Le DG interessate sono la DG Istruzione FL, la DG Commercio TT, con la collaborazione della DG Famiglia SSV e di Eupolis. Si ricorda che la misura 5 già citata (circolare n. 1 / 2014) prevede espressamente attività formative / informative rivolte ad esercenti associazioni di consumatori e utenti, polizia locale, sportelli Welfare, operatori sociali, sociosanitari e sanitari.

FAVORIRE I GESTORI CHE NON DETENGONO APPARECCHI PER IL GIOCO D'AZZARDO

L'art.4, c.5 della legge regionale **prevede una riduzione dell'aliquota IRAP** (ridotta allo 0,92 per cento) per gli esercizi che provvedono volontariamente alla completa disinstallazione degli apparecchi da gioco. In tale direttiva si colloca la specifica proposta di delibera di giunta "Modalità applicative per la fruizione dell'agevolazione fiscale prevista dell'art. 4 comma 8 della l.r. 21 ottobre 2013, n. 8 ("Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico"). Regime d'aiuto prescelto. Comunicazione relativa alla compilazione della dichiarazione IRAP" già predisposta da parte della DG Gestione e Programmazione finanziaria.

FAVORIRE I CONTROLLI E REGOLAMENTARE L'ACCESSO

La legge regionale prevede 1. un **regolamento per l'accesso** alle aree dedicate all'installazione degli apparecchi per il gioco d'azzardo e ai locali destinati a sala gioco d'azzardo 2. il **controllo igienico sanitario** delle strutture in cui sono installate apparecchiature per il gioco d'azzardo.

La DG Commercio TT fornirà specifiche direttive, così come La DG Salute le fornirà alle ASL – Dipartimenti di Prevenzione medica, in coerenza con le linee di indirizzo regionali per le attività di vigilanza e controllo. La dgr 1274/14 (DG Territorio UD) ha già **definito le distanze minime** tra luoghi sensibili (scuole, luoghi di aggregazione giovanile, impianti sportivi, ecc.) e locali dotati di apparecchiature per il gioco d'azzardo, con le relative disposizioni applicative.

EDILIZIA

MOLISE

DGR 20.12.13, n. 696 - Art. 11 della Legge 9 dicembre 1998 n° 431 – Fondo Sociale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazioni. Impegno ed assegnazione fondi. Anno 2012.

FAMIGLIA

EMILIA-ROMAGNA

DGR 27.1.14, n. 67 . Avviso per la presentazione di candidature per l'erogazione dell'assegno di servizio di carattere conciliativo rivolto alle famiglie dell'Emilia-Romagna per la frequenza ai nidi d'infanzia - Anno educativo 2014-2015. (BUR n. 26 del 28.1.14)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

L.R. n. 12 del 30 giugno 2003 "Norme per l'uguaglianza delle opportunità di accesso al sapere, per ognuno e per tutto l'arco della vita, attraverso il rafforzamento dell'istruzione e della formazione professionale anche in integrazione tra loro" e s.m., ed in particolare l'art. 13 "Finanziamento dei soggetti e delle attività".

L.R. n. 17 del 1 agosto 2005, "Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del Lavoro" ed in particolare gli articoli 10 e 14 che in funzione della conciliazione tra tempi di lavoro e di cura prevedono l'erogazione di assegni di servizio volti a favorire l'accesso e la permanenza nel mercato del lavoro, nonché la progressione di carriera, di persone a rischio di esclusione per carichi di cura".

La decisione di approvazione C(2007)5327 del 26/10/2007 del “Programma Operativo regionale per il Fondo Sociale Europeo 2007/2013 - Ob. 2 Competitività e Occupazione” da parte della Commissione Europea.

Deliberazione dell’Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna n. 38/2011 “Linee di programmazione e indirizzi per il sistema formativo e per il lavoro 2011/2013 (Proposta della Giunta regionale in data 7 marzo 2011, n. 296)”.

L.R. n. 1 del 10 gennaio 2000, “Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia” e ss.mm.

L.R. n. 2 del 12 marzo 2003 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” e ss.mm.

Deliberazione dell’Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna n. 175/2008 “Piano sociale e sanitario 2008-2010” e la deliberazione dell’Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna n. 117/2013 “Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013-2014” di proroga della validità del Piano per gli anni 2013 e 2014;

Deliberazioni:

- n. 1681/2007 recante “POR FSE Emilia-Romagna obiettivo 2 “Competitività regionale ed occupazione” 2007-2013 - Presa d’atto della decisione di approvazione della Commissione Europea ed individuazione dell’Autorità di Gestione e delle relative funzioni e degli Organismi Intermedi”;

- n. 532/2011 “Accordo fra Regione e Province dell’Emilia-Romagna per il coordinamento della programmazione 2011/2013 per il sistema formativo e per il lavoro (L.R. 12/2003 e s.m.- L.R. 17/2005)”;

- n. 105/2010 “Revisione alle Disposizioni in merito alla programmazione, gestione e controllo delle attività formative e delle politiche attive del lavoro, di cui alla deliberazione della Giunta regionale 11/02/2008 n. 140 e aggiornamento degli standard formativi di cui alla deliberazione della Giunta regionale 14/02/2005 n. 265” e s.i.;

- n. 1738/2008 recante “Approvazione delle “Linee guida progettuali per la realizzazione di un intervento pubblico cofinanziato con le risorse del FSE per l’erogazione di assegni di carattere conciliativo rivolti alle famiglie”;

Determinazione dirigenziale n. 1985/2011 “Modifiche al Disciplinare informativo per la gestione e il controllo dell’erogazione dei voucher di carattere conciliativo approvato con determinazione n. 4874/2009”

L’AZIONE SVOLTA

In forza della procedura avviata e supportata dalla normativa e dagli atti amministrativi sopra evidenziati, si è data attuazione all’intervento pubblico cofinanziato con le risorse del Fondo sociale europeo per l’erogazione per gli anni educativi 2009/2010, 2010/2011, 2011/2012, 2012/2013 e 2013/2014 di assegni di servizio di carattere conciliativo rivolti alle famiglie dell’Emilia-Romagna, nell’ambito di quanto previsto dalla succitata deliberazione n. 1738/2008 sulle Linee guida

LA CONTINUITÀ DELL’INTERVENTO

Al fine di assicurare la continuità di attuazione dell’intervento; viene emanato l’Avviso per la presentazione delle candidature da parte degli Enti referenti ai fini dell’erogazione dell’assegno di servizio di carattere conciliativo rivolto alle famiglie dell’Emilia-Romagna per la frequenza dei nidi d’infanzia nell’anno educativo 2014-2015.

L’esame delle candidature che perverranno in base all’Avviso sarà effettuato dal Nucleo di validazione nominato con atto del Direttore Generale Cultura, Formazione e Lavoro n. 15234/2011, le cui attività verranno svolte anche per l’anno educativo 2014/2015;

VENETO

DGR 30.12.13, N. 2898 - Approvazione di una sperimentazione in materia di reti famigliari, finalizzata alla protezione del minore attraverso il sostegno alla famiglia. finanziamento della seconda annualità dei progetti pilota presentati dal comune di selvazzano dentro e dall’azienda ulss 8 di Asolo. (BUR n. 16 del 7.2.14)

Note

PREMESSA

Con DGR 1626 del 31 luglio 2012 la Giunta regionale ha approvato il bando per gli interventi a favore di organismi che promuovono l'attività non lucrativa di utilità sociale, di solidarietà e di volontariato, individuando criteri e modalità per l'accesso ai contributi, ex art. 12 L.241/90.

Fra le aree tematiche previste, l'area 4 riguardava la famiglia in rete come ambito di tutela del minore in quanto nel nostro sistema di *welfare* la famiglia è sempre stata considerata l'istituzione fondamentale nei rapporti di cura verso le persone fragili. In particolare per il minore, il nucleo familiare rappresenta l'ambito di maggiore garanzia per una crescita psico - fisica sana ed armonica.

La stessa famiglia ha permesso alla Regione Veneto di essere all'avanguardia nel processo di deistituzionalizzazione a favore dei casi di palese disagio minorile sorto entro la famiglia di origine, offrendo il nucleo accogliente di una famiglia affidataria. Una famiglia, quindi, attenta al suo interno ai compiti di cura ma anche in grado di rispondere ai bisogni della comunità.

Con Decreto Dirigenziale n. 388/2012, in attuazione della DGR 1626/2012, sono state finanziate due progettualità, con un importo pari a Euro 40.000 ciascuna, particolarmente rispondenti alla visione regionale in materia di famiglia.

L'Azienda Ulss 8, già dal 2008 aveva sperimentato una progettualità conforme alle indicazioni regionali del bando 2012, denominata "Reti di famiglie", nell'ottica di un *welfare community* cioè di andar oltre la capacità di singola risposta in termini di servizi, per una cultura integrata (Ulss, enti locali, soggetti del terzo settore) attenta alla famiglia e ai suoi bisogni.

Tale progettualità è stata inserita nei piani di zona 2011-2015 e approvata dalla Conferenza dei Sindaci con delibera 1435 del 17.12.2010 e consiste nel valorizzare la famiglia, sostenendo la permanenza del minore al suo interno, e la comunità locale, quale risorsa primaria nell'affrontare e risolvere i casi di disagio minorile.

Il Comune di Selvazzano Dentro, a partire da una prassi consolidata di coordinamento delle politiche per la famiglia, l'infanzia e l'adolescenza, iniziata nel 1997 da parte degli otto Comuni afferenti al distretto socio-sanitario n. 4 dell'Ulss 16, attraverso il progetto "Famiglie al centro", ha sperimentato servizi e modalità innovative a favore delle famiglie del territorio attraverso azioni di sussidiarietà orizzontale, utilizzando la metodologia dello sviluppo di comunità.

Lo scopo del progetto è il sostegno della genitorialità, sia attraverso la relazione interpersonale genitori/figli o tra il bambino accolto e la sua famiglia, sia attraverso la cura delle relazioni con i diversi ambienti in cui si svolge la vita delle persone.

L'estensione delle attività progettuali al territorio regionale viene considerata come attuazione delle linee di intervento previste dal Decreto interministeriale in data 26/06/2013 di riparto del Fondo Nazionale Politiche Sociali per l'anno 2013; in particolare rientra nel macrolivello "Servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari" e nell'obiettivo di servizio "centri diurni ed altri servizi territoriali comunitari".

L'ESTENSIONE DELLA SPERIMENTAZIONE

Tenuto conto del riscontro positivo sia da parte dell'utenza che delle amministrazioni locali coinvolte sinora nelle aree di Treviso e Padova, viene estesa la realizzazione della sperimentazione in materia di reti familiari descritta negli **Allegati A e B**, a tutto il territorio regionale, affidando all'Azienda Ulss 8 e al Comune di Selvazzano Dentro il ruolo di capofila nei rispettivi territori di competenza.

IL FINANZIAMENTO

Allo scopo di sostenere la sperimentazione in materia di reti familiari, tipologia di intervento è disposto un finanziamento di € 400.000,00, destinando la quota di € 100.000,00 al Comune di Selvazzano Dentro e di € 300.000,00 all'Azienda Ulss 8.

LA RELAZIONE

Allo scopo di documentare lo sviluppo progettuale, adeguandolo se del caso, alle specifiche e funzionali esigenze emerse in corso d'opera entro sei mesi dall'avvio del progetto, i beneficiari dovranno inviare, entro il 30.06.2014, una relazione intermedia sullo stato di avanzamento riferita alle azioni stabilite nel progetto, sulla base della quale sarà erogato un acconto pari al 60% del contributo assegnato.

10. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

ALLEGATO A

Regione del Veneto - AZIENDA U.L.SS. N. 8 ASOLO

TITOLO DEL PROGETTO: RETI DI FAMIGLIE (SECONDA ANNUALITÀ)

PREMESSA: Il presente progetto è la continuazione e lo sviluppo del progetto finanziato dalla Regione del Veneto per la prima annualità con DGR n. 1626 del 31.7.2012 e DDR n. 388 del 13.11.2012.

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto *Famiglie in rete* dell'Ulss n.8 si è oramai consolidato nel territorio, esso nasceva intorno ad una sfida a cui siamo riusciti a dare molteplici risposte: la comunità locale se sensibilizzata con le giuste premesse epistemologiche si attiva per dare risposte prossimali ai bisogni delle famiglie in difficoltà o che hanno iniziato una deriva verso un processo di marginalizzazione.

Aver puntato sulla comunità locale intesa come un sistema multifamiliare al cui interno tutti i membri interagiscono per affrontare insieme i problemi comuni, soprattutto quando si tratta di protezione e promozione della salute dei minori e di benessere in senso generale ha dato notevoli frutti. Più di 200 minori con le loro famiglie con una rete relazionale povera sono state accolte da altre famiglie contribuendo così non solo a prevenire il perpetuarsi di modelli educativi carenti ma ha contribuito a frenare e si spera ad arrestare quel percorso verso la marginalizzazione che lentamente, ma inesorabilmente, sposta tante famiglie dal centro della comunità locale in una deriva verso i margini dove i rapporti e le relazioni diventano rarefatti.

Questo tipo di famiglie a volte partono già da una posizione periferica della comunità, sono quelle che potrebbero sviluppare problematicità nella cura e protezione della prole e di conseguenza produrre dei "costi" umani ed economici a carico della collettività. Aver pensato alla comunità come a un sistema con una propria cognitività interna (auto poiesi), in grado quindi di adattarsi, difendersi, reagire e soprattutto modificare i meccanismi interni in funzione di quello che avviene intorno è stata la "chiave di volta" che ci ha consentito di aiutare le famiglie della comunità ad innescare percorsi di auto-cura in una reale e autentica dimensione di sussidiarietà. Il progetto *Famiglie in rete* si colloca dentro questa cornice teorica che poi si traduce operativamente nel aver messo in contatto, dopo averle sensibilizzate e formate, le famiglie che occupano un luogo centrale della comunità con le famiglie che occupano un ruolo periferico e sono state aiutate entrambi ad entrare in relazione all'interno di un processo di contaminazione positiva. I risultati confermano che il tutto è avvenuto non certamente all'interno di una dimensione pietistica ma all'interno di una dimensione paritaria il cui risultato emergente è arricchente per tutti. Questo processo di "contaminazione generativa" da un lato, ha aiutato le famiglie in difficoltà a sviluppare maggiori capacità di cura e protezione verso le nuove generazioni, dall'altro ha aiutato le famiglie della rete a superare le tappe evolutive del proprio ciclo vitale evitando un'implosione dei rapporti con il conseguente danno al processo di rinegoziazione dei legami affettivi.

Aver valorizzato una cultura della famiglia, aver accompagnato più di 300 famiglie a riscoprirsi risorsa rispetto ai propri conflitti e disagi significa che loro stesse hanno acquisito la consapevolezza che all'interno delle varie fasi del ciclo vitale cambiano i bisogni e i rapporti che la famiglia stessa tesse con la comunità locale: in alcuni momenti del ciclo vitale assorbe risorse dal mondo esterno per meglio assolvere ai compiti interni, in altri momenti può diventare patrimonio di energia e opportunità per il mondo esterno. Le famiglie delle reti vivono secondo un concetto di generatività, da intendersi non solo come il desiderio di dar origine a una nuova vita e di accudirla (generatività familiare), ma anche come la cura e l'investimento nei legami e nei rapporti sociali (generatività sociale).

I principi utilizzati nell'incontro e nel lavoro con la comunità locale sono stati:

- 1 la famiglia e la comunità sono isomorfe, ruotano infatti attorno agli stessi concetti cardine: interdipendenza, totalità, circolarità;
- 2 ogni individuo è portatore di risorse attive e attivabili (resilienza);
- 3 la comunità locale, che esprime un problema/disagio, ha anche le risorse interne per trovare le risposte;
- 4 le possibili soluzioni ad un problema/disagio dovrebbero essere il più possibile prossimali, ecologiche (vicine all'origine delle difficoltà stesse).

L'impianto epistemologico che ha sostenuto il progetto risulta a questo punto facilmente delineabile: l'approccio ecologico - sociale mette le famiglie e la comunità al centro della propria prevenzione e del proprio destino facilitando il passaggio dei soggetti da passivi ad attivi valorizzando e dando forma ai principi della sussidiarietà e dell'orizzontalità. Il modello gerarchico, al contrario, disabilita le risorse della

comunità facendo venir meno il principio solidaristico secondo cui il benessere individuale diventa benessere collettivo e viceversa.

I buoni risultati ottenuti utilizzando queste premesse epistemologiche ci consente di poter rilanciare il progetto su tre aree di lavoro fortemente integrate tra di loro.

1 L'analisi critica del progetto ci riconduce alla possibilità di sperimentare un “Laboratorio delle buone prassi” per mettere a disposizione delle altre aziende sanitarie del Veneto esperienze, materiali, formazione. L'obiettivo per il 2014 è quello di coinvolgere un minimo di altre tre aziende socio-sanitarie.

2 “Le reti di solidarietà familiare: quando una cultura accoglie un'altra cultura”. Questa area nasce dalla necessità di dover sviluppare delle progettualità che mettano le famiglie della comunità locale al centro degli interventi entrando in una logica di famiglie che accolgono altre famiglie anche se con premesse culturali diverse.

3 “Una rete di famiglie per le famiglie in difficoltà”. I dati sui “minori fuori famiglia”, pubblicati a fine 2012 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, mettono in evidenza la diffusa difficoltà di assicurare a tutti i bambini e i ragazzi la tutela del diritto di crescere in un contesto familiare. De istituzionalizzare significa offrire anche a quei bambini che sono in una situazione di grave crisi della famiglia la possibilità a poter crescere all'interno di una rete ricca di legami.

L'ottica progettuale resta quella del **welfare community**: andar oltre la capacità di singola risposta in termini di servizi, per una cultura integrata (ULSS, Enti locali, altri soggetti significativi) intorno alla famiglia e ai suoi bisogni.

AREA 1. - IL LABORATORIO DELLE BUONE PRASSI

Il tipo di progettualità si è sviluppata nell'ULSS 8 a partire dal 2008, rispettando le seguenti fasi:

1 *Formazione* di operatori e amministratori allo scopo di costruire una base epistemologica ed operativa comune (ora prosegue con iniziative di formazione continua).

2 *Pre-sensibilizzazione*: attivazione o riattivazione di contatti diretti con i soggetti "sensibili" di ogni realtà locale con la richiesta di aiutarci a ricostruirne la storia e a intercettare altre persone sensibili ai temi dell'accoglienza e della solidarietà.

3 *Sensibilizzazione*: presentazione del progetto alle persone interessate del singolo comune per un'adesione consapevole alla proposta.

1 *Percorso formativo strutturato* in maniera interattiva, nel rispetto e nella valorizzazione delle esperienze fatte dalle persone presenti (in questo senso, ogni percorso formativo è nuovo perché capitalizza l'esperienza fatta); attualmente vengono garantiti due corsi all'anno per tutte le nuove famiglie interessate a partecipare alle reti e percorsi di formazione continua per le famiglie che sono già in rete.

2 *Costituzione della singola rete e avvio di progetti di accoglienza*: la parte della cura e della manutenzione delle relazioni con le famiglie è la più complessa e gli operatori in questa fase devono essere in grado di muoversi tra una dimensione di sussidiarietà verticale ed una orizzontale. I progetti di accoglienza nel rispetto dei principi teorici prevedono: l'individuazione delle famiglie in situazione di vulnerabilità; presentazione e condivisione all'interno della rete; incontro tra famiglia accogliente, famiglia accolta e servizi territoriali comunali e dell'ULSS per la sottoscrizione dell'accordo in cui sono definiti ruoli, tempi e impegni delle parti, incontri di verifica. Le famiglie delle reti, attraverso la condivisione e la riflessione sull'esperienza di accoglienza, aumentano la loro funzione di riflessività familiare e il loro livello di appartenenza alla comunità stessa.

Esiti del progetto

A partire dal 2008 ad oggi, seguendo le fasi sopra citate, sono stati raggiunti i seguenti risultati:

1 famiglie sensibilizzate: **1.250** su 95.000 presenti nel territorio dell'Ulss 8 l'1,4%;

2 famiglie formate: **250** il 20% di quelle sensibilizzate;

3 reti di famiglie attive: **23**;

4 progetti di accoglienza: **186**;

5 famiglie in Rete **213** l'85,2% di quelle formate;

6 Famiglie attive nell'accoglienza **102** il 48% di quelle presenti nelle reti.

La seconda annualità: obiettivi futuri

1 Implementare il rapporto di collaborazione con il Centro Affidamento e Solidarietà Familiare (Casf) della nostra azienda. In particolare alcune famiglie affidatarie sono state già accolte, sostenute e accompagnate dalle famiglie delle reti. Il Casf nel nostro territorio svolge le proprie attività da quindici anni ha i propri canali di finanziamenti e non verrà finanziato con fondi del progetto.

2 Implementare il progetto “affido rinforzato” che ha permesso l'accoglienza in famiglie appositamente formate di minori con problematiche adolescenziali e situazioni complesse.

3 Implementare un percorso di auto-formazione in gruppo costituito da famiglie affidatarie e famiglie delle reti per trovare dei punti in comune e integrare il più possibile i percorsi tra queste due consolidate realtà territoriali.

4 Implementare ulteriori reti specifiche per le famiglie affidatarie.

5 Attivazione di un “Laboratorio buone prassi” Regionale.

6 Attivazione di due nuclei operativi, uno per distretto, che avranno l'obiettivo di implementare, sensibilizzare e rendere usufruibile tutte le innumerevoli risorse esistenti nella comunità che ruotano intorno alla famiglia: NOI - GFS (Nucleo Operativo Integrato - Generatività Familiare e Sociale).

Tali Nuclei denominati NOI-GFS avranno i seguenti obiettivi:

1 implementare la cultura della solidarietà sociale tra individui, famiglie e generazioni;

2 implementare la cultura della sussidiarietà e il lavoro di ecologia sociale;

3 sviluppare il lavoro di rete tra tutti i servizi formali di cura;

4 sviluppare reti di solidarietà in collaborazione con i diversi servizi nei diversi settori (anziani, disabili, dipendenze, malattie mentali ecc.).

5 sviluppare e dare continuità ad un lavoro già iniziato di collaborazione con le associazioni di stranieri

per l'attivazione di forme di auto-mutuo aiuto tra la popolazione di immigrati.

AREA 2. - LE RETI DI SOLIDARIETA' - UNA CULTURA ACCOGLIE UN'ALTRA CULTURA

Negli ultimi anni nei documenti regionali l'attenzione è stata posta sulla centralità della famiglia e i suoi bisogni nelle varie fasi del ciclo vitale. I principi con cui lavorare con la famiglia nelle sue diverse fasi fanno capo al concetto di sussidiarietà: i servizi da soli non possono dare risposta alle molteplici esigenze della famiglia nel suo crescere e divenire. Lavorare in termini di sussidiarietà significa integrare le risorse con tutte le agenzie del territorio in una dimensione di progettazione e collaborazione condivisa. L'obiettivo generale del progetto è quello di utilizzare il modello delle reti di solidarietà familiare anche per i problemi relativi alle marginalità complesse che risentono di una mancata integrazione socio-culturale.

Un Approccio Ecologico nei progetti di comunità

Il significato di ecologia negli ultimi anni ha subito numerose squalifiche al punto che comunemente oggi indichiamo con ecologia qualcosa che ha a che fare con le bottiglie o le pile da riciclare. Ciò ha fatto sì che passasse in secondo piano il reale significato ovvero il rapporto che l'uomo vive con il suo contesto vitale.

Facendo riferimento a questa definizione parliamo di approccio ecologico quando parliamo di qualità della vita dell'uomo e di promozione della comunità affinché la stessa sia in grado di assicurare all'uomo i diritti umani.

Un elemento fondamentale dell'approccio ecologico è il concetto di realtà assoluta che viene messa in crisi dall'idea che la realtà si costruisce nelle relazioni, ovvero sono le relazioni che creano l'universo esistenziale dell'individuo. Il passaggio ulteriore riguarda il concetto che “la mente dell'individuo è diffusa nei rapporti e nelle relazioni con gli altri”. Questi presupposti mettono al centro dell'esistenza i legami che gli individui creano tra di loro e con se stessi. E' come se la vita non potesse esistere se non in relazione. Lo “star bene” di ogni persona non si può immaginare slegato da vitali e significative relazioni sociali.

Cogliere il concetto di interdipendenza significa vedere in altra forma il concetto di responsabilità, interdipendenza significa “educarsi vicendevolmente” questo fa aumentare le nostre responsabilità che non finiscono al margine del “nostro orticello”. Il nostro comportamento diventa un continuo insegnamento verso chi è in apprendimento.

Potremmo allora chiederci quali possibilità stiamo creando ad un bambino che oggi nasce nella nostra comunità, di che tipo di relazioni si nutrirà, che tipo di realtà troverà intorno a lui, quanti tipi e quali tipi di sostanze ad esempio. All'interno di questa logica diventa importante il rapporto tra cultura sociale esistente nella comunità locale e sviluppo della qualità della vita dei cittadini, di tutti i cittadini compresi quelli che non condividono appieno l'appartenenza culturale.

In questi anni di lavoro con le situazioni di **marginalità complesse** come ad esempio è accaduto per l'etnia Sinti e Rom dopo segnalazioni dai Servizi Sociali, Organi Giudiziari (Procura e Tribunale per i Minorenni di Venezia), Istituti Scolastici ci è parso evidente come per ciascuno degli interventi attivati è stato necessario adottare un approccio "interculturale". Tale approccio ha influenzato il progetto di tutela e il processo educativo, che necessitavano di attività e percorsi che tenessero conto di vari aspetti, ma che soprattutto non potevano prescindere dal coinvolgimento dell'intero nucleo con il suo sistema di valori, abitudini e percezione di se stessi in un mondo così diverso da quello di appartenenza. Rispetto a questo, oltre ad interventi rivolti ai singoli nuclei è necessario sviluppare azioni mirate alla promozione sul territorio di un diverso approccio da parte della società civile alle problematiche inerenti le situazioni di marginalità complesse, maggiormente incentrato sulla solidarietà e sull'inclusione sociale.

Questa area progettuale risponderebbe anche alla necessità di rispondere efficacemente alle richieste dell'autorità giudiziaria in merito ai reati commessi da ragazzi minorenni.

Per ogni ragazzo segnalato all'Autorità Giudiziaria (Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni e Tribunale per i Minorenni) viene elaborato un progetto individualizzato di recupero socio-educativo. Questo progetto viene articolato dall'ufficio Servizio Sociale Minorile (composto in massima misura da Assistenti Sociali) i cui progetti individualizzati sono volti al recupero di minori dell'area penale esterna (ad esempio sottoposti alla messa alla prova) o, nel caso si tratti di ragazzi in situazione di restrizione della libertà personale, per un loro efficace reinserimento nel tessuto sociale.

Per sviluppare tale progetto si deve attivare un complesso Sistema di Servizi profondamente in interazione fra loro e in stretta connessione con altre agenzie, con le quali, in un'ottica di rete e di integrazione degli interventi, viene assolto il mandato istituzionale del Tribunale per i Minorenni: Servizi degli Enti Locali (nelle loro più diverse articolazioni), del privato sociale, consulenti, volontariato, ecc..

Tale "progetto" può, a seconda dei bisogni espressi dal minore, comprendere interventi diversi quali il recupero scolastico, l'inserimento in tirocinio formativo, l'inserimento in Attività Utili Socialmente (AUS), sport ecc., ma anche interventi più specializzati quali sostegno psicologico, mediazione interculturale, invio ad altri servizi, ad esempio i Servizi per le tossicodipendenze e altro ancora. Attivare interventi di inclusione abitativa, scolastica, sociale e lavorativa potrebbe contribuire efficacemente alla riduzione del fenomeno delinquenziale favorito dalla condizione di disagio e grave marginalità oltre che, per la condizione di marginalità specifica nelle aree sopra riportate, espone in prevalenza ragazzi di diverse etnie ed in particolare i rom e sinti. Intervenire precocemente, significa intercettare e far emergere le difficoltà sin dalle prime fasi, attivando progetti concreti di inclusione e accompagnamento riducendo l'acutizzazione del problema e il conseguente intervento delle autorità preposte alla tutela dei minori.

Visto il carattere sperimentale di questa area di lavoro progettuale il bacino territoriale di attuazione sarà l'area montebellunese (comune di Montebelluna e comuni limitrofi), che vede appunto un'alta frequenza di fenomeni correlati all'alta marginalità (vedi i numerosi reati di minori), oltre alla presenza di più gruppi di nomadi, che da diversi anni vivono in questo territorio e che costituiscono una fonte costante rischio di marginalità minorile.

Con questa tipologia di famiglie ad alto tasso di marginalità i vari servizi hanno cercato di realizzare varie progettualità che però hanno mostrato grossi limiti per quel che concerne il problema dell'integrazione culturale. Progetti d'intervento buoni sulla carta hanno mostrato i loro limiti quando gli obiettivi dovevano entrare in sinergia positiva con la popolazione residente.

Questa analisi ci riconduce alla necessità di poter sviluppare delle progettualità che mettano le famiglie della comunità locale al centro degli interventi entrando in una logica di famiglie che accolgono altre famiglie anche se con premesse culturali diverse.

AREA 3. - UNA RETE DI FAMIGLIE PER LE FAMIGLIE IN DIFFICOLTA'

Finalità: l'avvio una progettualità pilota

I dati sui "minori fuori famiglia", pubblicati a fine 2012 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, mettono in evidenza la diffusa difficoltà di assicurare a tutti i bambini e i ragazzi la tutela del diritto di crescere in un contesto familiare.

Sta crescendo la consapevolezza che, se si eccettuano situazioni grave dove l'allontanamento, più o meno temporaneo, dalla famiglia di origine è inevitabile per il bene del minore, le forme di aiuto con le quali farsi carico della difficoltà educativa e genitoriale, non si possono più limitare a modelli precostituiti, quali l'affido (comunque molto problematico in età adolescenziale) e il collocamento in una comunità familiare o educativa.

Attorno al minore e alla sua famiglia in difficoltà potrebbe invece generarsi un movimento di capaci di adulti condividere e sostenere (e solo nei casi estremi sostituire) i nuclei familiari deboli, offrendo loro, in modo ordinato e guidato, opportunità fatte di relazioni, accompagnamento e altre forme di aiuto adeguate alle situazioni di affaticamento genitoriale e di carenze educative nei confronti dei minori.

La presente area progettuale pilota e sperimentale mira pertanto a riconoscere, valorizzare, sostenere e implementare **luoghi di accoglienza e di condivisione (L.A.C.)** che non si caratterizzano più per l'offerta rigida di un servizio o struttura, ma che offrono una pluralità di opportunità e aiuti, potenziando l'osservazione iniziale, la flessibilità dell'intervento e la ricerca fra tutti gli attori interessati delle proposte più adeguate e rispettose dei diritti di ogni persona coinvolta.

La caratteristica principale di questi luoghi LAC è la presenza di più nuclei familiari che, nel rispetto di ognuno e nella chiarezza delle responsabilità, condividano la stessa esperienza in modo che la diversità e la pluralità favoriscano la non rigidità nella risposta.

La presenza di famiglie che vivono stabilmente in un luogo tende a rendere evidente la caratteristica e la natura originale di questo luogo: non solo la presenza di un "clima familiare" che qualunque adulto può contribuire a creare, ma un ambito di legami stabili che sono all'origine di una casa e che si allargano e si intrecciano con la vita di chi, anche temporaneamente, passa attraverso queste case.

Rappresenta pertanto la possibilità che ogni famiglia che ci abita ed è responsabile dell'accoglienza nella propria casa sia sostenuta da un ambito comunitario.

Tutto questo rappresenta un fattore ulteriore e importante per il successo dell'affido e dell'accoglienza in genere in una famiglia perché spesso tali esperienze falliscono anche per la solitudine in cui vivono o sono spesso lasciate le famiglie accoglienti di fronte ad emergenze e difficoltà.

Per questo la legge n. 184/83, nell'affidare la titolarità della promozione e della gestione dell'affidamento familiare all'Ente Pubblico, prevede un preciso spazio di collaborazione tra questo, le reti e le associazioni familiari: gruppi di famiglie volontarie aggregate, caratterizzati dalla spinta all'accoglienza di bambino in difficoltà e al sostegno della famiglia che possono essere strutturate in varie forme.

Con tale progetto, pertanto, la famiglia non è vista solo come il soggetto deputato all'affido, ma diventa una risorsa plurima nei percorsi di accoglienza e di condivisione di cui altre famiglie abbisognano.

La famiglia è un luogo in cui questo non si progetta ma accade perché essa stessa nasce da questo.

La famiglia ha come scopo essere luogo di rapporti e legami costitutivi delle persone che ne fanno parte, luogo di generazione di educazione di accoglienza. Essa è luogo, che permette la persona di esistere, di consistere, di essere un "io" unico, irripetibile e consapevole.

L'adesione al progetto presuppone:

1. che le strutture che ospitano i LAC siano già operanti e abitate da un gruppo di famiglie (almeno due) coinvolte in progetti di accoglienza (affido, comunità familiari)
2. che documentino di essere punti di sintesi di una rete di opportunità (centri per l'aiuto all'apprendimento, famiglie amiche, etc.)

In questa area di lavoro progettuale si mira a valorizzare tutte quelle attività e funzioni che potenzino questi luoghi nella direzione prima affermata. In particolare

1. azioni/competenze per potenziare il periodo di osservazione del bisogno del minore e della sua famiglia, prevedendo anche l'accoglienza temporanea del minore all'interno del LAC
2. definizione di procedure innovative della "presa in carico" che garantiscano la flessibilità dell'intervento, le modifiche in itinere, la risposta tempestiva a nuovi bisogni emergenti
3. l'accoglienza del minore dentro un progetto di affido o di collocamento in comunità familiare, maturato all'interno di una prospettiva di superamento della difficoltà e di collaborazione tra tutti i soggetti che possono garantire tale superamento, in primis il nucleo parentale di origine. **PIANO DEI FINANZIAMENTI**

E DEI COSTI

| AREA1. - ILLABORATORIO DELLE BUONE PRASSI VOCI DI SPESA | COSTO |
|---|--------------|
| Rimborso spese | |
| Spese per il personale (convenzione con soggetto del terzo settore per la gestione delle reti e per la ricerca, individuato a seguito di procedura a evidenza pubblica) | € 144.000,00 |
| Spese amministrative | |
| Spese per materiali o strumenti | € 3.000,00 |
| Costi monitoraggio | |

| | |
|--------------------------|---------------------|
| Pubblicazioni / convegni | € 3.000,00 |
| Totale | € 150.000,00 |

ALLEGATO B

TITOLO DEL PROGETTO: “FAMIGLIE AL CENTRO: LA FORZA DELLE RETI” - SECONDA ANNUALITA’

PREMESSE

In applicazione alla L.R. n. 11 del 13.04.2011 art. 133 che ha istituito il “Fondo Regionale per le Politiche Sociali” per il conseguimento degli obiettivi di programmazione regionale in materia di servizi sociali in cui confluiscono risorse statali e regionali, la Regione del Veneto con D.G.R. n. 1626 del 31 luglio 2012 ha stanziato appositi fondi per l’accesso ai contributi (ex art. 12 L. 241/90) - Bando Anno 2012 - da parte di organismi che promuovono attività non lucrativa di utilità sociale, di solidarietà e di volontariato, individuando per la partecipazione al Bando medesimo 6 aree tematiche progettuali;

- i Comuni del Distretto socio-sanitario n. 4 dell’ULSS 16, che già dagli anni precedenti hanno dato attuazione a percorsi progettuali condivisi nell’ambito delle politiche e dei servizi all’infanzia, adolescenza e

famiglia, hanno costituito il “Tavolo di coordinamento interistituzionale” finalizzato a:

◆ sviluppare politiche sociali nell’ambito minori e famiglie attraverso l’implementazione del lavoro di rete dei Comuni;

◆ favorire la progettazione sociale a livello distrettuale a beneficio dei minori e delle famiglie e la connessa ricerca di risorse finanziarie (fund raising);

- nell’ambito dei lavori del suddetto “Tavolo di coordinamento interistituzionale” è stato predisposto il Progetto denominato “**Famiglie al centro: la forza delle reti**” al fine di concorrere ai finanziamenti di cui alla d.G.R. n. 1626 del 31.07.2012;

- il Progetto “**Famiglie al centro: la forza delle reti**” persegue, quali obiettivi generali, la riduzione di situazioni di vulnerabilità familiare, di processi di esclusione e di autoesclusione e di isolamento ed il sostegno concreto alle famiglie attivando nel territorio degli otto Comuni un’azione coordinata tra comunità e servizi ed attraverso il supporto di reti di famiglie i quali hanno deciso di aderire al Progetto sottoscrivendo

apposito Protocollo d’Intesa.

Alla realizzazione della prima annualità del sopraindicato progetto concorrono i Comuni facenti capo al Distretto Socio-sanitario n. 4 dell’U.L.S.S. 16: Selvazzano Dentro, Cervarese S. Croce, Mestrino, Rovolon, Rubano, Saccolongo, Teolo e Veggiano.

Il Comune di Selvazzano Dentro è stato individuato in qualità di Comune capofila e pertanto Comune di riferimento e coordinatore tecnico-amministrativo delle attività necessarie alla realizzazione della prima annualità del Progetto “**Famiglie al centro: la forza delle reti**”.

Durante la prima annualità le azioni attivate sono state le seguenti:

Avvio del progetto Azioni Destinatari

1. Formazione sull’epistemologia del progetto per amministratori, funzionari ed operatori

(azione prevista nel corso della prima annualità)

Sono stati realizzati **tre** incontri nei mesi di gennaio e febbraio.

Hanno partecipato mediamente 15 persone

2. Avvio struttura organizzativa e operativa del progetto

(azione prevista nel corso della prima annualità)

È stata costituita una struttura organizzativa come da progetto con un adeguamento di budget che ha portato ad una diminuzione del 20% dei costi previsti. La gestione operativa è stata affidata ad una cooperativa sociale attraverso un bando di gara ed ha permesso la costituzione di un equipe di professionisti costituita da una psicologa, un’assistente sociale, due educatori. La sede logistica del progetto delle reti di solidarietà familiare, di cui è in corso la realizzazione, è stata individuata dagli enti aderenti presso il Comune di Selvazzano Dentro.

Promozione del progetto Azioni Destinatari

3. Sensibilizzazione con Scuole, Parrocchie e soggetti del Terzo settore.

(azione prevista nel corso della prima annualità)

Sono stati effettuati **otto** incontri pubblici, uno in ogni Comune, di sensibilizzazione del progetto e svariati appuntamenti con i soggetti significativi delle comunità (parrocchie, scuole, associazioni di volontariato, ...).

Partecipazione complessiva di circa 450 persone

4. Costruzione di un piano comunicativo comunitario per tutta la durata.

(azione prevista nel corso della prima annualità)

La comunicazione del progetto è stata sostenuta attraverso: pubblicazioni nella stampa locale; nei siti web dei comuni e delle associazioni; produzione di materiale pubblicitario cartaceo, incontri con gli organi scolastici (dirigenti, consigli di interclasse, collegi docenti), incontri con le associazioni, parrocchie e cooperative dei territori.

5. Attivazione di percorsi con le parrocchie, associazioni e scuole: microprogetti con genitori, insegnanti.

(azione prevista nel corso della prima annualità)

Sono stati realizzati progetti per la promozione dell'accoglienza rivolti agli alunni e alle loro famiglie presso 6 istituti comprensivi nel periodo settembre novembre 2013

36 classi della primaria e 32 classi seconde della scuola secondaria di primo grado

Costruzione e avvio delle Reti Familiari

Azioni Destinatari

6. Sensibilizzazione in ogni Comune.

(azione prevista nel corso della prima annualità)

Sono stati realizzati sette incontri pubblici, uno in ogni Comune (in un caso due Comuni si sono accordati per una serata assieme

Hanno partecipato circa 250 persone

7. Formazione comune per l'avvio delle reti.

(azione prevista nel corso di due anni)

Hanno avuto luogo **quattro** percorsi formativi, di tre incontri ciascuno, rivolti alle famiglie interessate alla costruzione delle reti territoriali per un totale di **dodici** incontri.

Partecipazione di circa 95 persone

8. Formazione rivolta agli assistenti sociali dei Comuni e all'èquipe di progetto, riconosciuta dall'Ordine degli assistenti sociali del Veneto, per la gestione dei gruppi rete (azione non prevista nel progetto)

(azione prevista nel corso di due anni)

Da gennaio a novembre 2013 sono stati realizzati **treddici** incontri con i seguenti contenuti:

- modelli epistemologici e metodologici del lavoro di rete
- analisi e gestione delle dinamiche di gruppo
- implementazione di modelli di verifica degli esiti.

12 partecipanti

9. Avvio delle reti comunali

(azione prevista nel corso di due anni)

Nel mese di maggio sono state avviate 6 reti comunali 57 famiglie aderenti

10. Realizzazione in coprogettazione in ogni territorio comunale, di un evento pubblico

Realizzati **due** interventi in co-progettazione reti e Comuni all'interno di una festa delle famiglie e di una marcia per l'accoglienza.

400 persone

Costruzione e avvio Centro per l'Affido

Azioni Destinatari

11. Formazione specifica per famiglie interessate all'affido familiare

((azione prevista nel corso di due anni)

E' stato realizzato durante il primo semestre un corso di **sei** incontri rivolto a genitori con i seguenti contenuti:

1. Introduzione generale all'affido familiare;
2. Il bambino in affido e la sua famiglia di origine;
3. La famiglia affidataria: ruoli, motivazioni ed emozioni;
4. Il Centro per l'Affido, il ruolo degli operatori coinvolti.
5. Con i figli vengono realizzati laboratori specifici sul tema dell'accoglienza.
6. Nel mese di novembre 2013 prenderà avvio un secondo corso per l'affido).

20 persone

12. Monitoraggio gruppo genitori affidatari.

(azione prevista nel corso di due anni)

Incontri a cadenza mensile tra le famiglie che hanno svolto la formazione e la valutazione.

RISULTATI DI ESITO DELLA PRIMA ANNUALITA' DI PROGETTO

Dopo la prima annualità il risultato di esito raggiunto è come previsto la realizzazione di contatti e la partecipazione di famiglie con esperienze di affido alle attività di progetto.

RISULTATI DI PROCESSO DELLA PRIMA ANNUALITA' DI PROGETTO

Per quanto riguarda invece i risultati di processo sono state realizzate sei reti. Nei Comuni più piccoli infatti si è scelto al momento di fare reti condivise tra più enti senza escludere tuttavia, una volta avviate e risolti alcuni problemi, la possibilità di passare a gemmazione dei gruppi ed alla realizzazione di una rete in ogni Comune.

SECONDA ANNUALITA' DI PROGETTO

Stante i risultati ottenuti i Comuni aderenti al Progetto manifestano la necessità di:

1. implementare le reti nei Comuni già coinvolti: attualmente sono presenti 6 reti di famiglie e con la seconda annualità di progetto si vuole arrivare a gemmare nuovi gruppi e realizzare una rete comunale per ognuno degli otto Enti.
2. Il progetto sarà proposto alle Amministrazioni contermini nell'area Padova Ovest e Sud Ovest attraverso convenzioni e protocolli d'intesa.
3. Nel corso della seconda annualità è già prevista un'azione di ampliamento delle partnership con il Comune di Torreglia che sottoscriverà il protocollo d'intesa con gli otto Comuni.
4. Saranno inoltre avviati confronti con gli altri centri per le reti di solidarietà familiare del Veneto e attraverso il programma Leonardo con paesi dell'Unione Europea;
5. costituire un laboratorio: "Famiglie al Centro: la forza delle reti": diffusione del progetto e della sua metodologia presso Comuni contermini come previsto nella prima annualità e presso altre Province della Regione del Veneto;
6. costituire un Centro per le reti di solidarietà familiare/Padova Ovest.

RISULTATI ATTESI:

Risultati di esito:

1. riduzione delle istituzionalizzazioni dei minori di almeno il 30% rispetto alla media degli ultimi tre anni;
2. riduzione di almeno il 20% il numero degli affidi non consensuali;
3. aumento del 40% degli affidi rispetto alla media degli ultimi tre anni;
4. avvio di almeno 15 progetti di accoglienza con le reti di famiglie;
5. realizzazione di almeno una co - progettazione in ogni territorio comunale, con un alto livello di partecipazione e la costruzione di relazioni forti tra le parti sociali coinvolte;
6. partecipazione delle famiglie con esperienze di affido ai gruppi territoriali di accoglienza e affido;
7. attivazione di progetti di promozione dell'affido e dell'accoglienza con le varie parti della comunità;
8. realizzazione di una rete per ogni Comune;
9. attivazione di forme di autorganizzazione delle reti;
10. aumento del numero di reti;
11. realizzazione di almeno una rete al di fuori della Provincia di Padova.

RISORSE UMANE

ESTERNE AI COMUNI

Un consulente psicologo con funzioni di supervisione, coordinamento e formazione; uno psicologo per il Centro per le reti di solidarietà familiare a 14 ore settimana; un' assistente sociale per il Centro per le reti di solidarietà familiare a 20 ore settimana; due educatori ciascuno da 30 ore settimanali con funzioni di promozione, tutor per le famiglie affidatarie, cura delle reti comunitarie reti di famiglie, parrocchie, associazioni, cooperative e scuole.

INTERNE AI COMUNI

Otto assistenti sociali che nell'ambito del progetto hanno funzioni di valutazione, abbinamento, PEI, relazioni con e tra famiglia affidataria e di origine e punto di riferimento per le reti territoriali; un funzionario, un istruttore amministrativo e un educatore a 8 ore la settimana con funzioni amministrative e gestionali.

STRUMENTI E FORMAZIONE

Sarà messo a disposizione un software gestionale per la raccolta dati e un piano formazione per il personale coinvolto: amministratori, risorse esterne ed interne comunali, materiale di cancelleria.

RISORSE ECONOMICHE

Voci di spesa Costo

| | |
|---------------------------------|--------------|
| Spese del personale | € 103.000,00 |
| Rimborso spese | € 8.000,00 |
| Spese amministrative | € 1.000,00 |
| Spese per materiali o strumenti | € 7.000,00 |
| Costi monitoraggio | € 7.000,00 |
| Pubblicazioni/convegni | € 5.000,00 |
| Promozione | € 14.000,00 |
| Rete informatica | € 5.000,00 |

TOTALE € 150.000,00

DGR 30.12.13, N. 2907 - Nidi in famiglia: criteri e disposizioni per la richiesta dei buoni famiglia, ai sensi della dgr n. 4252/2008 e n. 1502/2011, annualità 2013-2014. (BUR n. 16 del 7.2.14)

Note **PREMESSA**

Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con Decreto 26 giugno 2013 ha approvato il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2013, destinando alla Regione del Veneto la quota di € 21.840.000,00.

Il citato Decreto, all'art. 4, specifica che le Regioni si impegnano a programmare gli impieghi delle risorse loro destinate per le aree di utenza, secondo i macro-livelli e gli obiettivi indicati nell'Allegato 1; altresì all'art. 5, coerentemente con quanto disposto all'art. 21 della legge 8 novembre 2000, n. 328, sollecita l'adozione di sistemi di sperimentazione informativa.

L'impegno viene posto a realizzare il Macro livello "servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari" che prevede n. 2 obiettivi di servizio:

- asili nido e altri servizi per la prima infanzia;
- centri diurni e altri servizi territoriali comunitari.

In particolare per "l'obiettivo di servizio asili nido e altri servizi per la prima infanzia", si riconferma la valenza positiva della partecipazione della Regione del Veneto, alle spese sostenute dalle famiglie per la frequenza dei nidi in famiglia, dei loro figli.

Di fatto i Servizi Nidi in famiglia, proprio per la specificità della loro organizzazione, si sono dimostrati efficaci nel rispondere alle esigenze delle famiglie e contemporaneamente nel creare opportunità di lavoro adoperandosi soprattutto per la Conciliazione dei tempi di vita e dei tempi di lavoro.

I PROGRAMMI SPECIFICI:LE LINEE GUIDA

La Regione del Veneto ha inteso, in sintonia con la vigente normativa, disciplinare la tipologia di servizio alla prima infanzia, svolto presso civile abitazione, per un numero ridotto di bambini e con una modalità relazionale-educativa fortemente mutuata da quella "familiare", definita dai Nidi in Famiglia

attraverso l'approvazione delle "Linee Guida Nido in Famiglia nella Regione del Veneto"; Atto di indirizzo e di organizzazione dei Nidi in Famiglia

. L'obiettivo di quest'ultimo è di dare indicazioni precise e puntuali sull'identità del servizio per la prima infanzia con caratteristiche familiari e sulle relative finalità, funzioni, modalità organizzative, al fine di garantire una risposta adeguata ai bisogni reali delle famiglie con bambini sotto i 3 tre anni d'età e di entrare in sintonia con l'esistente Sistema Regionale dei Servizi Sociali destinati ai bambini sotto i 3 anni d'età. Ha inoltre l'obiettivo di inserire nella rete dei Servizi per la prima infanzia, anche i Nidi in Famiglia affinché le Amministrazioni Comunali siano a conoscenza di quelli idonei ad operare in quanto inseriti nel Sistema Regionale.

IL RUOLO DELL'ASSOCIAZIONE

Nel contesto del citato Sistema Regionale, va inoltre specificato che con la DGR n. 1502/11 è stata prevista la possibilità di operare in qualità di " socio/associato di associazione per la promozione di questa modalità organizzativa (es. reti di famiglie)".

Per il ruolo dell'Organizzatore e per il Collaboratore Educativo individua, tra le altre, le possibilità di operare in qualità di "presidente di associazione appositamente costituita" e di "socio/associato di associazione di Promozione Sociale Legge n. 383/2000".

In quest'ultimo caso ai sensi della LR 27/2001, art. 43, l'associazione di promozione sociale, deve essere regolarmente iscritta al Registro Regionale delle Associazioni di Promozione Sociale; mentre per la fattispecie indicata del "presidente di associazione appositamente costituita", deve essere regolarmente registrata all'Ufficio Registro ed in possesso di Codice Fiscale. Pertanto, al fine di assicurare una corretta gestione dei servizi e soprattutto di dare ai cittadini adeguate garanzie circa l'accesso ai benefici messi loro a disposizione per la fruizione dei Buoni Famiglia, saranno effettuate rilevazioni circa la natura giuridica dei Gestori dei Nidi in Famiglia e degli Organizzatori.

I DATI RILEVATI

Ad oggi sono attivi n. 313 nidi in Famiglia e idonei ad operare n. 39 Organizzatori e n. 467 Collaboratori Educativi.

Gli Allegati, parti integranti del presente Provvedimento, riportano rispettivamente:

Allegato A: l'elenco nominativo degli Organizzatori idonei ad operare nel territorio regionale per coordinare i Nidi in Famiglia;

Allegato B: l'elenco dei Nidi in Famiglia ad oggi attivi presso il territorio regionale con indicati nel seguente ordine: la Provincia, la Azienda ULSS, il CAP, il nome del Nido in Famiglia, il Collaboratore Educativo Titolare dell'Unità d'offerta autorizzato a svolgere la funzione di conduzione del Nido in Famiglia, l'Organizzatore di zona ovvero il professionista che, in convenzione col Collaboratore Educativo, coordina l'attività dei Nidi in Famiglia.

IL CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEL BUONO FAMIGLIA

Con la DGR n. 4252/08 sono stati definiti i criteri di assegnazione del Buono Famiglia, che si sono rivelati efficaci e congruenti con le esigenze sociali ed in sintonia con il Sistema dei Servizi per la prima infanzia presenti nel territorio regionale.

IL RUOLO AMMINISTRAZIONI COMUNALI

Coerentemente col dettato normativo, in particolare con la legge 328/2000, che riconosce nelle Amministrazioni Comunali l'organo deputato a svolgere il ruolo principale negli interventi socio-assistenziali ed in particolare nel sostegno alle famiglie nelle loro responsabilità di cura ed educative, viene disposto quindi che sia dalle medesime curata la distribuzione dei Buoni Famiglia.

IL PROGRAMMA

Viene approvata la realizzazione di un ulteriore programma di assegnazione e distribuzione a sostegno delle famiglie i cui figli frequentano i Nidi in Famiglia di cui all'**Allegato B**, parte integrante del presente Atto, volto ad offrire un supporto economico, attribuito nel rispetto dei criteri definiti con la DGR n. 4252/08, per il tramite dei Comuni, determinando in € 2.200.000,00 l'importo massimo delle obbligazioni di spesa.

L'**Allegato C**, riporta modalità e criteri che saranno adottati per la richiesta del Buono Famiglia e per la relativa valutazione.

L'ITER DELLE DOMANDE

Per la compilazione delle domande da parte delle famiglie e per la loro validazione da parte della Direzione Regionale Servizi Sociali-Servizio Famiglia, è prevista una procedura informatizzata per la quale si è richiesta la collaborazione del Servizio Sistema Informatico SSR della Direzione Regionale Controlli e Governo SSR, che ha espresso parere favorevole.

DGR 14.1.14, N. 6 - Sistema regionale integrato per promuovere il benessere delle famiglie anche attraverso la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro: "strategia complessiva di interventi da attuare tra i diversi soggetti che operano in ambiti territoriali comunali e/o intercomunali e che condividono la comune finalità di promuovere un maggior benessere familiare". bandi: "programmi locali dei tempi e degli orari", "programmi aziende family friendly e audit famiglia & lavoro". (BUR n. 16 del 7.2.14)

Note

PREMESSA

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, con Decreto 26 giugno 2013 ha approvato il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali per l'anno 2013, destinando alla Regione del Veneto la quota di € 21.840.000,00.

Il citato Decreto, all'art. 4, specifica che le Regioni si impegnano a programmare gli impieghi delle risorse loro destinate per le aree di utenza, secondo i macro-livelli e gli obiettivi indicati nell'Allegato 1.

Viene pertanto considerato l'insieme dei macro livelli sopra indicati poiché incide complessivamente nelle organizzazioni familiari le quali riguardano tutto l'arco di vita delle persone, dalla nascita alla terza età, prendendo in esame gli aspetti organizzativi del lavoro (indistintamente pubblico e privato); l'organizzazione delle Pubbliche Amministrazioni che si rivolgono ai cittadini; i Servizi Pubblici (che includono sicuramente anche quelli privati accreditati e riconosciuti a norma di legge) e più genericamente la comunità territoriale comunale e/o intercomunale.

Tali progettualità coinvolgono insieme forze sociali, economiche e culturali che, in accordo con le istituzioni promuovono nelle comunità locali iniziative attente ai bisogni delle famiglie.

L'aspetto maggiormente rilevante è il possibile coinvolgimento di diversi attori sociali verso la meta condivisa di una società amica della famiglia attivando la collaborazione tra tutte le istituzioni e i soggetti coinvolti.

GLI IMPEGNI : CONCILIAZIONE DEI TEMPI DI VITA E DI LAVORO 2012

La Regione del Veneto ha individuato le azioni e gli impegni da assumere sulla base dell'Intesa tra Governo, Regioni e Autonomie Locali ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 n.131 sul documento "Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro 2012".

In esso viene sottolineata la necessità di potenziare le politiche che accompagnano la famiglia lungo tutto il ciclo di vita, promuovendo servizi e opportunità sempre più a carattere relazionale in cui riconoscere, sostenere, promuovere, aiutare la famiglia, facendo emergere le sue potenzialità e rendendola soggetto attivo e propositivo.

La conciliazione tra la vita lavorativa e la vita familiare, oltre a contribuire alla riduzione delle disparità retributive di genere possono costituire un elemento chiave per l'occupazione sostenibile e una ripresa indotta del reddito nonché avere un impatto positivo sulla demografia e permettere alle persone di assumere le proprie responsabilità familiari.

Promuovere quanto più è possibile la conciliazione dei tempi di vita con i tempi di lavoro, ha l'obiettivo di facilitare la famiglia nella gestione di quanto deve affrontare nella conduzione del quotidiano, anche sul piano dei servizi e in tutti gli stadi di età dei suoi componenti, dai bambini ai giovani, agli anziani, alle famiglie numerose.

GLI INTERVENTI SPECIFICI

In una logica di empowerment, vengono promossi interventi che vanno a rafforzare le famiglie con l'intento di migliorare le condizioni delle stesse, incrementando le connessioni tra i diversi attori del territorio e generando capitale sociale.

I BANDI

Sono approvati gli **Allegati A e B**, che riportano rispettivamente "Programmi locali dei tempi e degli orari" e "Programmi aziende Family Friendly e Audit Famiglia & Lavoro",.

A. "Programmi locali dei tempi e degli orari"

La realizzazione, da parte di Pubbliche Amministrazioni, di servizi/programmi locali per sostenere le famiglie e favorire la conciliazione tempi di vita e tempi di lavoro, con particolare riguardo alla informazione/formazione di quanto il proprio ambito/territorio di competenza mette a disposizione.

B. "Programmi aziende Family Friendly e Audit Famiglia & Lavoro"

L'impegno delle aziende orientate a considerare la valorizzazione della famiglia nel proprio modello organizzativo che:

- agiscono implementando processi gestionali delle risorse umane che favoriscono la conciliazione famiglia-lavoro e si impegnano a seguire il percorso di Audit Famiglia & Lavoro o, se quest'ultimo è già in corso, ad implementare il percorso già avviato;
- sostengono e collaborano, altresì attraverso le professionalità presenti nelle imprese, a progetti e iniziative promosse anche da altri attori impegnati a sostenere le famiglie nell'ambito della conciliazione famiglia-lavoro e nella crescita delle capacità relazionali o a prevenire e/o contrastare forme di disadattamento e disagio di minori e giovani;
- promuovono reti e collaborazioni tra le diverse aziende per facilitare, tramite accordi territoriali e/o patti-convenzioni, l'accesso a servizi che sostengono i compiti di cura della famiglia.

NB

Per ognuno dei suddetti bandi, A e B, si prevede che una parte dell'importo, fino ad un massimo del 10% della cifra totale che sarà assegnata, possa essere riservato per supportare e coordinare l'intera progettualità di conciliazione.

IL FINANZIAMENTO

Per il presente bando è previsto uno stanziamento totale pari ad € 1.500.000,00.

Viene determinato in € 1.500.000,00, l'importo massimo delle obbligazioni di spesa

L'erogazione ai beneficiari avverrà con le seguenti modalità:

- 40% della quota assegnata a comunicazione dell'avvio dell'attività approvata;

60% a comunicazione documentata circa la realizzazione dell'attività medesima con presentazione della relativa rendicontazione riferita ai processi in corso nonché l'impegno assunto per la prosecuzione dell'attività in essere nel rispetto della temporalità prevista dal progetto presentato.

I COMPITI DELLA DIREZIONE REGIONALE SERVIZI SOCIALI

Al fine della presentazione delle richieste di partecipazione ai predetti bandi, la Direzione Regionale Servizi Sociali provvederà alla stesura e alla diffusione, sul sito www.regione.veneto.it, di apposito Vademecum con le indicazioni e le modalità di partecipazione ai bandi, utile per l'elaborazione del progetto e per la compilazione della domanda.

LE PROCEDURE

Le domande potranno essere presentate a partire dalla data di pubblicazione dei bandi sul BUR ed entro 60 giorni della predetta data secondo le indicazioni previste dal Vademecum.

LA VALUTAZIONE

La valutazione dei progetti sarà effettuata da apposita commissione interna nominata con decreto del dirigente della Direzione Servizi Sociali e composta dall'Assessore ai Servizi Sociali o suo delegato, in qualità di Presidente, dal dirigente della Direzione Servizi Sociali o suo delegato, dal Presidente del Comitato Direttivo di Elisan, dal dirigente e da un funzionario del Servizio Famiglia, dal Coordinatore e da un componente dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e da eventuali esperti.

L'APPROVAZIONE DELLE GRADUATORIE

Successivamente alla valutazione dei progetti da parte della commissione nominata dal Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sociali, seguirà l'approvazione delle graduatorie dei progetti ritenuti idonei ai quali sarà riconosciuto un contributo economico rapportato al progetto stesso, secondo i criteri previsti nei bandi medesimi.

ALLEGATO A

BANDO REGIONALE PROGRAMMI LOCALI DEI TEMPI E DEGLI ORARI

Finalità dell'intervento

La Regione del Veneto, riconoscendo e valorizzando la sua irrinunciabile funzione sociale, intende supportare la famiglia promuovendo e sostenendo iniziative locali mirate ad una migliore aderenza dell'organizzazione dei tempi delle città e quelli delle famiglie, mettendo in atto piani locali dei tempi e degli orari ed azioni rivolte a rendere più flessibile l'accesso ad alcuni servizi e uffici da parte della cittadinanza.

Viene attivato un bando rivolto a realizzare "Piani territoriali dei tempi e degli orari" al fine di coordinare ed armonizzare maggiormente gli orari dei servizi urbani con le esigenze di conciliazione vita-lavoro delle famiglie con particolare riguardo alla informazione/formazione di quanto il proprio ambito/territorio di intervento mette a disposizione.

Beneficiari

Possono presentare domanda di concessione degli incentivi previsti dal presente bando i Comuni e le aggregazione di Comuni (con popolazione da 5.001 a 40.000 abitanti) della Regione del Veneto intenzionati a realizzare un Piano territoriale dei tempi e degli orari.

I Comuni, singoli o in aggregazione, che aderiranno al presente bando, alla presentazione della domanda dovranno dichiarare l'aver già costituito un tavolo di lavoro per la concertazione nel loro territorio con i maggiori soggetti in campo (servizi, aziende, scuola, associazioni di categoria, sindacati, pari opportunità, ecc...).

Risorse finanziarie disponibili

La dotazione finanziaria disponibile per l'attuazione del bando ammonta a € 500.000,00.

Strutturazione dell'intervento

I progetti per i quali si chiede un finanziamento hanno l'obiettivo di attuare e strutturare politiche, interventi e servizi per potenziare le attività previste da comuni con popolazione da 5.001 a 40.000 abitanti per la realizzazione di Piani territoriali dei tempi e degli orari, articolati in progetti relativi al funzionamento dei diversi sistemi orari dei servizi urbani e alla loro graduale armonizzazione e coordinamento con una particolare attenzione alle esigenze della conciliazione lavoro-famiglia.

Le tipologie di progetti ammissibili possono essere, a solo scopo esemplificativo, ma non esaustivo:

- progetti finalizzati all'armonizzazione degli orari dei servizi pubblici e privati con gli orari di lavoro, anche in attuazione dell'art. 9 della Legge 53/2000 e successivi provvedimenti attuativi;

- progetti che favoriscano l'accessibilità delle informazioni e dei servizi della pubblica amministrazione, anche attraverso la semplificazione delle procedure e l'introduzione di servizi informatizzati connessi in rete;
- progetti finalizzati alla promozione e costituzione di associazioni denominate banche del tempo, al fine di favorire un uso del tempo per fini di solidarietà sociale.

Costo del progetto

Il costo massimo per singolo progetto non potrà superare l'importo di € 30.000,00.

E' possibile prevedere la compartecipazione finanziaria dei comuni alla realizzazione del progetto.

Modalità di presentazione delle domande

Entro 60 giorni dalla pubblicazione del bando medesimo sul BUR, le domande di partecipazione al bando, in regola con le vigenti disposizioni in materia di bollo, dovranno essere presentate attraverso apposito modello, reperibile su:

- <https://salute.regione.veneto.it/web/sociale/home>
- www.regione.veneto.it/Bandi+Avvisi+Concorsi/Bandi/
- www.venetoperlafamiglia.it.

La compilazione della stessa sarà oggetto di Vademecum reperibile su:

- <https://salute.regione.veneto.it/web/sociale/home>
- www.regione.veneto.it/Bandi+Avvisi+Concorsi/Bandi/
- www.venetoperlafamiglia.it.

Il progetto dovrà, inoltre, essere sottoscritto e inviato entro lo stesso termine esclusivamente a mezzo PEC al seguente indirizzo: protocollo.generale@pec.regione.veneto.it specificando nell'oggetto " Bando Programmi locali dei tempi e degli orari".

Valutazione delle domande

Prima della valutazione delle domande la struttura competente verificherà l'ammissibilità formale della domanda stessa.

Se necessario verranno richieste integrazioni che dovranno pervenire entro 30 giorni dalla data della lettera di richiesta.

Al bando seguirà l'approvazione di una graduatoria per l'assegnazione dei contributi

La commissione di massima sarà composta: dall'Assessore ai Servizi Sociali o suo delegato, in qualità di Presidente, dal dirigente della Direzione Servizi Sociali o suo delegato, dal Presidente del Comitato Direttivo di Elisan, dal dirigente e da un funzionario del Servizio Famiglia, dal Coordinatore e da un componente dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e da eventuali esperti.

Le domande di contributo saranno valutate sulla base dei criteri elencati di seguito.

A) Criteri di valutazione qualitativa - Contenuti del progetto - coerenza strutturale PUNTI

A1) Chiarezza dell'analisi sociale e coerenza delle criticità e dei bisogni individuati con le politiche contenute nel Piano Territoriale degli Orari in vigore /100

A2) Adeguatezza ed efficacia della strategia perseguita riguardo alle criticità descritte. Coerenza della strategia con gli obiettivi e i destinatari delle azioni.

Valutazione della presenza di dati analitici e informazioni specifiche riferite al territorio e ai target individuati

...../100

A3) Chiarezza e coerenza delle azioni progettuali individuate in relazione a bisogni criticità individuate .
...../100

A4) Chiarezza ed efficacia della descrizione delle azioni progettuali e dei relativi prodotti in relazione agli obiettivi e ai beneficiari individuati/100

A5) Congruenza delle azioni proposte con la priorità regionale indicata/50

A6) Presenza dell'approccio di genere nella costruzione del progetto e nella definizione delle azioni proposte in relazione all'applicazione del principio di pari opportunità fra donne e uomini. /100

A7) Congruità, qualità e innovatività degli strumenti di informazione e comunicazione previsti a supporto del progetto e delle azioni, in relazione ai target di riferimento/50

SUB TOTALE (minimo ammissibile 360 punti)/600

B) Criteri di valutazione qualitativa - Trasversalità e sostenibilità del progetto

B1) Modalità di raccordo con gli strumenti generali e settoriali di programmazione e pianificazione comunali e sovracomunali/50

B2) Qualità e coerenza del partenariato attivato, con gli obiettivi e le azioni progettuali/50

B3) Individuazione e presenza di provvedimenti, accordi e strumenti di programmazione funzionali al raggiungimento degli obiettivi (bilanci di previsione, PEG, piano degli obiettivi, accordi tra parti sociali ecc.)

...../50

B4) Congruità e qualità degli strumenti di monitoraggio previsti a supporto delle azioni/50

SUB TOTALE (minimo ammissibile 120 punti)/200

C) Criteri di valutazione qualitativa - Fattibilità economico-gestionale

C1) Verificabilità dei risultati attesi e definizione dei relativi indicatori/50

C2) Congruità e coerenza tra obiettivi, costi e tempi di realizzazione del progetto/50

C3) Presenza di accordi formali con altri soggetti pubblici, privati, del privato sociale e dell'associazionismo che presentino un'alta coerenza e funzionalità per il raggiungimento degli obiettivi individuati e la realizzazione delle azioni previste/50

C4) Presenza di ulteriori forme di finanziamento aggiuntive pubbliche e private /50

SUB TOTALE (minimo ammissibile 120 punti)/200

D) Criteri di valutazione oggettiva - presidio delle politiche temporali

D1) Presenza di una specifica delega assessorile in materia di tempi e orari 100

D2) Presenza di una specifica delega assessorile in materia di pari opportunità 100

SUB TOTALE (minimo ammissibile 100 punti)/ 200

PUNTEGGIO TOTALE (A + B + C+ D):

(minimo ammissibile 700 punti)

..../

1.200

Saranno considerate ammissibili le domande che conseguiranno un punteggio finale non inferiore a 700 punti, di cui almeno 600 punti dovranno essere raggiunti nelle categorie A, B e C e almeno 100 punti dovranno essere raggiunti nella categoria D.

Modalità di erogazione del finanziamento

L'assegnazione di finanziamento è vincolata alla approvazione della graduatoria nonché all'impegno sottoscritto dai soggetti vincitori a realizzare il progetto presentato, secondo le modalità concordate con la Regione del Veneto.

L'erogazione seguirà le seguenti modalità:

- 40% del contributo totale assegnato, a seguito della comunicazione di avvio delle attività progettuali, prodotta dall'ente beneficiario;

- 60% dell'agevolazione sarà erogata a saldo, previa presentazione da parte dei beneficiari di idonea documentazione delle spese sostenute e un elaborato di monitoraggio del progetto medesimo.

L'Ente beneficiario inoltre dichiara l'impegno a monitorare il progetto presentato anche successivamente all'inoltro della rendicontazione al fine di assicurare il corretto svolgimento dell'attività. Qualora dal monitoraggio emergesse il mancato rispetto degli impegni assunti, la quota assegnata ed erogata, corrispondente al saldo del 60% dovrà essere restituita alla Amministrazione regionale.

Controllo e revoca del finanziamento

E' prevista, da parte della Direzione Regionale ai Servizi Sociali, una verifica sulle attività svolte, al fine di accertare la corretta realizzazione degli interventi e delle azioni programmate

ALLEGATO B BANDO REGIONALE

“Programmi aziende Family Friendly e Audit Famiglia & Lavoro”

Finalità dell'intervento

La Regione del Veneto ha individuato una strategia complessiva di interventi da attuare tra i diversi soggetti che operano nella società e che condividono la comune finalità di creare le condizioni per un maggior benessere familiare e per una maggior competitività delle imprese. Intende, quindi, sostenere, attraverso il presente bando, la realizzazione di azioni rivolte a promuovere l'occupazione di qualità per le donne e gli uomini, offrire strumenti per conciliare il lavoro, la famiglia e la vita privata ridefinendo il sinergico rapporto

tra impresa e famiglia, nell'ottica della reciproca sussidiarietà. In particolare, promuove l'impegno delle aziende orientate a considerare la valorizzazione della famiglia nel proprio modello organizzativo che:

- agiscono implementando processi gestionali delle risorse umane che favoriscono la conciliazione famiglia-lavoro e si impegnano a seguire il percorso di Audit Famiglia & Lavoro o, se quest'ultimo è già in corso, ad implementare il percorso già avviato;

- sostengono e collaborano, altresì attraverso le professionalità presenti nelle imprese, a progetti e iniziative promosse anche da altri attori impegnati a sostenere le famiglie nell'ambito della conciliazione famiglia-lavoro e nella crescita delle capacità relazionali o a prevenire e/o contrastare forme di disadattamento e disagio di minori e giovani;

- promuovere reti e collaborazioni tra le diverse aziende per facilitare, tramite accordi territoriali e/o patti-convenzioni, l'accesso a servizi che sostengono i compiti di cura della famiglia.

Beneficiari

Il presente bando è destinato a:

- imprese di diritto privato, vale a dire imprese individuali, società, o collettive, incluse le cooperative;
- aziende sanitarie locali ed ospedaliere;
- enti pubblici

Tali soggetti devono avere sede legale e/o operativa nella Regione del Veneto ed essere in regola con gli adempimenti previdenziali e contributivi.

Non devono inoltre aver usufruito di agevolazioni comunitarie, nazionali e/o regionali per i medesimi interventi previsti dalla domanda presentata a valere sul presente bando.

Destinatari

I destinatari degli interventi di cui al presente bando sono i lavoratori e le lavoratrici dipendenti, anche con contratto di lavoro atipico o a tempo determinato, delle imprese e degli enti ed i soci lavoratori di società cooperative, che presentano la domanda di partecipazione al bando e che abbiano particolari esigenze di conciliazione tra tempi di vita familiare e di vita lavorativa.

Risorse finanziarie disponibili

La dotazione finanziaria disponibile per l'attuazione del bando ammonta a € 1.000.000,00.

Fino ad un massimo del 10% complessivo le risorse saranno destinate ad attività di supporto e coordinamento per la promozione e presentazione dei progetti.

Strutturazione dell'intervento

Le azioni che si intendono sostenere sono:

- implementazione dei processi gestionali delle risorse umane che favoriscono la conciliazione famiglia-lavoro e si impegnano a seguire il percorso di Audit Famiglia & Lavoro o, se quest'ultimo è già in corso, ad implementare il percorso già avviato;
- il sostegno e la collaborazione, altresì attraverso le professionalità presenti nelle imprese, a progetti e iniziative promosse anche da altri attori impegnati a sostenere le famiglie nell'ambito della conciliazione famiglia-lavoro e nella crescita delle capacità relazionali o a prevenire e/o contrastare forme di disadattamento e disagio di minori e giovani;
- la promozione di reti e collaborazioni tra le diverse aziende per facilitare, tramite accordi territoriali e/o patti-convenzioni, l'accesso a servizi che sostengono i compiti di cura della famiglia.

Costo del progetto

Ciascun progetto, di durata massima di 36 mesi potrà essere finanziato, in ragione dell'incidenza sulla numerosità delle risorse umane coinvolte e delle azioni relative, per un importo che va dal minimo di € 5.000,00 al massimo di € 30.000,00;

Nel caso in cui il costo del progetto proposto per il finanziamento sia superiore ai limiti sopra riportati è necessario, ai fini dell'ammissibilità, che l'impresa/ente richiedente dichiari esplicitamente la disponibilità a farsi carico della relativa copertura con risorse proprie. Tale eventuale dichiarazione, resa ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 455, dovrà essere allegata all'istanza.

Modalità di presentazione delle domande

Entro 60 giorni dalla pubblicazione del bando medesimo sul BUR, le domande di partecipazione al bando, in regola con le vigenti disposizioni in materia di bollo, dovranno essere presentate attraverso apposito modello, reperibile su:

- <https://salute.regione.veneto.it/web/sociale/home>
- www.regione.veneto.it/Bandi+Avvisi+Concorsi/Bandi/
- www.venetoperlafamiglia.it.

La compilazione della stessa sarà oggetto di Vademecum reperibile su:

- <https://salute.regione.veneto.it/web/sociale/home>
- www.regione.veneto.it/Bandi+Avvisi+Concorsi/Bandi/
- www.venetoperlafamiglia.it.

Il progetto dovrà, inoltre, essere sottoscritto e inviato entro lo stesso termine esclusivamente a mezzo PEC al seguente indirizzo: protocollo.generale@pec.regione.veneto.it specificando nell'oggetto "Bando Incentivi alle Aziende Family Friendly"

Valutazione delle domande

Al bando seguirà l'approvazione della graduatoria per l'assegnazione dei contributi.

Prima della valutazione delle domande la struttura competente verificherà l'ammissibilità formale della domanda stessa.

Se necessario verranno richieste integrazioni che dovranno pervenire entro 30 giorni dalla data della lettera di richiesta.

La commissione di massima sarà composta: dall'Assessore ai Servizi Sociali o suo delegato, in qualità di Presidente, dal dirigente della Direzione Servizi Sociali o suo delegato, dal Presidente del Comitato

Direttivo di Elisan, dal dirigente e da un funzionario del Servizio Famiglia, dal Coordinatore e da un componente dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e da eventuali esperti.

I criteri di valutazione che verranno adottati sono di seguito riportati.

CRITERI DI VALUTAZIONE PUNTI

Coerenza proposta / obiettivi 50 max

Efficacia complessiva del progetto 80 max

Innovazione 80 max

Ricaduta sul territorio 30 max

Sostenibilità futura 20 max

260 max

Modalità di erogazione del finanziamento

L'assegnazione di finanziamento è vincolata alla approvazione della graduatoria nonché all'impegno sottoscritto dai soggetti vincitori a realizzare il progetto presentato, secondo le modalità concordate con la Regione del Veneto.

L'erogazione seguirà le seguenti modalità:

- 40% del contributo totale assegnato, a seguito della comunicazione di avvio delle attività progettuali prodotta dall'impresa beneficiaria;

- 60% dell'agevolazione sarà erogata a saldo, previa presentazione da parte dei beneficiari di idonea documentazione delle spese sostenute e un elaborato di monitoraggio del progetto medesimo.

Il beneficiario inoltre dichiara l'impegno a monitorare il progetto presentato anche successivamente all'inoltro della rendicontazione al fine di assicurare il corretto svolgimento dell'attività. Qualora dal monitoraggio emergesse il mancato rispetto degli impegni assunti, la quota assegnata ed erogata, corrispondente al saldo del 60% dovrà essere restituita alla Amministrazione regionale.

Controllo e revoca del finanziamento

E' prevista, da parte della Direzione Regionale ai Servizi Sociali, una verifica sulle attività svolte, al fine di accertare la corretta realizzazione degli interventi e delle azioni programmate.

GIOVANI

LAZIO

DGR 21.1.14, n. 27 - Art. 1, co.10, 11 e 12 della l.r. 13.08.2011, n. 12 - "Fondo per la promozione dell'uso del trasporto pubblico locale e per l'agevolazione tariffaria a favore dei giovani". Autorizzazione alla spesa e definizione per l'anno 2014 dei criteri e delle modalità di accesso alle agevolazioni - Euro 12.000.000,00, Cap. D41903 esercizio finanziario 2014. BUR n. 8 del 28.1.14)

Note

Con il comma 10, art.1 della l.r. 13.08.2011, n.12, al fine di sostenere la mobilità dei giovani al di sotto dei 30 anni di età, la Regione Lazio istituiva un "*fondo per la promozione dell'uso del trasporto pubblico locale e per l'agevolazione tariffaria a favore dei giovani*".

Il comma 11 del medesimo articolo di legge prevedeva che fosse la Giunta regionale, con propria deliberazione, su proposta dell'Assessore competente in materia di mobilità, sentita la Commissione consiliare competente in materia, a definire:

- a) le modalità di utilizzo delle risorse annualmente disponibili sul "*Fondo*" di cui sopra;
- b) il limite del "*reddito ISEE*" e gli ulteriori criteri per l'accesso all'agevolazione, che tenessero conto, tra l'altro, del merito scolastico, in riferimento all'intero corso di studi, della composizione del nucleo familiare e delle condizioni di disagio sociale;
- c) la misura dell'agevolazione tariffaria, determinata in relazione al territorio, al luogo di residenza e di lavoro o di studio, ovvero alla distanza del luogo di residenza dai maggiori centri di produzione di beni e servizi.

Si procedere per il 2014 a rendere le agevolazioni di cui all'art n.1 co.10, 11 e 12 della l.r. 13.08.2011, n.12 relativamente al "*fondo per la promozione dell'uso del trasporto pubblico locale e per l'agevolazione tariffaria a favore dei giovani*" dedicato ai giovani residenti nel territorio della Regione Lazio al di sotto dei 30 anni di età, con gli stessi criteri e modalità di cui alle proprie precedenti deliberazioni n. 488/2011 e n.505/2012.

Viene autorizzata al riguardo la spesa complessiva di €. 12.000.000

| |
|------------------|
| IMMIGRATI |
|------------------|

PUGLIA

DGR 23.12.13, n. 2521 - Legge Regionale 10 luglio 2006, n. 19, art. 3 - Del. G.R. n. 1534 del 2 agosto 2013. Riparto e assegnazione risorse ai Comuni con una maggiore presenza di minori stranieri non accompagnati nell'anno 2013.

Note**PREMESSA**

Con DGR n. 1875 del 13 ottobre 2009, viene stabilito, tra l'altro, che, a partire dall'applicazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009/2011, non è più prevista alcuna riserva regionale di fondi per gli interventi "indifferibili" a favore dei minori fuori famiglia, assegnando, invece, i medesimi fondi nel riparto generale delle risorse agli Ambiti territoriali che, pertanto, sono chiamati a programmare all'interno dei rispettivi Piani Sociali di Zona le risorse che intendono destinare al concorso alla spesa sostenuta da ciascun Comune per il pagamento delle rette di ricovero nelle comunità dei minori sottoposti a provvedimenti da parte del Tribunale per i Minorenni.

Con la stessa deliberazione di Giunta Regionale n. 1875 del 13 ottobre 2009, viene confermato, invece, il cofinanziamento esclusivamente per gli interventi indifferibili in favore dei minori stranieri non accompagnati a partire dall'anno 2010, nei limiti di quanto annualmente riservato a valere sul FNPS assegnato alla Puglia con decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

L'art. 1 della L.R. n.7 del 6.2.2013, ha abrogato il comma 8 dell'art.3 della L.R. 19/2006, per cui per gli anni 2011 e seguenti non saranno più stanziati ed assegnate ulteriori risorse, fatta eccezione per gli stanziamenti straordinari disposti dalla Giunta Regionale per supportare alcuni dei Comuni pugliesi che negli ultimi anni hanno fatto registrare la maggiore concentrazione di casi di minori stranieri non accompagnati, sulla base dei dati del Ministero dell'Interno in materia.

Con DGR n. 1534 del 2 agosto 2013 è stato approvato, contestualmente al terzo Piano Regionale delle Politiche Sociali, anche il riparto del Fondo Nazionale Politiche Sociali, prevedendo, tra l'altro uno stanziamento di Euro 1.418.800,00 per contributi ai Comuni per il concorso alle spese per l'accoglienza in strutture residenziali socioeducative di minori stranieri non accompagnati. Dai dati del Ministero dell'Interno (DM di cui all'art. 23 co. 11 del D.L. n. 95/2012) riferiti complessivamente al periodo 2012 e primo semestre 2013 si evince che i Comuni con una maggiore presenza di minori stranieri non accompagnati e con un numero maggiore di giornate di accoglienza erogate sono i seguenti:

| Città | incidenza % | Contributo straordinario assegnato |
|-----------|-------------|------------------------------------|
| Bari | 64,7% | € 627.472,46 |
| Brindisi | 8,1% | € 79.039,08 |
| Lecce | 5,1% | € 49.891,43 |
| Otranto | 12,5% | € 121.005,33 |
| Cerignola | 9,6% | € 92.815,08 |
| | 100% | € 970.223,38 |

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato il riparto e conseguentemente l'assegnazione ai Comuni di Bari, di Brindisi, di Lecce, di Otranto e di Cerignola, quali principali Comuni interessati dall'accoglienza di minori stranieri non accompagnati tra il 2012 e il 2013, del contributo straordinario una tantum di Euro 970.223,38 disposto in attuazione del Piano Regionale Politiche Sociali 2013-2015.

| |
|---------------|
| MINORI |
|---------------|

UMBRIA

DPGR 21.1.14, n. 5 - Nomina del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza ai sensi della legge regionale 29 luglio 2009, n. 18 e s.m.i. (BUR n. 6 del 5.2.14)

Art. 1

È nominata, su conforme deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 299 del 17 dicembre 2013, quale Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza, ai sensi dell'art. 3 della legge regionale 29 luglio 2009, n. 18 e s.m.i., la sig.ra **Maria Pia Serlupini**, nata a Bastia Umbra (Perugia) il 15 giugno 1956.

Art. 2

Il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della l.r. 18/2009 e s.m.i., dura in carica cinque anni e non può essere riconfermato. Il Garante rimane comunque in carica fino alla nomina del successore nei termini stabiliti dallo stesso art. 3.

Art. 3

Al Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza, ai sensi dell'art. 6 della citata legge regionale 18/2009 e s.m.i., è attribuita una indennità mensile pari al dieci per cento dell'indennità mensile lorda spettante ai consiglieri regionali e il trattamento di missione nella misura prevista per i dirigenti regionali, qualora debba recarsi fuori sede per ragioni connesse all'esercizio delle proprie funzioni.

VENETO

DGR 30.12.13, N. 2899 - Assegnazione contributo in conto gestione ai servizi per la prima infanzia riconosciuti dalla regione del veneto, anno 2013 - l.r. n. 32/1990, l.r. n. 22/2002, l.r. n. 2/2006, l. n. 296/06. (BUR n. 16 del 7.2.14)

Note

Vengono ripartiti i contributi in conto gestione per l'anno 2013, spettanti a tutti i servizi alla prima infanzia approvati e riconosciuti dalla regione del veneto, ai sensi delle ll.rr. n. 32/1990, n. 22/2002 e n. 2/2006 e legge n. 296/06.

Sono pertanto approvati gli **Allegati A, B e C**, integranti il presente atto, che individuano gli enti titolari e/o gestori di servizi alla prima infanzia, la relativa assegnazione di contributo per l'esercizio 2013 e le variazioni intervenute nel corso del 2012 e 2013;

Viene impegnato lo stanziamento di € 12.260.000,00

Viene altresì impegnato lo stanziamento di € 3.446.000,00, a favore degli enti pubblici e privati titolari e/o gestori di servizi alla prima infanzia, di cui agli **Allegati A e B**;

Viene impegnato lo stanziamento di € 5.294.000,00, a favore degli enti pubblici e privati titolari e/o gestori di servizi alla prima infanzia, di cui agli **Allegati A e B**.

| |
|----------------------------|
| NON AUTOSUFFICIENTI |
|----------------------------|

PIEMONTE

DGR 30.12.13, n. 26-6993 - Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti. (BUR n. 6 del 6.2.14)

Note**PREMESSA**

Con l'approvazione, a livello nazionale, della L. 8.11.2000, n. 328, di riforma dell'assistenza e del relativo Piano sociale nazionale 2001/2003, nonché della riforma della sanità operata dal D.Lgs 19.9.1999 n. 229 e del relativo Piano Sanitario Nazionale, e a livello regionale con l'approvazione della L.R. 8.01.2004, n. 1, per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, si è delineato un quadro normativo che definisce i rapporti del comparto sociale con quello sanitario,

consentendo ad entrambi di avere come obiettivo le identiche linee guida di integrazione, superando vecchie rigidità che nel passato hanno reso difficile il dialogo tra gli stessi.

Il D.lgs 502/1992 e s.m.i. definisce *“prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.*

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.”

L'organizzazione e le competenze gestionali a livello locale in materia di integrazione sociosanitaria, di cui alla lettera a), trovano nel D.P.C.M. 29.11.2001, così come confermato dalla legge 27 dicembre 2002 n. 289 (Legge Finanziaria per il 2003), una prima definizione delle tipologie di prestazioni per aree di intervento ed una regolamentazione dei criteri di suddivisione della spesa tra il Servizio Sanitario e gli utenti/Comune (vedi allegato 1.C al DPCM stesso).

LA STRATEGIA REGIONALE: I SERVIZI A DOMICILIO

Negli ultimi anni in Regione Piemonte si è diffusa sempre più la sensibilità a promuovere e sviluppare i servizi di assistenza domiciliare e a non considerare l'inserimento in struttura come principale risposta alle situazioni delle persone parzialmente o gravemente non autosufficienti.

La D.G.R. 51/2003, all.A, ha pertanto definito l'articolazione delle cure domiciliari nella fase di lungoassistenza.

Risorse sanitarie e sociali significative sono state impiegate in questi anni a supporto dei progetti di mantenimento a domicilio, a seguito anche dell'introduzione del Fondo nazionale per le non autosufficienze.

L'amministrazione regionale condivide la necessità di consolidare gli interventi di presa in carico precoce delle situazioni delle persone non autosufficienti, evitando il ricorso ad interventi e/o prestazioni sanitarie inappropriate e, a tal fine, va detto che il programma operativo 2013-2015 elaborato dalla Regione Piemonte, per via degli adempimenti connessi al piano di rientro della spesa sanitaria, prevede, a fronte di una riduzione dei posti letto per le post acuzie, proprio il potenziamento della rete delle cure domiciliari, che, ricordiamo, realizzano a domicilio un intervento assistenziale unitario limitato o continuativo di natura socio-sanitaria integrata.

LE CRITICITÀ

La richiesta da parte del Tavolo nazionale di verifica e monitoraggio dei LEA di uno sviluppo ulteriore dell'attività dei servizi di ADI, rivolti a persone non autosufficienti rappresenta una risposta parziale, perché molto spesso le condizioni di patologia cronica di tali persone conducono ad una condizione di non autosufficienza che necessita di una presa in carico più prolungata, con bisogni di interventi in lungoassistenza basati sull'integrazione di prestazioni professionali (OSS) e di prestazioni non professionali (assistenti familiari), come l'esperienza dei contributi economici a supporto della domiciliarità (DGR 39/2009 e DGR 56/2010) ben dimostra.

IL PIANO PERSONALIZZATO

Le prestazioni domiciliari in lungoassistenza (LA) rappresentano, quindi, il rafforzamento di una modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza che integri le diverse componenti sanitaria, socio-sanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno.

I VANTAGGI

Tale fase è finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile ed a rallentare il suo deterioramento, ed è caratterizzata da un minore impegno terapeutico e/o riabilitativo, rispetto all'A.D.I. e da un maggiore intervento socio-sanitario rivolto a favorire il mantenimento/recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione, ed in linea generale, il miglioramento della qualità della vita e lo stato di salute delle persone.

IL RUOLO DEL FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE

L'introduzione del Fondo Nazionale per le non autosufficienze ha consentito in Piemonte di sviluppare le misure di sostegno alla domiciliarità di persone non autosufficienti già in atto.

LA FUNZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO

Il contributo economico a sostegno della domiciliarità in LA, così come è stato definito dalla normativa regionale di riferimento (DGR 39-1190 del 6.4.2009), è un intervento a rilievo sociosanitario, prioritariamente rivolto a favore di persone anziane non autosufficienti, che si configura come erogazione monetaria riconosciuta al beneficiario di un Piano Assistenziale Individuale, per la copertura del costo dei servizi di assistenza tutelare socio sanitaria:

- prestazioni di cura familiare e affidamento;
- assunzione di un Assistente Familiare;
- acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare del profilo professionale ADEST/OSS;
- acquisto del servizio di telesoccorso.
- altri servizi di natura integrativa/sostitutiva.

I DESTINATARI

Con D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010 si è ampliato il ventaglio dei destinatari, estendendo il contributo economico a sostegno della domiciliarità a favore degli anziani non autosufficienti alle persone con disabilità non autosufficienti di età inferiore a 65 anni.

I CANALI DI FINANZIAMENTO

Attualmente il sistema delle cure domiciliari è alimentato attraverso diversi canali di finanziamento:

- A) risorse statali stanziare attraverso il Fondo per le non autosufficienze assegnate agli Enti capofila, Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e ASL, individuati dalla DGR 39-11190/2009;
- B) risorse regionali assegnate agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per i servizi domiciliari con apposito stanziamento di bilancio;
- C) risorse provenienti dal Fondo Sanitario Regionale per prestazioni riconducibili ai LEA (50% costo OSS);
- D) risorse aggiuntive provenienti dal FSR, e come tali erogate e contabilizzate dalle ASL.

I VINCOLI E LE PROSPETTIVE

Le risorse del Fondo per le non autosufficienze istituito in base all'art.1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria.

Il Tavolo congiunto Ministero Economia e Finanze e Ministero della Salute relativo alla spesa sanitaria regionale prevede che le ASL, a decorrere dal 1° gennaio 2014, non possano più iscrivere, nei loro bilanci, risorse per prestazioni aggiuntive oltre i LEA previsti a livello nazionale, nonché per attività a rilevanza sociale.

Viene ravvisata la necessità di modificare la DGR 39/2009 e la DGR 56/2010 nella parte che prevede la possibilità di individuare le Aziende Sanitarie Locali come Enti capofila.

LA SOLUZIONE ADOTTATA: LA GARANZIA DELLA CONTINUITÀ NELLA ASL

La Regione Piemonte intende integrare tali risorse finanziarie nazionali con risorse proprie e che a livello nazionale sta perseguendo l'obiettivo che nel nuovo Patto per la Salute in via di definizione trovino adeguate risposte le problematiche collegate alla non autosufficienza e alla disabilità anche relativamente a queste prestazioni.

Al fine di garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni di tale natura, le risorse regionali destinate al finanziamento delle prestazioni regionali aggiuntive, di cui al precedente punto D), confluiscono nei capitoli della Direzione regionale alle Politiche Sociali secondo quanto stabilito dal disegno di legge regionale n. 381 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2014 e pluriennale per gli esercizi finanziari 2014-2016" e dal DPFR 2014-2015-2016.

La l.r. 10/2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti" prevede che le prestazioni domiciliari in lungoassistenza possano essere assicurate attraverso servizi congiuntamente resi dalle ASL e dagli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali.;

L'art. 3, comma 3, del d.lgs 502/1992 e s.m.i., prevede la possibilità da parte delle Aziende Sanitarie Locali di gestire su delega servizi socio-assistenziali.

Nelle more della definizione del nuovo Patto per la Salute e dei suoi provvedimenti attuativi e comunque con una valutazione da effettuare entro il 30/6/2014, gli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali possano concludere accordi locali che prevedano una specifica delega all'ASL per la gestione delle prestazioni domiciliari di cui alla lettera B, comma 3, art. 2 della L.R. 10/2010 per la parte di rilevanza sociale.

Tale modalità consente alle ASL, mediante specifica contabilizzazione, la gestione delle risorse sociali erogate dalla Regione a copertura di tutti i relativi costi.

Gli accordi tra Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali ed Aziende Sanitarie Locali dovranno riguardare l'erogazione di tali prestazioni con decorrenza 1 gennaio 2014, ed essere predisposti ed inviati entro il 31 gennaio 2014 alla Direzione Regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia;

IL RUOLO CENTRALE DELL'UVM

Viene confermata la titolarità sanitaria della presa in carico congiunta della persona non autosufficiente nelle competenti Unità di Valutazione a garanzia dell'appropriatezza dei Progetti Assistenziali Individuali.

NB

Viene prevista una valutazione del presente provvedimento da effettuare entro il 30/06/2014.

PUGLIA

DGR 23.12.13, n. 2530 - Del. G.R. n. 2609 del 22 novembre 2011 "Progetto Qualifycare-SLA Puglia" - Del. G.R. n. 1471 del 2 agosto 2013 "Iscrizione del FNA 2013 nel Bilancio di Previsione 2013 della Regione" - Approvazione indirizzi attuativi alle ASL e ai Comuni pugliesi per il nuovo assegno di cura 2014 a pazienti affetti da SLA/SMA e altri non autosufficienti gravissimi.

Note

PREMESSA

Il testo del decreto interministeriale approvato in sede di Conferenza Unificata del 27 ottobre 2011 assegna alla Regione Puglia, in base ai criteri di riparto enunciati all'art. 1, l'importo complessivo di Euro 6.620.000,00 a valere sul Fondo Nazionale non Autosufficienza 2011.

Nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, le risorse di cui all'articolo 1 del decreto sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica, e le altre patologie che in sede di Conferenza Unificata sono state segnalate all'attenzione del Governo, in coerenza con l'articolo 4 dell'accordo in Conferenza Unificata del 25 maggio 2011.

In particolare, al fine di evitare fratture nella continuità assistenziale e condizioni di improprio abbandono delle famiglie, le azioni sono le seguenti:

- a) progetti finalizzati a realizzare o potenziare percorsi assistenziali domiciliari che consentano una presa in carico globale della persona affetta e dei suoi familiari, atteso che il domicilio della persona con SLA rappresenta il luogo d'elezione per l'assistenza per la gran parte del corso della malattia;
 - b) interventi volti a garantire il necessario supporto di assistenti familiari per un numero di ore corrispondente alle differenti criticità emergenti con l'evoluzione della malattia, inclusa l'attivazione di specifici percorsi formativi per assistenti familiari per pazienti affetti da SLA che coprano gli aspetti legati alle diverse aree di bisogno (motoria, respiratoria, nutrizionale, della comunicazione, della dimensione domiciliare);
 - c) interventi volti al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, in sostituzione di altre figure professionali e sulla base di un progetto personalizzato in tal senso monitorato.
- in ogni caso, le risorse di cui al decreto in oggetto sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria. Le prestazioni, gli interventi e i servizi di cui al comma precedente non possono configurarsi come sostitutivi di quelli sanitari.

L'AZIONE DELLA REGIONE

Con propria DGR n. 2888 del 22/11/2011 la Giunta Regionale ha approvato il programma di lavoro per il Progetto "QualifyCare SLA Puglia", con il relativo quadro economico, al cui interno trovava spazio l'attivazione del nuovo assegno di cura per i pazienti affetti da SLA, mediante

assegnazione di Euro 5.000.000,00 alle ASL.

Inoltre con DGR. n. 1724 del 7 agosto 2012 la Regione Puglia ha approvato il dettaglio esecutivo del Progetto QualifyCare SLA Puglia, in coerenza con le finalità e gli obiettivi del programma attuativo dell'Intesa SLA sottoscritta in data 27/10/2011 tra Governo e Regioni in sede di Conferenza Stato Regioni, come presentato dalla Regione Puglia e finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Il Progetto QualifyCare SLA Puglia è fortemente orientato ad accrescere il livello della integrazione sociosanitaria della presa in carico domiciliare delle persone affette da SLA ed altre malattie rare neuromuscolari di diagnosi affine, per supportare concretamente le famiglie nei carichi di cura che, nonostante i presidi sanitari, ricadono sulla famiglia in misura consistente.

LE LINEE GUIDA

A seguito della concertazione tra tutti i componenti il "Tavolo tecnico per il coordinamento del Progetto Qualify-Care SLA Puglia", si è pervenuti alla definizione di Linee Guida per le ASL per la presa in carico dei pazienti affetti da SLA con PAI (Progetti assistenziali individualizzati), approvate con A.D. n. 550/2012 del dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria, necessarie per standardizzare le principali fasi della presa in carico del paziente SLA e per definire le procedure da seguire per l'accesso dei pazienti e dei loro familiari ai seguenti contributi economici:

a) assegno di cura per i pazienti SLA

b) contributi economici per la compartecipazione alla retta per il ricovero di sollievo in strutture residenziali sociosanitarie in favore delle famiglie (quota sociale della retta);

- le suddette Linee Guida stabiliscono anche la cadenza bimestrale di erogazione dell'Assegno di cura SLA una volta definito il PAI del paziente SLA e la dimensione dell'Assegno cui ha diritto, sulla base della valutazione multidimensionale, da aggiornare trimestralmente, e pertanto si rende necessario assicurare alle ASL la liquidità che possa dare copertura al fabbisogno bimestrale di cassa per l'erogazione degli Assegni di cura.

LA DISPOSIZIONE

Sono approvate le Linee guida per l'assegno di cura per persone gravemente non autosufficienti per l'annualità 2014, di cui all'Allegato A, al fine di fornire indirizzi attuativi vincolanti per tutte le ASL pugliesi, che mantengono la titolarità della gestione del beneficio economico, nonché ai Comuni pugliesi, che concorrono alla valutazione del bisogno socioassistenziale ed economico corrispondente alla presa in carico domiciliare del paziente gravemente non Autosufficiente, mediante la valutazione in UVM, e alla erogazione delle prestazioni sociali che concorrono alle Cure Domiciliari Integrate da riconoscere agli assistiti aventi diritto.

Le Linee Guida regolano i seguenti aspetti:

- requisiti di ammissibilità per i richiedenti il beneficio economico
- criteri di valutazione del livello di gravità della non autosufficienza
- determinazione dell'ammontare economico del beneficio riconosciuto
- procedure e tempi di istruttoria e di erogazione del beneficio
- monitoraggio e controllo.

Le Linee Guida si applicano per l'erogazione di tutti gli assegni di cura a pazienti gravemente non autosufficienti, sia finanziati a valere sul Fondo Nazionale Non Autosufficienza, sia finanziati a valere sul Fondo Regionale Non Autosufficienza.

In ogni caso, per i soli pazienti affetti da SLA e da SMA, che abbiano già beneficiato dell'Assegno di cura nell'anno 2013, l'erogazione degli assegni di cura da parte delle ASL a partire dal 1° gennaio 2014 sarà effettuata in continuità con quanto realizzato nel corso del 2013 e comunque nel rispetto degli ulteriori requisiti e modalità di accesso che Linee Guida dispongono.

VENETO

DGR 30.12.13, N. 3018 - Approvazione di un progetto sperimentale di erogazione dell'assistenza domiciliare integrata in attuazione a quanto previsto dalla dgr 1404 del 17.02.2012. individuazione delle aziende ulss che avviano la sperimentazione e relativo finanziamento.

Note

PREMESSA

La Conferenza Unificata in data 2 febbraio 2012 ha sancito l'Intesa tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome e gli Enti locali concernente l'utilizzo delle risorse da destinare al finanziamento di azioni per le politiche a favore della famiglia e per l'assistenza a domicilio delle persone anziane.

Con DGR1404 del 17.07.2012 è stata recepita la sopraccitata Intesa della Conferenza Unificata, approvando gli interventi relativi agli obiettivi prefissati e prevedendo, in particolare, un percorso innovativo nel quale gli interventi dell'assistenza domiciliare integrata siano svolti da équipes di lavoro delle strutture -residenze per anziani specificatamente preparati.

Tale sperimentazione consente alla persona di rimanere all'interno del proprio ambiente di vita domestico e di limitare il ricorso ad eventuali ricoveri ospedalieri.

E' priorità della programmazione regionale, confermata anche dal Piano socio sanitario, anno 2012-2016, promuovere la permanenza della persona anziana nel proprio contesto di vita, anche quando non autosufficiente.

Diventa, pertanto, strategico potenziare lo sviluppo delle strutture residenziali esistenti aperte al territorio al fine di erogare, oltre alla tradizionale accoglienza residenziale, altri servizi di supporto alla domiciliarità (fornitura pasti, servizi assistenziali e riabilitativi).

IL GRUPPO DI LAVORO

Al fine di realizzare, in via sperimentale, tale nuovo percorso innovativo, è stato costituito un gruppo di lavoro con il compito di elaborare una proposta alla Giunta Regionale, nella quale individuare un sistema di potenziamento del ruolo e collegamento delle strutture residenziali con i servizi distrettuali delle Aziende ULSS e con gli Enti Locali.

Il gruppo di lavoro è composto da personale della Direzione Servizi Sociali, della Segreteria per la Sanità, da esperti che gestiscono centri di servizio in Veneto e da personale delle Aziende ULSS esperte nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

IL PROGETTO SPERIMENTALE

Il gruppo di lavoro, in attuazione all'incarico ricevuto, ha predisposto una proposta di progetto sperimentale da avviare in 7 realtà territoriali di Aziende ULSS (scelte una per territorio provinciale) dove, la valutazione del bisogno di assistenza e l'approvazione del piano individuale di assistenza rimane in capo all'Azienda ULSS, mediante le Unità di valutazione multidimensionale, ma l'erogazione delle prestazioni e del servizio deve essere, mediante apposite convenzioni, svolto dai Centri di Servizio.

IL RUOLO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

In tale modello progettuale, descritto nell'Allegato A, l'anello di raccordo della rete deve essere il distretto socio-sanitario e, in particolare modo la centrale operativa territoriale che, quale strumento di supporto al distretto, svolge la funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente, di raccolta e classificazione del problema/ bisogno espresso, attivando le risorse più appropriate, pianificando gli interventi e organizzando i soggetti delle rete assistenziale.

L'APPROVAZIONE DEL MODELLO PROGETTUALE

Viene approvato il modello progettuale contenuto nell'Allegato A, affidando la realizzazione in via sperimentale alle Aziende n. 2, 5, 16, 9, 13, 19, 20 che, risultano avere un minor numero di persone assistite a domicilio con prestazioni socio sanitarie e sociali in base alla popolazione residente, al fine di arrivare, in risposta anche all'obiettivo nazionale, ad un aumento di persone beneficiaria di assistenza domiciliare integrata.

IL FINANZIAMENTO

Per la realizzazione del progetto viene disposto un finanziamento di € 700.000,00. Ciascuna Azienda ULSS, come sopra individuata e già resasi disponibile a partecipare alla sperimentazione, dovrà comunicare formalmente l'adesione alla sperimentazione stessa e potrà ricevere il finanziamento previsto nella misura del 60% all'avvio e nella misura del 40% a conclusione, solo a seguito di formale rendicontazione delle spese sostenute, accompagnata da una relazione di valutazione sui risultati raggiunti e sottoscritta da tutti gli attori del progetto. La formale rendicontazione dovrà essere presentata entro e non oltre il 31 marzo 2015.

ALLEGATO A

Titolo:

Progetto sperimentale di assistenza domiciliare, DGR 1404 del 17 luglio 2012.

Analisi del contesto e struttura del progetto.

E' priorità della programmazione regionale, confermata anche dal Piano socio sanitario, anno 2012-2016, promuovere la permanenza della persona anziana nel proprio contesto di vita, anche quando non autosufficiente.

Diventa, pertanto, strategico potenziare lo sviluppo delle strutture residenziali esistenti aperte al territorio, al fine di erogare, oltre alla tradizionale accoglienza residenziale, altri servizi di supporto alla domiciliarità (fornitura pasti, servizi assistenziali e riabilitativi).

Da qui la necessità di avviare una sperimentazione dove i Centri di servizio autorizzati all'esercizio, tramite una serie di accordi con le Aziende ULSS e/o i Comuni potranno diventare attori all'interno della rete di offerta dei servizi anche nell'ambito della domiciliarità.

La Regione del Veneto vuole proporre un sistema innovativo di erogazione dei servizi domiciliari coinvolgendo i centri di servizio, attivando in alcuni territori di Aziende ULSS delle progettualità che in via sperimentale realizzino un modello di erogazione dell'assistenza domiciliare integrata da parte dei Centri di servizio esistenti.

Rimane sempre in capo all'Azienda ULSS, mediante le Unità di valutazione multidimensionale, il compito di approvare il progetto individuale assistenziale della persona, ma l'erogazione delle prestazioni e del servizio può essere, mediante apposite convenzioni, svolto dai Centri di Servizio.

Anello di raccordo della rete deve essere il distretto socio-sanitario e, in particolare modo la centrale operativa territoriale che, quale strumento di supporto al distretto, svolge la funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente, di raccolta e classificazione del problema/ bisogno espresso, attivando le risorse più appropriate, pianificando gli interventi e organizzando i soggetti delle rete assistenziale.

Destinatari

Le Aziende ULSS del Veneto che in convenzione con i Centri di Servizio, autorizzati all'esercizio afferenti al loro territorio, siano in grado di sperimentare un nuovo sistema di erogazione dell'assistenza domiciliare integrata, aumentando il numero dei beneficiari.

Elementi di innovazione del progetto

La presente proposta intende sperimentare, alla luce del nuovo Piano Socio-Sanitario e dell'innovazione apportate dalla DGR 1338 del 30 luglio 2013 "Revisioni delle prestazioni costituenti i Lea aggiuntivi regionali in ambito socio-sanitario", *una nuova modalità di erogazione dei servizi di assistenza domiciliare*, attraverso la quale il cittadino può ricevere la prestazione di assistenza dal Centro di Servizio convenzionato con l'Azienda ULSS.

Soggetti partner coinvolti nel progetto

A- L' Azienda ULSS con funzione di capofila, svolge un ruolo di coordinamento di tutte le attività e di supporto alla gestione del progetto, in particolare:

- verifica l'interesse dei Centri di Servizio presenti nel territorio;
- elabora un piano di attività sulla base delle linee progettuali regionali;
- presenta alla Regione l'adesione alla sperimentazione;
- verifica l'attuazione del piano attività;
- svolge l'attività amministrativa necessaria all' attuazione del piano attività e del relativo controllo;

B- Il Centro di Servizio:

- stipula appositi accordi con ULSS;
- attiva le risorse necessarie;
- attua il servizio previsto;
- raccoglie le informazioni per la verifica dell'attività.

Finalità

- Con questa progettualità la Regione del Veneto intende rispondere in maniera diversificata e flessibile ai nuovi bisogni delle famiglie e delle persone anziane non autosufficienti, assicurandone e garantendone adeguate cure ed assistenza nel proprio domicilio; si intende migliorare la qualità degli interventi volti a realizzare o a supportare progetti riabilitativi per favorire l'autonomia e la vita di relazione dell'utente nel proprio ambiente.

Obiettivi

Incremento della percentuale di anziani beneficiari di assistenza domiciliare integrata almeno del 2%.

Metodologia

Individuazione di un percorso innovativo nel quale gli interventi di tipo sociale e socio-sanitario siano svolti direttamente da équipes di lavoro delle strutture residenze per anziani, specificatamente preparate per gli interventi domiciliari integrati.

L'organizzazione della rete viene svolta dal distretto socio-sanitario e, in particolare modo dalla centrale operativa territoriale.

La centrale operativa territoriale, ai sensi della DGR 975 del 18.06.2013, è l'elemento cardine

dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente e di raccordo fra i soggetti delle rete assistenziale (coordina la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare protetta e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali).

Tipologia di interventi

Le attività previste nel presente progetto riguardano principalmente l'assistenza nelle attività strumentali della vita quotidiana integrate con le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

Le attività che potranno essere svolte sono:

- attività riabilitativa;
- attività assistenziali;
- attività infermieristiche;
- attività specialistiche ove possibile, in particolare per le demenze.

Si rimanda alla DGR n. 2372 del 29.12. 2011 per quanto riguarda alla definizione della prestazioni individuate nell'ambito dell'assistenza domiciliare .

La presa in carico dovrà seguire un piano di cure basato sulla valutazione multidimensionale e multi professionale dei bisogni e delle risorse dell'utente e dei suoi familiari.

Ambito territoriale

Le prestazioni offerte avranno le stesse finalità delle attività già in atto con il servizio ADI (assistenza Domiciliare Integrata) all'interno dell'ambito territoriale dell'ULSS.

Durata

Lo svolgimento del progetto prevede la durata di un anno durante i quali saranno attuate tutte le fasi richieste, comprese la valutazione finale, il raggiungimento degli obiettivi, il gradimento degli utenti e dei loro familiari oltre che una relazione dell'ULSS interessata.

Risorse

Il soggetto proponente, la Regione del Veneto, metterà a disposizione la somma complessiva di € 700.000,00 che andrà a finanziare 7 Aziende ULSS (una per ambito provinciale), ossia le Aziende ULSS n. 2, n.5, n. 9, n.13, n.16, n.19, n.20 che risultano avere un minor numero di persone assistite a domicilio con prestazioni socio sanitarie e sociali in base alla popolazione residente, al fine di arrivare, in risposta anche all'obiettivo nazionale, ad un aumento di persone beneficiaria di assistenza domiciliare integrata.

Il finanziamento viene ripartito per il 70% in misura uguale per tutte le 7 Aziende individuate e la rimanente parte del 30% ripartita in base alla percentuale degli assistiti in rapporto alla popolazione residente, applicando un correttivo dato dal numero delle persone assistite a domicilio con prestazioni socio sanitarie e sociali (fonte dati osservatorio regionale per le politiche sociali e pubblicazione gennaio 2013 del Sistema Epidemiologico Regione del Veneto).

Tabella a)

Modalità di compartecipazione degli enti

L' Azienda ULSS con funzione di capofila, supporta il Centro di Servizio nelle varie fasi della presentazione, gestione e valutazione del progetto; i costi di tutte le attività amministrative non saranno rimborsati. E' prevista la possibilità di accordi tra le Aziende ULSS limitrofi per sperimentare la progettualità regionale.

Presa in carico dell'utenza

Per la modalità di presa in carico si utilizzeranno i normali canali organizzati dai servizi sociali dell'amministrazione comunale e i competenti servizi dell'Azienda ULSS secondo le modalità di attivazione e di erogazione delle prestazioni dei servizi sociosanitari integrati .

Le modalità di presa in carico da parte dei Centri di Servizio seguirà un protocollo che dovrà essere predisposto tra le parti interessate.

Il Centro di Servizio dovrà inoltre comunicare tutte le variazioni riferite alla situazione personale dell'assistito.

Modalità di verifica e di valutazione

Nella sperimentazione devono essere stabilite le attività di monitoraggio e di valutazione in conformità agli scopi e agli obiettivi prefissati.

La gestione delle attività dovrà essere effettuata attraverso sistemi informativi in uso o presso il Centro di Servizio o l'ULSS.

Dovranno essere elaborati indicatori di processo e di esito da utilizzarsi per il monitoraggio e la valutazione

Infine l'Ente promotore potrà richiedere ai soggetti partner l'aggiornamento e l'integrazione dei dati riguardanti l'attività svolta.

Rendicontazione delle attività e delle risorse economiche

Al termine del progetto sperimentale dovranno essere messi in evidenza e relazionati:

- i dati sull'organizzazione, contesto di riferimento, amministrazione

- i risultati ottenuti in termini di numero di beneficiari, delle azioni per la promozione della performance organizzativa, tipologia di prestazioni e il personale impiegato;
- i costi sostenuti per la realizzazione (le spese amministrative andranno a essere indicate a parte come compartecipazione).

PARI OPPORTUNITÀ

PUGLIA

DGR 17.12.13, n. 2478 - Fondo Nazionale per le attività delle consigliere e dei consiglieri di parità. Riparto anno 20012. (BUR n. 11 del 28.1.14)

Note

Viene ratificato il criterio di riparto del Fondo nazionale per le attività delle consigliere di parità di cui all'art.18 del DLgs 198/06 e s.i.m, attribuito con D.M. 01.02.13 con le quantificazioni di seguito

riportate:

| | |
|--|------------|
| - Consigliera regionale di parità | € 5.000,03 |
| - Consigliera provinciale di parità BAT | € 2.000,00 |
| - Consigliera provinciale di parità Bari | € 4.656,43 |
| - Consigliera provinciale di parità Brindisi | € 4.656,43 |
| - Consigliera provinciale di parità Foggia | € 4.656,43 |
| - Consigliera provinciale di parità Lecce | € 4.656,43 |
| - Consigliera provinciale di parità Taranto | € 4.656,43 |

PERSONE CON DISABILITÀ

SICILIA

DASS 27.1.14 - Protocollo sperimentale d'intesa tra la Regione siciliana e l'INPS per l'affidamento delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile. (GURS n. 6 del 7.2.14)

Art. 1

È approvato il Protocollo sperimentale d'intesa stipulato l'8 gennaio 2014 tra la Regione siciliana e l'INPS per l'affidamento delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile (art. 18, comma 22, D.L. 6 luglio 2011, n. 98 convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111) che, allegato al presente decreto, ne costituisce parte integrante.

Art. 2

Con il suddetto Protocollo sperimentale d'intesa, le Parti disciplinano l'affidamento, dalla Regione all'INPS, dell'esercizio delle funzioni di accertamento nonché di rivedibilità dei requisiti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità, limitatamente alle competenze dell'ASP di Trapani.

Art. 3

A decorrere dall'1 febbraio 2014 l'INPS subentra alla Regione, in via sperimentale e per un periodo di un anno, nell'esercizio di tutte le funzioni di accertamento nonché di rivedibilità dei requisiti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità, già di competenza delle commissioni mediche dell'Azienda sanitaria provinciale di Trapani, in relazione alle domande presentate a partire da tale data.

Art. 4

Il Protocollo sperimentale d'intesa ha la durata di un anno, decorrenti dall'1 febbraio 2014, e potrà rinnovarsi alla scadenza con specifiche comunicazioni scritte tra le Parti.

Allegato

PROTOCOLLO SPERIMENTALE D'INTESA TRA LA REGIONE SICILIANA E L'INPS PER L'AFFIDAMENTO DELLE FUNZIONI RELATIVE ALL'ACCERTAMENTO DEI REQUISITI SANITARI IN MATERIA DI INVALIDITÀ CIVILE (ART. 18, COMMA 22, D.L. 6 LUGLIO 2011, N. 98, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA LEGGE 15 LUGLIO 2011, N.111)

L'anno duemilaquattordici il giorno otto del mese di gennaio, presso i locali dell'Assemblea Regione siciliana, siti in Palermo – Piazza del Parlamento 1, con il presente Protocollo d'intesa tra

L'INPS Direzione regionale Sicilia, in seguito chiamata più brevemente INPS o, congiuntamente alla Regione, “le Parti”, con sede in Palermo, via Maggiore Toselli 5, rappresentata per il presente atto dal direttore regionale per la Sicilia pro-tempore, dott.ssa Maria Sandra Petrotta nata a Palermo il 9 luglio 1958 e domiciliata per la carica presso la sede regionale, giusta determinazione del presidente dell'Istituto, dr. Antonio Mastrapasqua, in data 22 novembre 2011.

e

la Regione siciliana, in seguito chiamata più brevemente Regione o, congiuntamente a INPS, “le Parti”, con sede in Palermo, Piazza Indipendenza 21 rappresentata per il presente atto dall'Assessore per la Salute, dott.ssa Lucia Borsellino.

VISTI

la Costituzione della Repubblica Italiana;

il decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n. 698, recante norme sul riordinamento dei procedimenti in materia di riconoscimento delle minorazioni civili e sulla concessione di benefici economici;

il decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, recante “Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti”;

il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;

il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, recante “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”;

la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante “Modifiche al Titolo V della Parte Seconda della Costituzione”;

l'articolo 20, commi 1 e 2, del decreto legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, che - ai fini degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità – prevede, a decorrere dal gennaio 2010, l'integrazione delle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali con un medico dell'INPS quale componente effettivo ed attribuisce altresì all'INPS la competenza ad effettuare l'accertamento definitivo e l'accertamento della permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità;

l'articolo 20, comma 3, del sopra citato decreto legge n. 78/2009, il quale stabilisce che, a decorrere dal 1 gennaio 2010, le domande volte ad ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità, complete della certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, sono presentate all'INPS, il quale provvede poi a trasmetterle alle aziende sanitarie locali;

il successivo comma 4 del medesimo articolo 20, il quale, al fine di migliorare, semplificare ed uniformare su tutto il territorio nazionale il procedimento di concessione delle prestazioni di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità - nel quadro di un trattamento economico assistenziale uniforme, previsto dalla legge dello Stato in tutto il territorio nazionale - rimanda ad un accordo quadro tra il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, la definizione delle modalità attraverso le quali sono affidate all'INPS le attività relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei citati procedimenti, stabilendo inoltre che con successive convenzioni tra l'INPS e le regioni saranno regolati gli aspetti tecnico-procedurali dei flussi informativi necessari per la gestione del procedimento per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità civile;

l'art. 18, comma 22, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, il quale - ai fini della razionalizzazione e dell'unificazione del procedimento relativo al riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità, dell'*handicap* e della disabilità - dispone che le Regioni, anche in deroga alla normativa vigente,

possono affidare all'INPS, attraverso la stipula di specifiche convenzioni, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari;

CONSIDERATO

che il ruolo delle Regioni in ambito sanitario, a seguito della modifica costituzionale del 2001 e fatte salve le competenze attribuite allo Stato, viene declinato anche negli ambiti della negoziazione regionale, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di salute ed organizzativi definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale;

che i più recenti provvedimenti legislativi dello Stato rafforzano il ruolo dell'INPS nei procedimenti per l'ottenimento dei benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità, con l'intento di rendere omogeneo sull'intero territorio nazionale il relativo procedimento, evitandone la frammentazione tra più amministrazioni, e di favorirne lo svolgimento efficace, efficiente, ed economico;

che, in particolare, l'integrazione delle commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali con un medico dell'INPS, quale componente effettivo, ha il chiaro obiettivo di garantire ai bisogni protetti una risposta che sia il più possibile omogenea, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, oltre che adeguata alla complessità dei bisogni medesimi;

che anche l'attribuzione all'INPS dell'accertamento sanitario definitivo e della verifica della permanenza degli stati di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità è volta al perseguimento del medesimo obiettivo;

che la riorganizzazione dei processi di invalidità civile, affidando agli attori pubblici coinvolti il compito di rendere integrati e coerenti i rispettivi apporti procedurali, comporta una maggiore vicinanza del servizio all'utenza;

che sia l'implementazione del nuovo modello organizzativo di gestione del procedimento di riconoscimento degli stati di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità, fondato sull'accrescimento dei compiti dell'INPS, sia lo sviluppo di una logica di sistema fra INPS e Regioni in materia, appaiono obiettivi largamente condivisi, nell'ottica del miglioramento dei relativi servizi;

che la commissione medica superiore INPS è garante dell'uniformità della prassi accertativa e della corretta applicazione dei principi valutativi medico-legali su tutto il territorio nazionale;

che risponde appieno alle esigenze sopra rappresentate il completamento del percorso di omogeneizzazione degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità, tramite la stipula di apposita convenzione, con la quale la Regione affida all'INPS l'esercizio delle proprie funzioni in materia,

che è intendimento delle parti – previa valutazione della compatibilità economica – procedere all'affidamento, dalla Regione all'INPS, dell'esercizio delle funzioni di accertamento nonché di rivedibilità dei requisiti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità, in atto di competenza delle commissioni mediche delle Aziende sanitarie provinciali della Regione Sicilia

RITENUTO

per le finalità sopra indicate, che rispondono a criteri di semplificazione delle procedure a favore dell'utenza e di contenimento dei costi dell'attività delle commissioni mediche delle AA.SS.PP. gravanti sul servizio sanitario regionale, di convenire l'affidamento all'INPS, in via sperimentale e per il periodo di un anno, di tutte le funzioni di accertamento nonché di rivedibilità dei requisiti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità, in atto di competenza delle commissioni mediche dell'Azienda sanitaria provinciale di Trapani, in relazione alle domande presentate a partire dalla data di cui al successivo articolo 3

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Art. 1

Natura del preambolo

Quanto sin qui premesso forma parte integrante e sostanziale del presente Protocollo sperimentale d'intesa.

Art. 2

Finalità

Con il presente Protocollo sperimentale d'intesa, le Parti disciplinano l'affidamento, dalla Regione all'INPS, dell'esercizio delle funzioni di accertamento nonché di rivedibilità dei requisiti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità, limitatamente alle competenze dell'ASP di Trapani, dichiaratasi disponibile in tal senso.

Art. 3

Oggetto

A decorrere dall'1 febbraio 2014 l'INPS subentra alla Regione, in via sperimentale e per un periodo di un anno, nell'esercizio di tutte le funzioni di accertamento nonché di rivedibilità dei requisiti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità, già di competenza delle commissioni mediche della Azienda sanitaria provinciale di Trapani, in relazione alle domande presentate a partire da tale data.

La competenza per le domande di accertamento antecedenti alla data sopra indicata resta a carico della stessa ASP fino alla completa definizione di tutti gli accertamenti di competenza.

Le attività di accertamento sanitario, oggetto del presente protocollo d'intesa, si svolgeranno nei locali della struttura territoriale dell'INPS.

Art. 4

Obblighi delle parti

Restano a carico dell'ASP gli oneri di eventuali controversie relative alle attività rimaste in carico alla ASP stessa, precedentemente alla data dell'1 febbraio 2014, per la definizione delle domande di accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile e di rivedibilità dei requisiti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità o conseguenti ad eventuali ritardi nell'esecuzione delle stesse attività svolte fino alla medesima data. In ogni caso, resta a carico dell'ASP l'eventuale responsabilità derivante da ritardi o altri disservizi connessi alle domande gestite dalla ASP stessa.

Art. 5

Obblighi ex D.lgs n. 196/2003

Le Parti assumeranno tutte le iniziative necessarie a garantire che le attività siano effettuate nel rigoroso rispetto della disciplina in materia di trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), in particolare per quanto concerne l'adozione ed il rispetto delle misure di sicurezza, gli adempimenti e la responsabilità nei confronti degli interessati, dei terzi nonché dell'autorità del garante per la protezione dei dati personali.

L'INPS, una volta acquisiti i dati - che ai sensi dell'articolo 11 del citato D. lgs. n. 196/2003, dovranno essere pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità perseguite - è Titolare del relativo trattamento e assicura che non vengano utilizzati per motivi diversi da quelli previsti dalle disposizioni normative vigenti ma siano trattati limitatamente a quanto strettamente connesso agli scopi di cui alla presente convenzione.

L'INPS provvederà, altresì, a che i dati medesimi non siano divulgati, comunicati, ceduti a terzi né in alcun modo riprodotti al di fuori dei casi previsti dalla legge e si impegna ad impartire precise e dettagliate istruzioni agli addetti al trattamento che, operando in qualità di incaricati ai sensi dell'art. 30 del decreto legislativo n. 196/2003, avranno accesso alle informazioni.

Art. 6

Referenti responsabili del Protocollo d'intesa

Le Parti nominano quali referenti responsabili della gestione del presente Protocollo d'intesa:

- la dott.ssa Maria Sandra Petrotta, direttore regionale, in rappresentanza dell'INPS;
- Il legale rappresentante *pro tempore* dell'Azienda sanitaria provinciale di Trapani, in rappresentanza della Regione.

Art. 7

Attività di monitoraggio

L'INPS e la Regione avvieranno forme di monitoraggio e di verifica delle attività previste nel presente protocollo d'intesa, in relazione alla tempestività del servizio erogato.

Le Parti si riservano di concordare ulteriori specifiche forme di collaborazione con le altre AASSPP volte alla ottimizzazione dei reciproci adempimenti.

Le Parti definiranno congiuntamente le eventuali criticità che dovessero emergere dall'applicazione del presente protocollo sperimentale d'intesa.

Art. 8

Durata, rinnovo, modifica

Il presente Protocollo sperimentale d'intesa ha la durata di un anno dalla data di cui all'art. 3 e potrà rinnovarsi alla scadenza con specifiche comunicazioni scritte tra le Parti.

Il presente Protocollo potrà essere modificato su conforme volontà delle Parti, da manifestarsi per atto scritto.

Ciascuna Parte si impegna a portare preventivamente a conoscenza dell'altra le eventuali variazioni che si ritenga opportuno apportare al presente protocollo di intesa.

Art. 9

Controversie

Per le controversie che potrebbero sorgere tra le Parti contraenti relative all'interpretazione ed alla esecuzione del presente Protocollo è competente in via esclusiva il Foro di Palermo ex art. 29, comma 2, del codice di procedura civile.

INPS DIREZIONE REGIONALE SICILIA REGIONE SICILIANA

Dott.ssa Maria Sandra Petrotta Dott.ssa Lucia Borsellino

TOSCANA

DGR 20.1.14, n. 39 - Approvazione Protocollo di Intesa tra Regione Toscana e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali finalizzato all'attivazione ed implementazione della proposta progettuale della Regione Toscana in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità ai sensi del Decreto Direttoriale n. 134 del 31 ottobre 2013. (BUR n. 4 del 29.1.14)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge 18 del 3 marzo 2009 "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".

Programma di Azione Biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità

(art. 3, comma 5 della L. 18/2009), approvato dal Consiglio dei Ministri del 27 settembre 2013 e adottato

con Decreto del Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013, acquisito il parere favorevole, espresso da parte della Conferenza Unificata il 24 luglio 2013.

La linea di azione n. 3, del richiamato Programma di Azione che illustra le proposte in materia di "Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società";

Piano Sanitario Regionale 2008/2010 approvato con Delibera del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008 che al punto 5.6.2.3 prevede il "completamento e verifica della sperimentazione nella Vita Indipendente progettandone una regolamentazione specifica".

Piano Integrato Sociale Regionale PISR 2007-2010 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n.113 del 31 ottobre 2007 che prevede, tra gli interventi di settore, al punto 7.8.2 in particolare di sostenere l'indipendenza delle persone con disabilità grave, sulla base della sperimentazione di progetti di Vita Indipendente, in situazione di autonomia di vita o di convivenza familiare o comunitaria.

comma 1 dell'art. 133 della L.R. 27 dicembre 2011 n.66 che proroga piani e programmi regionali attuativi del programma regionale di sviluppo (PRS) 2006-2010 fino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal PRS 2011-2015.

DGR n. 977 del 6.10.2003 che ha approvato il "Progetto Speciale Disabilità" che individuava una specifica azione denominata "Sperimentazione del progetto Vita Indipendente" prevedendo l'attivazione di una prima sperimentazione dei progetti di Vita Indipendente.

Con la DGR n. 14 del 13.01.2014 sono state assegnate e prenotate le risorse finanziarie per l'annualità 2014 finalizzate ai Progetti di Vita Indipendente.

In data 31 ottobre 2013 sono state approvate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali le linee guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, adottate con decreto direttoriale n. 134/2013.

LA RICADUTA SULLA REGIONE

La Regione Toscana ha presentato la propria proposta di adesione alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente e ed inclusione nella società delle persone con disabilità ai sensi del sopra richiamato decreto direttoriale n. 134/2013 indicando 5 ambiti territoriali, di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328 che ne hanno fatto esplicita richiesta (Zona Pisana, Zona Empolese Valdelsa, Zona Grossetana, Zona Mugello, Zona Aretina).

Il decreto direttoriale n. 206 del 10 dicembre 2013 ha approvato la lista dei progetti presentati ai sensi delle richiamate linee guida del 31 ottobre 2013 e autorizzato il finanziamento, secondo la ripartizione evidenziata nell'elenco di cui all'art. 2 del medesimo decreto direttoriale, per un importo complessivo di Euro 3.200.000,00.

IL PROTOCOLLO

Viene approvata lo schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Toscana e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di cui all'Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia).

Viene demandato al dirigente del settore competente all'interno della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, l'espletamento delle procedure amministrative necessarie allo sviluppo delle progettualità negli ambiti territoriali ammessi al finanziamento, di cui all'allegato B) parte integrante e sostanziale del presente atto.

SEGUONO ALLEGATI

POLITICHE SOCIALI

CAMPANIA

DPGR n. 26 del 25/01/2014 - Esercizio del potere sostitutivo ex articolo 47 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 nei confronti degli enti locali associati nell'ambito territoriale s9. nomina commissario ad acta. (BUR n. 7 del 27.1.14)

Note

Viene nominata la dr.ssa Giuseppina Arcaro nata a Laurino (Sa) il 20/11/1953 quale commissario *ad acta* dei comuni di Alfano, Camerota, Cataletto Spartano, Caselle in Pittari, Celle di Bulgheria, Centola, Ispani, Morigerati, Roccagloriosa, Rofrano, San Giovanni a Piro, Santa Marina, Sapri, Torraca, Torre Orsaia, Tortorella, Vibonati, aggregati nell'ambito territoriale S9, con lo specifico mandato di provvedere, in sostituzione degli ordinari organi comunali:

1.1 alla adozione, ai sensi dell'articolo 10, comma 2, lettera b), della legge regionale n. 11/2007, e alla sottoscrizione della forma associativa per l'esercizio associato delle funzioni afferenti il sistema integrato locale degli interventi e dei servizi sociali;

1.2 alla adozione e alla presentazione del piano di zona di ambito ai sensi dell'articolo 21 della legge regionale n. 11/2007, nel rispetto delle indicazioni operative di cui al decreto dirigenziale n. 308 del 17 giugno 2013, nonché alla sottoscrizione dell'accordo di programma.

Il mandato commissariale dura sessanta giorni a decorrere dalla notifica del presente decreto, salvo un periodo di proroga su richiesta motivata del commissario incaricato.

DPGR n. 27 del 25/01/2014 - Esercizio del potere sostitutivo ex articolo 47 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 nei confronti degli enti locali associati nell'ambito territoriale n33. nomina commissario ad acta. (BUR n. 7 del 27.1.14)

Note

Viene nominato l'avv. Giovanni Reggio nato a Napoli il 24/05/1955 quale commissario *ad acta* dei comuni di Massa Lubrense, Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Sorrento, Vico Equense

aggregati nell'ambito territoriale N33, con lo specifico mandato di provvedere, in sostituzione degli ordinari organi comunali:

1.1 alla adozione, ai sensi dell'articolo 10, comma 2, lettera b), della legge regionale n. 11/2007, e alla sottoscrizione della forma associativa per l'esercizio associato delle funzioni afferenti il sistema integrato locale degli interventi e dei servizi sociali;

1.2 alla adozione e alla presentazione del piano di zona di ambito ai sensi dell'articolo 21 della legge regionale n. 11/2007, nel rispetto delle indicazioni operative di cui al decreto dirigenziale n. 308 del 17 giugno 2013, nonché alla sottoscrizione dell'accordo di programma.

Il mandato commissariale dura sessanta giorni a decorrere dalla notifica del presente decreto, salvo un periodo di proroga su richiesta motivata del commissario incaricato.

DPGR n. 28 del 25/01/2014 - Esercizio del potere sostitutivo ex articolo 47 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 nei confronti degli enti locali associati nell'ambito territoriale N16. nomina commissario ad acta. (BUR n. 7 del 27.1.14)

Note

Viene nominata di nominare la dott.ssa Mirella Murolo, nata a Napoli, il 09/12/1955 quale commissario *ad acta* dei comuni di Calvizzano, Melito di Napoli, Mugnano di Napoli, Qualiano, Villaricca aggregati nell'ambito territoriale N16, con lo specifico mandato di provvedere, in sostituzione degli ordinari organi comunali:

1.1 alla adozione, ai sensi dell'articolo 10, comma 2, lettera b), della legge regionale n. 11/2007, e alla sottoscrizione della forma associativa per l'esercizio associato delle funzioni afferenti il sistema integrato locale degli interventi e dei servizi sociali;

1.2 alla adozione e alla presentazione del piano di zona di ambito ai sensi dell'articolo 21 della legge regionale n. 11/2007, nel rispetto delle indicazioni operative di cui al decreto dirigenziale n. 308 del 17 giugno 2013, nonché alla sottoscrizione dell'accordo di programma.

Il mandato commissariale dura sessanta giorni a decorrere dalla notifica del presente decreto, salvo un periodo di proroga su richiesta motivata del commissario incaricato.

DPGR n. 29 del 25/01/2014 - Esercizio del potere sostitutivo ex articolo 47 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 nei confronti degli enti locali associati nell'ambito territoriale c2. nomina commissario ad acta. (BUR n. 7 del 27.1.14)

Note

Viene nominata la dr.ssa Stefania Fornasier nata a Caserta il 08/04/1966 quale commissario *ad acta* dei comuni di Arienzo, Cervino, Maddaloni, San Felice a Cancellò, Santa Maria a Vico, Valle di Maddaloni aggregati nell'ambito territoriale C2, con lo specifico mandato di provvedere, in sostituzione degli ordinari organi comunali:

1.1 alla adozione, ai sensi dell'articolo 10, comma 2, lettera b), della legge regionale n. 11/2007, e alla sottoscrizione della forma associativa per l'esercizio associato delle funzioni afferenti il sistema integrato locale degli interventi e dei servizi sociali;

1.2 alla adozione e alla presentazione del piano di zona di ambito ai sensi dell'articolo 21 della legge regionale n. 11/2007, nel rispetto delle indicazioni operative di cui al decreto dirigenziale n. 308 del 17 giugno 2013, nonché alla sottoscrizione dell'accordo di programma.

Il mandato commissariale dura sessanta giorni a decorrere dalla notifica del presente decreto, salvo un periodo di proroga su richiesta motivata del commissario incaricato.

DPGR n. 30 del 25.01.2014 - Esercizio del potere sostitutivo ex articolo 47 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 nei confronti degli enti locali associati nell'ambito territoriale B5. Nomina commissario ad acta. (BUR n. 7 del 27.1.14)

EMILIA-ROMAGNA

DGR 23.12.13, n. 2078 - Costituzione dell'ASP "Città di Bologna" dall'unificazione delle ASP "Giovanni XIII" e "Poveri Vergognosi" di Bologna. (BUR n. 27 del 29.1.14)

Note

Viene costituita, a decorrere dal 1 gennaio 2014 - l'ASP "Città di Bologna" con sede a Bologna, dall'unificazione delle ASP "Giovanni XXIII" e "Poveri Vergognosi" di Bologna che contestualmente cessano giuridicamente";

Sono soci dell'ASP "Giovanni XXIII" il Comune di Bologna, la Provincia di Bologna, la Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna.

Come risulta dalla documentazione trasmessa dal Sindaco del Comune di Bologna - gli enti pubblici territoriali aderenti hanno approvato, con gli atti di seguito elencati, la loro partecipazione in qualità di soci all'ASP unificata e la proposta di statuto:

- deliberazione del Consiglio comunale di Bologna n. 452 del 18 novembre 2013 ad oggetto "Approvazione del progetto di unificazione delle ASP, della bozza dello statuto e dello schema della convenzione della costituenda ASP unica";

- deliberazione del Consiglio provinciale di Bologna n. 61 del 18 novembre 2013 ad oggetto "Unificazione delle ASP bolognesi "Giovanni XXIII" e "Poveri Vergognosi". Approvazione dell'Accordo di programma finalizzato al riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari, dello Statuto e dello schema di Convenzione della costituenda "ASP Città di Bologna";

La Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna ha approvato il progetto di unificazione delle ASP di che trattasi, come risulta dall'estratto della deliberazione n. 222 dell'adunanza n. 29 del 7 novembre 2013 del Consiglio di amministrazione della Fondazione medesima e che la stessa ha sottoscritto, unitamente al Comune ed alla Provincia di Bologna, la convenzione di cui all'articolo 6, comma 3 della proposta di Statuto.

Viene approvato lo statuto dell'ASP "Città di Bologna" nel testo allegato alle deliberazioni del Consiglio comunale e provinciale di Bologna più sopra indicate ed alle deliberazioni delle Assemblee dei soci delle ASP che si unificano (deliberazione ASP "Giovanni XXIII" n. 2 del 2013 e deliberazione ASP "Poveri Vergognosi" n. 21 del 2013), fatta salva la necessità che lo stesso venga adeguato a quanto osservato in premessa;

Viene richiesto al Presidente dell'Assemblea dei soci dell'ASP "Città di Bologna" di trasmettere a questa Amministrazione entro il 31 gennaio 2014 il testo dello Statuto contenente gli adeguamenti segnalati in premessa e che si intendono qui richiamati;

Il 31 gennaio 2014 è il termine entro il quale dovranno insediarsi gli organi dell'ASP "Città di Bologna".

Dal 1 gennaio 2014 alla data di nomina dell'Amministratore unico, e comunque non oltre il 31 gennaio 2014, il legale rappresentante dell'ASP è il Sindaco del Comune di Bologna.

La sede legale dell'ASP "Città di Bologna" è ubicata a Bologna in via Marsala, 9; l'Assemblea dei soci nella sua prima seduta provvederà a identificare un nuovo indirizzo o a confermare quello indicato, dandone comunicazione a questa Amministrazione;

Viene richiesto al Sindaco del Comune di Bologna di dare comunicazione, entro 45 giorni dalla data di adozione del presente provvedimento, dell'avvenuto insediamento degli organi dell'ASP e dei nominativi dei componenti.

LOMBARDIA

D.p.g.r. 3 febbraio 2014 - n. 654

Costituzione della Commissione di controllo delle Aziende di servizi alla persona

Lombardia» e successive modifiche ed integrazioni, in particolare l'art. 15 c. 1;

—la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 e successive modifiche ed integrazioni, nonché i provvedimenti organizzativi della decima legislatura;

Richiamate:

—la d.g.r. X/1044 del 5 dicembre 2013 avente ad oggetto «Determinazioni in attuazione degli articoli 12 e 15 della l.r. 1/2003» con la quale si è determinata anche la nuova composizione della Commissione di controllo delle ASP;

—la d.g.r. X/1224 del 10 gennaio 2014 avente ad oggetto «Nomina dei componenti della Commissione di controllo delle Aziende di Servizi alla Persona» con la quale sono stati nominati i componenti della Commissione di controllo delle ASP;

Visto il c. 1 dell'art. 15 della l.r. 1/2003 il quale dispone la costituzione della Commissione di controllo delle ASP con decreto del Presidente della Giunta regionale; Dato atto, altresì, che la Commissione di controllo delle ASP si insedia entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente decreto sul BURL;

Stabilito che all'atto dell'insediamento della Commissione di controllo delle ASP, ciascun componente deve presentare una dichiarazione resa ai sensi del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445 e sue modifiche ed integrazioni, attestante l'accettazione dell'incarico, l'assenza di condizioni di incompatibilità all'incarico di cui al presente provvedimento, nonché l'assenza di conflitto di interessi come meglio specificati dalla d.g.r. X/1044/2013 - allegato A;

Ricordato che l'incarico dei componenti della Commissione di controllo delle ASP decorre dalla data di insediamento sino al 31 dicembre 2015;

Ricordato, altresì, che per effetto delle disposizioni della d.g.r. X/1044 del 5 dicembre 2013 la Segreteria della Commissione è composta da un dirigente con ruolo di Segretario e da un funzionario indicati dal Direttore Generale Famiglia, solidarietà sociale e volontariato;

Vista la nota del Direttore Generale Famiglia, solidarietà sociale e volontariato prot. G1.2014.0000460 del 17 gennaio 2014 che individua i componenti della Segreteria della Commissione come di seguito indicato:

Segretario:

Dott. Davide Sironi, Dirigente Giunta Regione Lombardia

Funzionario Segreteria:

Daniela Ceriotti, Funzionario Giunta Regione Lombardia

DECRETA

1 – di costituire, per le motivazioni addotte e secondo le modalità stabilite in premessa, la Commissione di controllo delle Aziende di Servizi alla Persona, composta come segue:

- ≡ dott. Paolo Diana Dirigente Giunta Regione Lombardia
- ≡ dott. Fabrizio De Vecchi Dirigente Giunta Regione Lombardia
- ≡ dott.ssa Gianpaola Danelli Dirigente Giunta Regione Lombardia
- ≡ dott. Roberto Colangelo A.N.C.I. Lombardia
- ≡ dott. Alberto Di Cataldo U.P.L.

2 – di stabilire che la Commissione di controllo si insedi entro 30 gg. dalla pubblicazione del presente provvedimento sul BURL;

3 – di dare atto che la Commissione di controllo delle Aziende di Servizi alla Persona deve rassegnare alla Direzione Generale Famiglia Solidarietà Sociale e Volontariato una relazione puntuale sull'attività svolta con cadenza semestrale, ferma l'annualità di cui al punto 3 del dispositivo della d.g.r. X/1224 del 10 gennaio 2014;

4 – di stabilire che l'incarico dei componenti della Segreteria della Commissione, in premessa individuati, decorrerà dalla data di insediamento della Commissione;

5 – di disporre la notifica del presente atto agli enti e ai soggetti interessati;

6 – di disporre la pubblicazione d

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LOMBARDIA

Viste:

—la l.r. 13 febbraio 2003, N. 1 «Riordino della disciplina delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza operanti in

TOSCANA

DD 13.1.14, n. 235 - Del. GR 252/13 - Impianto del Sistema Informativo Regionale sull'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato (L.R. 82/09): pubblicazione modulistica di supporto a libero uso dei Comuni. (BUR n. 5 del 5.2.14)

Note

La L.R. 28 dicembre 2009, n. 82, "Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato" e succ. mod. ed int stabilisce:

- all'art. 4, comma 2, che il comune nel cui territorio è ubicata la struttura rilascia l'accreditamento a seguito della presentazione di dichiarazione sostitutiva sottoscritta dal legale rappresentante della struttura;
- all'art. 5, comma 2, che le strutture accreditate effettuano la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti entro un anno dall'accreditamento e successivamente con periodicità annuale e la relativa documentazione è trasmessa al comune competente per il controllo di cui all'articolo 6, comma 3;
- all'art. 7, comma 1, che i soggetti pubblici e privati, compresi gli enti e organismi a carattere non lucrativo, sono accreditati per l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona dal comune nel cui territorio hanno la sede operativa, a seguito di presentazione di dichiarazione sostitutiva;
- all'art. 7, comma 2, che gli operatori individuali sono accreditati per l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare dal comune presso il quale sono domiciliati, a seguito dell'accertamento del possesso dei requisiti previsti dal regolamento di cui all'art. 11, salvi i casi in cui la normativa statale prevede la presentazione di dichiarazioni sostitutive;
- all'art. 8, comma 1, che i soggetti accreditati di cui all'art. 7, comma 1, effettuano la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti sulla base degli indicatori contenuti nel regolamento di cui all'articolo 11, ed all'art. 8, comma 2, che i soggetti accreditati effettuano la verifica entro un anno dall'accreditamento e, successivamente, con periodicità annuale. La relativa documentazione è trasmessa al comune competente per il controllo di cui all'articolo 9, comma 2.

Il DPGR n. 15/R/2008 "Regolamento di attuazione dell' articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)" e succ. mod. ed int., ca sua volta stabilisce:

- all'art. 3, comma 1 che i legali rappresentanti delle strutture soggette ad autorizzazione presentino domanda per il rilascio dell'autorizzazione dichiarando il possesso dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi previsti dallo stesso regolamento;
- all'art. 9, comma 1 che i legali rappresentanti delle strutture soggette a comunicazione di inizio attività presentino tale comunicazione prima dell'inizio dell'attività stessa, attestando (comma 2) il possesso dei requisiti previsti.

Le informazioni saranno veicolate attraverso il sistema informativo regionale sull'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato, come da DGR n. 252 del 15/04/2013 che ne approva l'impianto, riguardano anche le autorizzazioni al funzionamento delle strutture e loro successive eventuali variazioni.

E' stata predisposta la suddetta modulistica, strutturata in modo da contenere le informazioni che saranno oggetto di trasmissione dai Comuni alla Regione Toscana all'interno del succitato sistema informativo regionale, secondo il modello organizzativo approvato come parte integrante della succitata DGR n. 252/2013 e secondo le specifiche ad oggi prodotte dal Tavolo Tecnico Regionale per la produzione dei servizi SUAP;

Viene fornita la suddetta modulistica e relative istruzioni per la compilazione della domanda di rilasciodell'accreditamento e di verifica dell'attività svolta, come da Allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente

decreto, e per le domande inerenti il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento e successive eventuali variazioni delle strutture, come da Allegato 2
SEGUONO ALLEGATI

PREVIDENZA

TOSCANA

RISOLUZIONE 14 gennaio 2014, n. 230 - Risoluzione approvata nella seduta del Consiglio regionale del 14 gennaio 2014 - In merito alla proposta di legge statale (A.C.1253) "Disposizioni in materia di pensioni superiori a dieci volte l'integrazione al trattamento minimo INPS". (BUR n. 12 del 29.1.14)

Note

PREMESSA

Ogni bambino che nasce oggi in Italia si trova gravato da un debito di oltre trentamila euro: questo accade anche per la vergogna delle cosiddette "pensioni d'oro".

Si tratta di pensioni che superano di almeno dieci volte la pensione minima, che costano 14 miliardi l'anno, la maggior parte delle quali pensioni non è il frutto dei contributi versati.

Anche il Presidente della Regione Toscana si è pubblicamente espresso più volte a favore dell'abolizione delle "pensioni d'oro" e che lo scorso 8 agosto ha testualmente scritto e dichiarato "Pensioni d'oro oltre 90.000 euro mensili.

Cifre incomprensibili: più di tre volte superiori al reddito medio annuale di una famiglia che sta ben al di sotto dei 30mila euro. E non mi si venga a dire che sono diritti acquisiti, perché allora lo erano anche quelli degli esodati e dei tanti che, a causa della riforma Fornero, hanno dovuto rinviare di diversi anni il loro pensionamento. Qui c'è un problema serio di giustizia, di redistribuzione della ricchezza, di democrazia, di uguaglianza dei cittadini di fronte alla legge".

Preso atto che da venti anni, le riforme del sistema pensionistico hanno aggravato questa ingiustizia, perché tutti gli interventi sono stati fatti sulle spalle di chi deve andare in pensione nel futuro (i giovani in particolare), senza toccare i cosiddetti "diritti acquisiti", anche quando questi "diritti" sono il frutto di un evidente intollerabile privilegio;

Evidenziato che la proposta di legge (A.C.1253) "Disposizioni in materia di pensioni superiori a dieci volte l'integrazione al trattamento minimo INPS" sull'abolizione di questi ingiusti privilegi, presentata il 21 giugno 2013, è stata adottata come testo base, attualmente in discussione presso la Commissione Lavoro della Camera dei deputati e in procinto di essere sottoposta alla votazione da parte dell'aula nelle prossime settimane;

AUSPICA

l'approvazione della suddetta proposta di legge;

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

a sostenere la proposta di legge e almeno aumentare la misura della quattordicesima, prevista dal Governo Romano Prodi, per le pensioni base, al fine di compensare la perdita del potere d'acquisto delle pensioni, che si è particolarmente aggravata in questi anni di crisi economica;

INVITA

IL PARLAMENTO

a sostenere la proposta di legge (A.C.1253).

PRIVATO SOCIALE

EMILIA-ROMAGNA

DGR 16.12.13, n. 1950 - Assegnazione e concessione ad organizzazioni di volontariato dei contributi di cui all'art. 9, comma 1 della L.R. n. 12/2005. Deliberazione della Giunta regionale n. 1229/2013. (BUR n. 27 del 29.1.14)

SANITÀ

CAMPANIA

DECRETO n. 126 del 23.12.2013 -: Misure atte a validare e standardizzare i capitolati di appalto per la fornitura di beni e servizi alle Aziende Sanitarie della Regione Campania. Istituzione delle Conferenze dei Provveditori. (BUR n. 9 del 3.2.14)

Note

Sono istituite presso la Direzione generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del sistema sanitario regionale:

- la Conferenza dei Provveditori per l'esame degli atti di gara delle Aziende Sanitarie

Locali;

- la Conferenza dei Provveditori per l'esame degli atti di gara delle AA.OO., delle AA.OO.UU. e dell'IRCCS della Regione Campania;

NB

Entrambe le Conferenze sono presiedute dal Direttore Generale per la Tutela della Salute o da un Dirigente dallo stesso delegato e composte dai Direttori dei Servizi Provveditorato delle Aziende Sanitarie designati dai Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali e dal Direttore Generale della So.Re.Sa. s.p.a. o suo delegato.

Per gli appalti di importo superiore ad euro 200.000,00, le singole Aziende potranno ottenere da So.Re.Sa. l'autorizzazione prevista dall'art. 1, comma 230, della L.R. N. 4/2011, previo parere favorevole della Conferenza competente per materia che deve essere rilasciato nel termine di 20 giorni dalla trasmissione degli elaborati di gara al Presidente della Conferenza medesima.

Le Conferenze dei provveditori verificano:

* che sussistano le circostanze obiettive, non imputabili alle Aziende, che non consentono di attendere l'espletamento della gara centralizzata anche con riferimento, riguardo alle gare programmate da So.Re.Sa., alla durata del contratto, fermo restando l'obbligo della previsione della risoluzione anticipata in caso di aggiudicazione di gara centralizzata;

* che non sia possibile aderire ad una convenzione Consip;

* che risultino rispettati i parametri prezzi-qualità previsti dall'art. 6, comma 15 bis della L.R. n. 28/2003, introdotto dall'art. 1, comma 230, L.R. n. 4/2011, avuto riguardo ai contratti già aggiudicati da So.Re.Sa., alle convenzioni Consip, nonché ai prezzi di riferimento pubblicati dall'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici ai sensi del D.L. N. 95/2012;

* la regolarità della documentazione di gara ai sensi del D.L.vo n. 163/2006 e del relativo regolamento di attuazione, con particolare riferimento ai criteri di aggiudicazione e di scelta del contraente

DECRETO n. 6 del 27.01.2014 - Attuazione del decreto commissariale n. 62 del 22 agosto 2011: riconoscimento alle case di cura private delle fasce funzionali superiori A o B di cui ai DM 22 luglio 1983 e s.m.i. e della relativa fascia tariffaria ai sensi della DGRC n. 7269/2001 e dei decreti commissariali n. 66/2012 e n. 32/2013 – Determinazioni Rif. punto d) delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 (BUR n. 9 del 3.2.14)

Note

Viene preso atto delle risultanze dei lavori della apposita Commissione Regionale che si allegano al presente decreto per formarne parte integrante e sostanziale. (a cui si rinvia)

Viene approvato il passaggio alla fascia funzionale superiore A o B di cui ai DM 22 luglio 1983 e s.m.i. ed alla relativa fascia tariffaria ai sensi della DGRC n. 7269/2001 e dei decreti commissariali n. 66/2012 e n. 32/2013, delle seguenti case di cura private (si rinvia alla lettura integrale del testo):

NB

Come espressamente dichiarato dalle suddette case di cura nella istanza di riconoscimento di fascia funzionale superiore presentata ai sensi del decreto 62/2011:

a) tale riconoscimento ha effetto economico dal 1° gennaio 2012 e non può costituire in alcun modo motivo o diritto per un incremento dei limiti di spesa che la Regione ha assegnato o assegnerà alle medesime Case di Cura a decorrere dal 1° gennaio 2012;

c) non potrà essere avanzata dalla casa di cura alcuna pretesa o richiesta di indennizzo in merito a tutti gli esercizi precedenti e fino al 31 dicembre 2011, relativamente al riconoscimento ed alla decorrenza del riconoscimento della fascia funzionale superiore, con espressa esclusione della possibilità di ricorrere a giudizi arbitrali.

DECRETO n. 7 del 27.01.2014 - Istituzione del Registro Tumori di popolazione della Regione Campania ex DCA n. 104 del 24.9.2012 e n. 141 del 13.11.2012. Determinazioni. (BUR n. 9 del 3.2.14)

Note

Viene demandato al Consiglio Regionale, ai sensi dell'art.2, comma 80, della legge n. 191 del 2009 e ss.mm.ii, di apportare le necessarie modifiche alla legge regionale n. 19/2012 con l'obiettivo di: a. rendere coerente le disposizioni in materia di organizzazione e gestione del Registro Tumori della Regione Campania con il documento tecnico "*Criteri di riferimento per la costituzione delle strutture operative della rete dei registri tumori di popolazione in Campania*" approvato con decreto del Commissario ad Acta n. 104 del 24 settembre 2012, così come integrato dal decreto n. 141 del 13 novembre 2012.

Il Registro Tumori Infantili viene allocato presso l'A.O.R.N. Santobono-Pausilipon che dovrà essere affidato ad un'unità dedicata nel rispetto dei criteri indicati nel documento di cui alla lett. a), che dovrà garantire il necessario raccordo informativo con il territorio regionale in attuazione delle azioni di cui alla DGR n. 39/2010.

DGR n. 16 del 23/01/2014 - Recepimento ed esecuzione del decreto del ministero della salute 8 febbraio 2013 - riorganizzazione e funzionamento dei comitati etici in Regione Campania

Note

Viene recepito e data immediata esecuzione al Decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 al fine di razionalizzare il numero dei Comitati Etici in ambito regionale e di riorganizzare le attività ed il funzionamento dei Comitati etici come da allegato I denominato **Organizzazione e Funzionamento dei Comitati Etici in Regione Campania**.

Allegato I

Organizzazione e Funzionamento dei Comitati Etici in Regione Campania

Premessa

Il presente documento, parte integrante e sostanziale del deliberato, è stato elaborato in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 e della normativa vigente sulla base dell'organizzazione del Sistema Sanitario in Regione Campania, della tipologia e dell'articolazione dei servizi interessati.

Si descrivono di seguito l'organizzazione ed il funzionamento dei Comitati Etici in Regione Campania.

1) Organizzazione dei Comitati Etici (CE)

I componenti dei Comitati Etici devono essere in possesso di documentata conoscenza, qualifiche ed esperienze, almeno biennale, necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti e delle materie di competenza degli stessi ivi comprese le segreterie tecnicospettive.

A tal fine devono comprendere almeno:

- tre clinici delle discipline più rappresentative nell'ambito della sperimentazione clinica
- un clinico esperto in relazione a studi di nuove procedure tecniche diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi invasive
- un medico di medicina generale territoriale
- un pediatra
- un biostatistico
- un farmacologo
- due farmacisti del servizio sanitario regionale di cui uno a chiamata, della struttura/strutture /sanitaria coinvolta nello studio clinico in valutazione
- il Direttore Sanitario della struttura sanitaria coinvolta o suo delegato permanente, nel caso degli IRCCS. il direttore scientifico della Istituzione sede della sperimentazione;
- il direttore generale o suo delegato, della struttura coinvolta nello studio clinico in valutazione, a chiamata
- un esperto in materia giuridica o un medico legale
- un esperto di bioetica

- un rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessate alla sperimentazione
- un rappresentante del volontariato o dell' associazionismo di tutela dei pazienti
- un farmacista esperto in dispositivi medici
- un esperto in nutrizione in relazione a studi con prodotti alimentari

In caso di valutazioni inerenti aree non coperte da propri componenti, il CE puo' convocare esperti esterni al Comitato stesso con esperienza pluriennale nelle aree specifiche. Essi sono tenuti a firmare la dichiarazione relativa ai possibili conflitti di interesse ed alla segretezza degli atti connessi alla loro attività e ricevono il gettone di presenza. fonte: <http://burc.regione.campania.it>
La nomina dei componenti del Comitato Etico è effettuata di concerto dai Direttori Generali delle Aziende di afferenza.

- ⊘ la durata del mandato dei componenti, compreso il Presidente, viene riconfermata in tre anni rinnovabili consecutivamente una sola volta per un totale di sei anni;
- ⊘ i componenti a chiamata non concorrono al raggiungimento del numero legale;
- ⊘ a seguito degli accorpamenti la presenza di componenti interni dovrà garantire la rappresentatività di tutte le strutture presenti e i componenti esterni non dovranno essere inferiori ad un terzo del totale;
- ⊘ per valutazioni di sperimentazioni inerenti aree cliniche non coperte dai componenti del comitato etico, questo potrà convocare esperti esterni;
- ⊘ il comitato etico di riferimento liquida il gettone di presenza a tutti i componenti ivi compresi i componenti a chiamata:

Le delibere di istituzione e di rinnovo del CE sono inviate dalle Direzioni Generali, per via informatica alla PEC : agc20.sett04@pec.regione.campania.it entro 20 giorni dalla pubblicazione del presente atto alla Regione Campania, - Direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale che provvederà a sua volta a trasmettere per via telematica al Ministero della Salute e all'AIFA l'elenco e la composizione dei nuovi Comitati Etici.

2) Funzionamento dei Comitati Etici

Il CE e' un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela.

L'indipendenza del CE deve essere garantita almeno:

- ⊘ dalla mancanza di subordinazione gerarchica nei confronti della struttura ove esso opera;
- ⊘ dalla presenza di personale non dipendente dalla struttura ove opera, in misura non inferiore ad un terzo del totale;
- ⊘ dalla estraneità' rispetto alla sperimentazione proposta, da parte dei votanti che annualmente sono obbligati a firmare una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse di tipo diretto o indiretto, rispetto alla stessa;
- ⊘ dalla mancanza di cointeressenze di tipo economico- finanziario tra i membri del CE e le aziende del settore interessato.
- ⊘ dalle ulteriori norme di garanzia e di incompatibilità previste dal regolamento del comitato etico

In caso di sperimentazioni con dispositivi medici la valutazione del CE fa riferimento al Decreto L.vo 14 dicembre 1992, n. 507 e succ. mod., al Decreto L.vo 24 febbraio 1997, n. 46 e succ. mod. ed alle norme tecniche UNI EN ISO1415:2011 e succ. mod. e/o alle linee guida della UE di Buona Pratica Clinica di cui al DM 15 luglio 1997 per quanto applicabili.

In caso di studi con prodotti alimentari il CE verifica che il gruppo di controllo sia definito in base alle caratteristiche del prodotto ed alle finalità dello studio.

I membri del CE, i componenti degli uffici delle segreterie tecnico-scientifica e amministrativa sono tenuti alla segretezza degli atti.

Per ogni seduta del CE, i presenti ricevono un gettone il cui importo è stabilito in € 200,00

La tariffa a carico del promotore, per ogni centro attivato, è così stabilita:

€3000,00 per sperimentazioni cliniche;

€2000,00 per studi osservazionali ed emendamenti ad essi;

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

€2500,00 per emendamenti sostanziali alla sperimentazione clinica;

€2500,00 per emendamenti o addendum alla convenzione;

€3500,00 per parere unico come centro Coordinatore.

3) **Tavolo Tecnico Regionale di Coordinamento della Ricerca Biomedica**

Ai fini dell'applicazione di procedure uniformi nell'ambito delle attività dei Comitati Etici operanti sul territorio regionale, è istituito presso la Direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale **un Tavolo tecnico regionale di Ricerca**

Biomedica con il compito di monitorare i processi di riorganizzazione, individuare eventuali criticità del processo in atto ed elaborare atti di indirizzo ai fini dell'applicazione di procedure uniformi sul territorio regionale. costituito dai sotto indicati professionisti del SSN:

☉ dal Direttore generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale o suo delegato;

☉ Dirigente dell'U.O. Politiche del Farmaco;

☉ Un funzionario dell'U.O. Politiche del Farmaco;

☉ Esperto in medicina legale;

☉ Esperto in materia giuridica;

☉ Esperto in Bioetica;

☉ Farmacologo;

☉ Esperto nella gestione e coordinamento delle attività dei Comitati Etici

Allegato II

Modalità di trasmissione della documentazione riguardante le sperimentazioni cliniche nelle more dell'attivazione dell'OsSC alla regione Campania

In esecuzione a quanto previsto dall'art. 11 del d. l.vo 211/2003 in materia di trasmissione dei dati relativi alle sperimentazioni interventistiche, ed a seguito della nota AIFA del 21 dicembre 2012 ("Nuovi sistemi informativi e adempimenti relativi a sperimentazione clinica") nelle more della riattivazione dell'Osservatorio, si comunicano le modalità di trasmissione della documentazione per la Regione Campania.

Le tempistiche di trasmissione sono le medesime previste dalla circolare AIFA.

Tabella I della nota AIFA (sperimentazioni interventistiche: comunicazioni e notifiche da inviare a cura dei promotori o delle CRO delegate)

Tutta la documentazione prevista dalla tabella I va trasmessa alla casella di posta certificata:

: **agc20.sett04@pec.regione.campania.it** con oggetto: Sperimentazione clinica

<titolo sperimentazione> presentata da: <nome proponente> - allegati <nome allegati, come da tabella I (es. domanda di sperimentazione, lista documentale ecc.)> .

La documentazione deve essere presentata in un unico invio, allegando la documentazione pertinente indicata nella tabella , in formato pdf.

Ove la documentazione fosse trasmessa in momenti differenti dalla domanda iniziale (es. emendamenti, dichiarazione di conclusione ecc.) l'oggetto dovrà essere sempre:

Sperimentazione clinica <titolo sperimentazione> presentata da: <nome proponente>

- allegati <nome allegati, come da tabella I (emendamenti ecc.)>

Tabella III (sperimentazioni interventistiche: comunicazioni e notifiche da inviare a cura dei Comitati etici)

Tutta la documentazione prevista dalla tabella III va trasmessa, in formato .pdf, e nei tempi previsti dalla nota AIFA, alla casella di posta certificata :

agc20.sett04@pec.regione.campania.it con oggetto: CE di <nome ente> documenti

<nome documento, come indicato nella tabella III (es. parere unico, emendamento

sostanziale ecc.) sperimentazione <titolo sperimentazione>

L'unica modalità di trasmissione di documentazione sarà quella informatica.

Non è previsto l'invio di materiale cartaceo.

La ricevuta della PEC rappresenterà prova dell'avvenuto invio della documentazione prevista dalla vigente normativa.

DD 23.1.14, n. 676 - Adozione "Linee guida per la compilazione e la codifica della scheda di dimissione ospedaliera" - Revisione anno 2014. (BUR n. 30 del 31.1.14)

Note

Sono approvate, per le motivazioni esposte in premessa (a cui si rinvia), le “Linee guida per la compilazione e la codifica ICD-9-CM, della scheda di dimissione ospedaliera - revisione 2014” allegate al presente atto, quale parte integrante e sostanziale.

Tali Linee guida costituiscono indicazioni a tutti gli effetti vincolanti per i produttori ospedalieri pubblici e privati dal 1 gennaio 2014;

Viene rimandato al sito della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) presente nel portale del Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, per quanto riguarda quesiti e chiarimenti, cui viene data risposta attraverso le F.A.Q.; queste ultime, in quanto esplicazioni del contenuto delle presenti linee guida, costituiscono indicazioni a tutti gli effetti vincolanti per i produttori ospedalieri pubblici e privati

LAZIO

Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2014, n. T00022 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria ARES 118 (BUR n. 9 del 30.1.14)

Note

Viene nominata, acquisito il parere della Commissione Consiliare permanente competente per materia espresso nella seduta n. 14 del 23 gennaio 2014, la Dott.ssa Maria Paola Corradi, nata a Reggio Emilia il 5 febbraio 1960

Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2014, n. T00023 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda USL Frosinone. (BUR n. 9 del 30.1.14)

Note

Viene nominata, acquisito il parere della Commissione Consiliare permanente competente per materia espresso nella seduta n. 14 de 23 gennaio 2014, la Dott.ssa Isabella Mastrobuono, nata a Roma il 6 dicembre 1957.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2014, n. T00024 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda USL Roma B. (BUR n. 9 del 30.1.14)

Note

Viene nominato , acquisito il parere della Commissione Consiliare permanente competente per materia espresso nella seduta n. 14 de 23 gennaio 2014, il Dott. Vitaliano De Salazar, nato a Catanzaro il 16 luglio 1962.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2014, n. T00025 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda USL Roma C. (BUR n. 9 del 30.1.14)

Note

Viene nominato, acquisito il parere della Commissione Consiliare permanente competente per materia espresso nella seduta n. 14 del 23 gennaio 2014, il Dott. Carlo Saitto, nato a Roma il 3 settembre 1949.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2014, n. T00026 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda USL Roma F. (BUR n. 9 del 30.1.14)

Note

Viene nominato, acquisito il parere della Commissione Consiliare permanente competente per materia espresso nella seduta n. 14 del 23 gennaio 2014, il Dott. Giuseppe Quintavalle, nato a Cosenza il 25 aprile 1963.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2014, n. T00027 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda USL Roma H. (BUR n. 9 del 30.1.14)

Note

Viene nominato, acquisito il parere della Commissione Consiliare permanente competente per materia espresso nella seduta n. 14 del 23 gennaio 2014, il Dott. Fabrizio D'Alba, nato a Isernia il 23 agosto 1973.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2014, n. T00028 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda USL Roma G. (BUR n. 9 del 30.1.14)

Note

Viene nominato, acquisito il parere della Commissione Consiliare permanente competente per materia espresso nella seduta n. 14 del 23 gennaio 2014, il dott. Giuseppe Caroli, nato a Spello il 1° febbraio 1950.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2014, n. T00029 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda USL Latina. (BUR n. 9 del 30.1.14)

Note

Viene nominato, acquisito il parere della Commissione Consiliare permanente competente per materia espresso nella seduta n. 14 del 23 gennaio 2014, il Dott. Michele Caporossi, nato a Roma il 21 marzo 1955.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2014, n. T00030 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda USL ROMA E. (BUR n. 9 del 30.1.14)

Note

Viene nominato, acquisito il parere della Commissione Consiliare permanente competente per materia espresso nella seduta n. 14 del 23 gennaio 2014, il Dott. Angelo Tanese, nato a San Benedetto del Tronto il 21 luglio 1966.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2014, n. T00031 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (BUR n. 9 del 30.1.14)

Note

Viene nominata, acquisito il parere della Commissione Consiliare permanente competente per materia espresso nella seduta n. 14 del 23 gennaio 2014, la Dott.ssa Ilde Coiro, nata a S. Arsenio (Salerno) il 16 settembre 1954.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 30 gennaio 2014, n. T00032 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda USL Roma D. (BUR n. 9 del 30.1.14)

Note

Viene nominato, acquisito il parere della Commissione Consiliare permanente competente per materia espresso nella seduta n. 14 del 23 gennaio 2014, il Dott. Vincenzo Panella, nato a Atena Lucana il 5 settembre 1956.

Decreto del Commissario ad Acta 27 gennaio 2014, n. U00015 - Attività riabilitativa territoriale rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78). Terminologia di riferimento per l'attività riabilitativa nei diversi regimi assistenziali ex art. 26 L. 833/78 (BUR n. 10 del 4.2.14)

Note

PREMESSA

I provvedimenti di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo in favore delle strutture erogatrici di attività riabilitativa territoriale rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78), sono stati emanati ad oggi tenendo conto dei pareri positivi rilasciati dalle Aziende Asl, a seguito delle verifiche effettuate in coerenza con il DPCA 90/2010 ed il DPCA 8/2011.

Da una ricognizione dei decreti di accreditamento definitivo delle strutture erogatrici ex art. 26 (L. 833/78) già emanati, è risultato che è stata utilizzata una differente terminologia per definire l'attività riabilitativa ancorché riferita alla stessa tipologia di prestazioni.

L'utilizzo di una diversa terminologia può causare difficoltà interpretative sia da parte delle ASL deputate alle attività di vigilanza e controllo dei soggetti erogatori che da parte delle strutture erogatrici, in particolare relativamente al calcolo dei volumi mensili di attività erogabile. Viene ravvisata, pertanto, la necessità di utilizzare una terminologia che caratterizzi in maniera univoca l'attività riabilitativa territoriale rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (ex articolo 26 L. 833/78) erogata nei regimi assistenziali residenziale, semiresidenziale e non residenziale.

I REGIMI ASSISTENZIALI VIGENTI

La normativa in materia per definire l'attività riabilitativa delle strutture ex art. 26 L. 833/78 ha previsto, per i diversi regimi assistenziali, la seguente terminologia:

☞ DGR n. 2591/2000 per

o le attività da erogarsi in regime residenziale: posto letto

o le attività da erogarsi in regime semiresidenziale: posto

o le attività riabilitative da erogarsi in regime non residenziale: trattamento

☞ DGR n. 583/2002 per

o le attività riabilitative da erogarsi in regime non residenziale: accesso

(“per accesso s'intendono tutte le attività con finalità riabilitative assistenziali dedicate al disabile previste dal progetto e riguardanti tutti gli interventi in presenza e/o in assenza del disabile. L'unità di misura per ogni accesso è quantificabile in 60 minuti”);

☞ determinazione n. D1598/2006 per

o le attività riabilitative da erogarsi in regime non residenziale: accessi giornalieri (“previsti dal decreto autorizzativo”)

☞ DCA n. 434/2012 per

o le attività da erogarsi in regime residenziale: posto residenza/letto

*o le attività da erogarsi in regime **semiresidenziale**: posto*

o le attività riabilitative da erogarsi in regime non residenziale: trattamento

(“per ogni trattamento ambulatoriale individuale è assicurata una durata non inferiore a 60 minuti”... “La durata del trattamento domiciliare non deve essere inferiore a 60 minuti; da tale durata sono esclusi i tempi dello spostamento dell'operatore”).

LA DEFINIZIONE DELLA TERMINOLOGIA

Viene ritenuto, pertanto, necessario utilizzare una terminologia che caratterizzi in maniera univoca l'attività riabilitativa rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale nei diversi regimi assistenziali.

Viene altresì precisato che con il termine “trattamento” nel regime assistenziale non residenziale si intendono tutte le attività riabilitative assistenziali dedicate al disabile previste dal progetto riguardanti tutti gli interventi in presenza e/o assenza del disabile.

L'unità di misura per ogni trattamento è quantificabile in 60 minuti;

Viene puntualizzato che la terminologia di riferimento da utilizzare è riportata nella seguente tabella delle corrispondenze, colonna E:

TABELLA DELLE CORRISPONDENZE

Regime assistenziale

DGR n. 2591/2000

(A)

DGR n. 583/2002

(B)

D. n. D1598/2006

(in attuazione della

DGR n. 143/2006)

(C)

DPCA n.

434//2012

(D)

Terminologia da utilizzare
(E)

Residenziale Posto letto - -
Posto

residenza/letto

Posto residenza

Semiresidenziale Posto - - Posto Posto

Non Residenziale Trattamento Accesso giornaliero Trattamento Trattamento

LA DISPOSIZIONE

Viene assunta quale terminologia da utilizzare per caratterizzare in maniera univoca l'attività riabilitativa territoriale rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (ex art. 26 L. 833/78) la terminologia indicata nella colonna E della tabella delle corrispondenze, di seguito specificata:

o regime residenziale: posto residenza

o regime semiresidenziale: posto

o regime non residenziale: trattamento

Viene ricondotto il significato dei diversi sostantivi utilizzati per indicare l'attività riabilitativa territoriale rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (ex art. 26 L. 833/78) nei decreti di accreditamento definitivo già emanati, alla terminologia indicata nella colonna E della tabella delle corrispondenze, sopra citata.

Si procede al completamento del percorso di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di accreditamento definitivo delle rimanenti strutture erogatrici di attività riabilitativa territoriale rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (ex art. 26 L. 833/78), utilizzando la terminologia indicata nella colonna E della tabella delle corrispondenze di cui sopra, per la definizione della tipologia di prestazioni erogabili in accreditamento istituzionale.

LIGURIA

DGR 27.12.13., n. 1719 - Recepimento dell'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 17 ottobre 2013 sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche". . (BUR n. 5 del 29.1.14)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

- la legge 13 maggio 1978, n. 180 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori);
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza).
- la legge regionale Legge Regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale).
- la deliberazione del Consiglio regionale 30 settembre 2009 n. 22 (Piano sociosanitario regionale 2009-2011).
- l'Intesa concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, sancita nella Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010.
- l'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013 sul «Piano di azioni nazionale per la salute mentale» (PANSM).

LE FINALITÀ DEL PIANO

Il PANSM prevede di affrontare tra i propri obiettivi la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo azioni specifiche mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorarne i trattamenti e ridurre le disomogeneità.

L'ACCORDO DEL 17 OTTOBRE 2013

L'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 17 ottobre 2013 sul documento concerne «Le strutture residenziali psichiatriche», e si propone di fornire indirizzi omogenei nel territorio nazionale,

mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di salute mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie d'intervento correlati

alla patologia e alla complessità dei bisogni.

Gli indirizzi sono finalizzati a promuovere una metodologia incentrata sui percorsi di cura e su una modalità di lavoro per progetti di intervento specifici e differenziati sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, che mira a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro dell'équipe, i programmi clinici offerti agli utenti;

Viene pertanto rilevata la funzione di orientamento degli indirizzi rispetto all'evoluzione e alla complessità dalla domanda assistenziale nell'area della residenzialità psichiatrica e alla conseguente necessità di adeguare l'offerta del sistema dei DSMD liguri sulla base delle indicazioni del documento «Le strutture residenziali psichiatriche».

IL RECEPIMENTO DELL'ACCORDO ;

Si procede al recepimento dell'Accordo sopra indicato, allegato al presente provvedimento (allegato omesso)

DGR 27.12.13 n. 1729 - Recepimento dell'Accordo Stato/Regioni/Prov. Autonome, ai sensi dell'art. 4 del decreto lgs 28 agosto 1997, n. 281 sulla "definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite". (BUR n. 5 del 29.1.14)

Note

Si procede al formale recepimento nell'ordinamento regionale dell'Accordo sopra richiamato e viene istituito presso l'Agenzia Regionale, che ne garantisce il coordinamento, un Tavolo regionale, con la composizione individuata nella proposta di adozione del documento tecnico dell'ARS (nota prot. n. 6591/2013 sopra richiamata) e cioè:

- il Direttore del Centro Regionale di Riferimento per le malattie Emorragiche dell'Istituto Gaslini;
- un referente per ciascuna Azienda sanitaria/IRCCS/Ente equiparato del SSR;
- un funzionario del Dipartimento Salute e Servizi Sociali;
- un delegato dell'Associazione ARLAFE.

Viene demandato al Tavolo regionale, come sopra individuato:

* la definizione del percorso assistenziale integrato per le persone affette da MEC, al fine di garantire qualità, sicurezza ed efficienza nell'erogazione dei LEA, in particolare, con riferimento a:

- la formulazione della diagnosi, comprese l'informazione e l'eventuale definizione diagnostica dei familiari del paziente;

- il processo di cura, che puo' includere diversi trattamenti tra cui anche la prescrizione e la somministrazione dei concentrati di fattore della coagulazione;

- la gestione delle emergenze emorragiche e l'attuazione del relativo modello assistenziale, in accordo col GORE, di cui alla DGR 1392/2005;

- la prevenzione e il trattamento delle complicanze dirette ed indirette della patologia;

- * l'identificazione dei Presidi di diagnosi e cura delle MEC (ai sensi del DM 279/2001) sul territorio ligure, in possesso di specifica e documentata competenza ed esperienza nella diagnosi e nel trattamento delle MEC, che erogano le prestazioni direttamente e/o attraverso strutture/unità operative funzionalmente collegate, al fine dell'istituzione, con successivo provvedimento della Giunta Regionale, della Rete regionale dei Presidi accreditati di diagnosi e cura delle MEC, ferma restando l'individuazione dell'Istituto G. Gaslini, quale Centro Regionale di Riferimento per le Malattie Emorragiche e il Rischio trombotico ereditario;

- * la definizione dei collegamenti tra la rete dei Presidi accreditati di diagnosi e cura delle MEC e le altre strutture regionali e interregionali coinvolte nel percorso assistenziale del paziente affetto da MEC;

- * l'individuazione delle attività che i Presidi accreditati per la diagnosi e la cura delle MEC sono tenuti a svolgere, ai sensi di quanto definito nella parte II dell'Allegato a) dell'Accordo Stato/Regioni 66/2013;

* l'elaborazione di un programma attuativo dell'Accordo 66/2013 che individui:

- le specifiche iniziative per rendere effettivo il trattamento domiciliare delle MEC;
- le modalità di raccolta dati e dell'attività di sorveglianza attiva delle MEC a livello regionale, in collegamento con il Registro Nazionale malattie rare presso l'ISS;
- le modalità di approvvigionamento dei prodotti medicinali per il trattamento delle MEC, con il coinvolgimento delle strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali;
- le attività di formazione e di aggiornamento degli operatori sanitari, dei medici di base e dei pediatri di libera scelta.

Viene assegnato al suddetto Tavolo regionale un termine di tre mesi dalla costituzione, con provvedimento Direttore Generale del Dipartimento Salute, per l'adozione degli atti sopra indicati;

Sono demandate all'ARS:

- le azioni di monitoraggio, nonché di controllo sull'appropriatezza prescrittiva dei prodotti medicinali per il trattamento delle MEC;

- la predisposizione di una relazione annuale per l'Assessorato alla Salute.

PIEMONTE

DGR 23.12.13, n. 21-6940 - Programma per la gestione dei rischi sanitari di responsabilità civile delle A.S.R.. Definizione degli elementi costitutivi e delle modalità di gestione del Programma per il biennio 2014-2015. (BUR n. 5 del 30.1.14)

Note

PREMESSA

La Regione Piemonte promuove la predisposizione di strumenti idonei a migliorare l'efficienza e l'economicità nella gestione dei rischi di responsabilità civile delle Aziende Sanitarie Regionali.

A tal fine, sin dal 2005, gestisce, un programma assicurativo che comprende un fondo speciale sostitutivo o integrativo delle polizze assicurative.

Il Programma regionale per la copertura dei rischi di natura sanitaria biennio 2012-2013, risulta composto come di seguito delineato:

- Fondo speciale regionale, costituito sul bilancio regionale per un ammontare stabilito in Euro 26

milioni per ciascuna annualità, destinato al finanziamento degli esborsi che le ASR devono sostenere per il risarcimento dei sinistri di valore compreso tra Euro 5 mila e Euro 500 mila per sinistro, per tutte le casistiche eccetto i sinistri riconducibili ai reparti di ostetricia e ginecologia o a eventi sentinella, come definiti con D.M. 11 dicembre 2009, rispetto ai quali il Fondo interviene per i sinistri di valore compreso tra Euro 5 mila e Euro 1 milione per sinistro;

- polizza Primary – primo livello assicurativo - a garanzia dei sinistri di valore eccedente Euro 500 mila per sinistro e fino all'ammontare di Euro 5 milioni per sinistro, per tutte le casistiche eccetto i sinistri riconducibili ai reparti di ostetricia e ginecologia o a eventi sentinella per i quali la polizza interviene con franchigia di Euro 1 milione per sinistro e fino all'ammontare di Euro 5 milioni per sinistro;

- polizza Excess Layer – secondo livello assicurativo – a copertura dei rischi catastrofali, per un massimale complessivo di Euro 15 milioni per sinistro ed Euro 25 milioni per anno assicurativo.

LA DISPOSIZIONE

* Viene garantita la continuità al programma per la copertura dei rischi di natura sanitaria della Regione

Piemonte, avviato fin dal 2005, prevedendo, per il biennio 2014-2015, i seguenti elementi costitutivi:

- Fondo speciale di ammontare stabilito entro il limite massimo di Euro 52 milioni (Euro 26 milioni all'anno) destinato al finanziamento degli esborsi che le ASR dovranno sostenere per il risarcimento dei sinistri di valore compreso tra Euro 5 mila e Euro 500 mila per sinistro (per tutte le

casistiche eccetto i sinistri riconducibili ai reparti di ostetricia e ginecologia o a eventi sentinella, come definiti con D.M. 11 dicembre 2009, rispetto ai quali il Fondo interviene per i sinistri di valore compresi tra Euro 5 mila e Euro 1 milione per sinistro);

- due livelli assicurativi previsti, il primo – polizza “Primary” -, per garantire i rischi per sinistri di valore eccedente Euro 500 mila per sinistro e fino all'ammontare di Euro 5 milioni per sinistro (per

tutte le casistiche eccetto i sinistri riconducibili ai reparti di ostetricia e ginecologia o a eventi sentinella, come definiti con D.M. 11 dicembre 2009, per i quali la polizza interviene con franchigia

di Euro 1 milione per sinistro e fino all'ammontare di Euro 5 milioni per sinistro) e, il secondo – polizza “Excess Layer”, a copertura dei rischi catastrofali, per un massimale complessivo di Euro 15 milioni per sinistro ed Euro 25 milioni per anno assicurativo;

* viene affidato alla Società di Committenza della Regione Piemonte– S.C.R. S.p.A. – istituita con legge regionale n. 19 del 6 agosto 2007 e s.m.i., il compito di espletare una gara ad evidenza pubblica per il piazzamento dei rischi sanitari di cui alla polizza “Excess Layer” - secondo livello assicurativo, sulla base di un capitolato tecnico formulato in collaborazione con l'AOU Città della Salute e della Scienza di

Torino, tenendo conto delle analisi attuariali dei sinistri nella Regione, a decorrere dal 2005, nonché

delle specificità del mercato assicurativo della sanità;

* sono affidati all'AO Città della Salute e della Scienza di Torino, i compiti di seguito individuati:

– stipula e gestione, per conto della Regione Piemonte, dei contratti di assicurazione di cui al Programma, in conformità alla vigente normativa;

– svolgimento delle attività di liquidazione dei sinistri di competenza del Fondo speciale regionale;

all'Azienda verranno periodicamente riconosciute, previa rendicontazione, le somme necessarie alla

copertura dei costi derivanti dall'attività di liquidazione dei sinistri di competenza del Fondo speciale regionale;

– esternalizzazione, in conformità alla vigente normativa, del servizio di gestione sinistri rientranti per valore nei limiti del Fondo e non affidati alla gestione diretta dei Comitati di gestione dei sinistri costituiti ex DGR n. 35-9620 del 15 settembre 2008.

* viene confermato, anche per il biennio 2014-2015, il modello organizzativo-gestionale, delineato con DGR n. 35-9620 del 15 settembre 2008 ed avviato con D.G.R. n. 55-12646 del 23.11.2009, per la definizione dei sinistri ricadenti nei limiti di valore del fondo regionale, prevedendo, ad integrazione e modifica dei precedenti atti deliberativi, l'assunzione, da parte dei Comitati di gestione dei sinistri costituiti presso le Aree di Coordinamento sovrazonale, della responsabilità gestionale dei sinistri afferenti alle ASR dell'Area di competenza di importo compreso fra Euro 5 mila e Euro 50 mila per sinistro, con decorrenza 1 gennaio 2014.

DGR 23.12.13, n. 25-6944 - Linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.lgs. 150/2009 e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance. Approvazione. (BUR n. 5 del 30.1.14)

Note

PREMESSA

La regione Piemonte, con D.G.R. n. 23-1332 del 29/12/2010 recante “ D.lgs. n. 150/2009. Attuazione e disciplina del Servizio sanitario Regionale ” ha deliberato di dare attuazione per le aziende ed enti del SSR a quanto previsto da tale normativa, tra cui la realizzazione degli Organismi Indipendenti di Valutazione (di seguito denominati OIV) in sede aziendale.

Successivamente, con nota circolare alle aziende del SSR n. 20278 del 20/7/2011, la regione rinviava l'obiettivo di emanare le linee guida regionali per la realizzazione dei principi della riforma voluta dal legislatore con l'emanazione del D.lgs. n. 150/2009 ad avvenuto riassetto, territoriale ed organizzativo, delle aziende del SSR e, in particolare, per quanto riguardava la costituzione degli OIV, consentiva alle singole aziende di decidere autonomamente, nelle more dell'adozione delle linee guida regionali, di mantenere in vita, prorogandoli, gli esistenti Nuclei di Valutazione oppure, laddove singole realtà aziendali lo suggerissero, di nominare un nuovo Nucleo di Valutazione da mantenere in carica solo fino all'emanazione delle già più volte richiamate linee guida regionali.

L'art. 15, comma 20, del d.l. n. 95/2012, convertito con modificazioni, nella l. n. 135/2012, rende necessaria la prosecuzione dell'azione di controllo della spesa sanitaria, al fine di non compromettere l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione del Piano di Rientro stesso.

In applicazione della suddetta normativa è stato definito il Programma Operativo 2013-2015 che prosegue e rafforza il controllo della spesa sanitaria.

LE LINEE DI INDIRIZZO

Sono approvate le linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della regione Piemonte

per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.lgs. 150/2009 e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance, nonché gli indirizzi per il piano di gestione della performance allegato (Allegato A)

Linee di indirizzo regionali per le Aziende ed Enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.Lgs. 150/2009 e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance

Premessa

In linea con quanto previsto dalla DGR n. 23 – 1332 del 29/12/2010, e successivamente specificato con nota n. 20278 del 20/7/2011, la Regione Piemonte emana le presenti linee guida finalizzate a dare attuazione per le aziende ed enti del SSR (nel prosieguo indicate come “ASR”) a quanto previsto dal D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009 e successive integrazioni e modificazioni (nel prosieguo indicato come “d.lgs. 150”) in tema di costituzione e funzionamento dell’ Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito indicato come OIV) nonché in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance.

In tal modo, pur tenendo conto delle diverse realtà aziendali, si intende stabilire un'omogeneità di percorsi caratterizzati da metodologie e regole di base valide per tutte le ASR, così da favorire l'adeguamento ai principi stabiliti dal d.lgs. 150

Questo processo di omogeneizzazione deve riguardare, in particolare, l'OIV nonché il Piano e la Relazione sulla *Performance* per i quali nell'ambito del sistema delle autonomie non vige l'obbligo ma la mera facoltà di adeguamento.

In ogni caso ai fini di questo processo di adeguamento è necessario riferirsi anche all'operato della Autorità Nazionale AntiCorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (A.N.AC.: ex CiVIT, ai sensi dell'art. 5 comma 3 del D.L. 101/2013 convertito in L. 125/2013).

L' A.N.AC. (all'epoca CiVIT) infatti a partire dal 2010 ha emanato una serie di disposizioni che costituiscono linea guida per l'adeguamento degli ordinamenti degli enti del sistema delle autonomie (compresi quelli del SSN) e che quindi devono essere attentamente considerate.

Il presente documento si compone delle seguenti parti:

A) modelli organizzativi aziendali

B) gestione della *performance*

B.1 – Il Ciclo di gestione della performance

B.2 – Il sistema di misurazione e valutazione della performance

B.3 – Documenti aziendali di programmazione e verifica della performance

A) Modelli organizzativi aziendali

Si ritiene che il modello organizzativo incentrato dal d.lgs. 150 sul ruolo e sulle funzioni dell'OIV sia il più adeguato per contribuire a realizzare un effettivo miglioramento delle prestazioni delle ASR nei confronti dell'utenza.

A tal fine si reputa pertanto opportuno che ogni azienda costituisca il proprio OIV come fulcro del Sistema di misurazione e valutazione della performance, con le attribuzioni previste in maniera analitica dall'art. 14 del d.lgs. 150 (ad eccezione, stante le caratteristiche istituzionali ed organizzative delle ASR, della competenza prevista dal comma 4 lett. E del citato art. 14, relativo alla proposta della valutazione annuale dei dirigenti di vertice).

Al riguardo, premesso che in questa materia si devono osservare le prescrizioni formulate dalla CiVIT con la propria deliberazione n. 12 del 27/2/2013 (alla quale quindi si rinvia per ogni ulteriore specificazione) si formulano le seguenti indicazioni.

a) composizione dell'OIV: stante la complessità delle funzioni da esercitare e della stessa struttura organizzativa delle ASR, l'OIV deve avere composizione collegiale (3 componenti)

b) componenti interni ed esterni: l'OIV deve funzionare in modo effettivamente autonomo per favorire reali processi di innovazione, per cui la presenza dei componenti esterni deve essere prevalente. Pertanto l'OIV deve prevedere 2 componenti esterni ed 1 componente interno (il componente interno è scelto dal Direttore Generale, fatto salvo il rispetto dei requisiti generali e specifici più avanti indicati). In ogni caso non possono essere nominati componenti dell'OIV soggetti legati all'organo di indirizzo politico – amministrativo, e quindi, non possono far parte dell'OIV né il Direttore Amministrativo né il Direttore

Sanitario dell'azienda. Inoltre:

- ~ al componente interno non viene riconosciuto alcun compenso aggiuntivo, in quanto tenuto ad espletare le sue funzioni nell'ambito delle ordinarie attività di servizio;

- ~ per i componenti esterni, qualora dipendenti di altra Pubblica Amministrazione, l'incarico ha carattere extraistituzionale e deve essere svolto fuori orario di servizio, per cui l'azienda sanitaria per conferire l'incarico deve osservare le formalità prescritte dall'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e s.i.m.

- ~ per le aziende ospedaliero – universitarie, uno dei tre componenti (comunque sempre in possesso dei requisiti più avanti specificati) deve essere di designazione universitaria.

c) requisiti dei componenti: i componenti dell'OIV devono possedere “*elevata capacità ed esperienza maturata nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche*” (art. 14 c.7 d.lgs. 150). In particolare, ai componenti dell'OIV si richiede il possesso di alcuni requisiti generali nonché di altri requisiti attinenti ad aree specifiche, e precisamente:

- ~ requisiti generali: il componente dell'OIV deve possedere conoscenze informatiche ed almeno della lingua inglese; inoltre il componente dell'OIV:

- non può ricoprire cariche politiche o sindacali o comunque non deve avere rivestito tali incarichi nell'ultimo triennio;

- non può fare parte di altri OIV (o Nuclei di Valutazione);

- non può avere superato il limite di età stabilito dall'ordinamento per il pensionamento di vecchiaia.

In ogni caso il componente dell'OIV deve rilasciare formale dichiarazione attestante l'assenza delle situazioni di incompatibilità di cui ai punti 3.5 e 9 della delibera CiVIT 12/2013.

- ~ area delle conoscenze: è richiesto il possesso della laurea specialistica in scienze economiche e statistiche, giurisprudenza, scienze politiche od ingegneria gestionale, ovvero anche in medicina e chirurgia (in quanto attinente alla specificità delle ASR). Per le lauree in discipline diverse, è richiesto inoltre un titolo di studio post universitario attinente o il possesso di esperienza del tipo specificato al punto successivo della durata di almeno 5 anni

- ~ area delle esperienze: è richiesta esperienza di almeno 3 anni in posizioni di responsabilità, anche presso aziende private, nel campo del management, della pianificazione e controllo di gestione, dell'organizzazione e del personale, della misurazione e valutazione della performance e dei risultati ovvero nel campo giuridicoamministrativa; in questo ambito, è quindi riconosciuta l'attività di direzione tecnicosanitaria per almeno 3 anni in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private

- ~ area delle capacità: sono richieste capacità intellettuali, manageriali, relazionali, comunque da accertare sia attraverso curriculum (accompagnato da una relazione illustrativa delle esperienze svolte) sia attraverso un eventuale colloquio informativo

d) adempimenti procedurali: per garantire la piena trasparenza delle procedure, la singola azienda individua i candidati all'OIV (relativamente ai componenti esterni) mediante pubblicazione di specifico avviso di ricerca almeno sul B.U.R. e sul sito Internet istituzionale ed eventualmente anche attraverso altre forme. Per le aziende ospedaliero – universitarie, viene demandata all'Università l'individuazione delle modalità più opportune per la scelta del componente di propria

designazione, fatto salvo il possesso dei requisiti richiesti alla precedente lettera c). La domanda di partecipazione alla procedura di nomina deve essere corredata dal curriculum del candidato, da una relazione di accompagnamento che illustra le esperienze ritenute significative in relazione al ruolo da svolgere e dalla dichiarazione attestante l'assenza delle situazioni di incompatibilità di cui ai punti 3.5 e 9 della delibera CiVIT 12/2013. L'azienda può eventualmente prevedere anche lo svolgimento di un colloquio al fine di acquisire migliori elementi conoscitivi in merito al livello di esperienze e le capacità dell'interessato (il colloquio comunque non è finalizzato alla formulazione di una graduatoria). Ogni azienda invia, prima dell'adozione formale, l'ipotesi di composizione all' A.N.AC., corredata dalla prescritta documentazione ai sensi della delibera 12/2013, al fine di acquisirne il parere favorevole (analogo parere dell' A.N.AC. deve essere richiesto anche nei casi di eventuale revoca anticipata dell'incarico di componente dell'OIV) . Acquisito il parere favorevole dell' A.N.AC., l'azienda provvede a deliberare formalmente la costituzione dell'OIV ed a trasmettere, entro 30 giorni dall'adozione, il relativo provvedimento all'Assessorato regionale alla Salute.

L'OIV disciplina le proprie modalità di funzionamento con apposita procedura o regolamento da adottare autonomamente.

e) termini di costituzione: le ASR procedono alla costituzione dell'OIV entro il 30 giugno 2014.

La durata dell'incarico di componente dell'OIV è triennale, con possibilità di rinnovo per una sola volta.

f) oneri economici: la costituzione dell' OIV deve avvenire senza nuovi o maggiori oneri per la finanza regionale. Pertanto, la misura complessiva del compenso dei componenti dell'OIV non dovrà, in ogni caso, superare quanto storicamente attribuito ai componenti del Nucleo di Valutazione.

g) struttura tecnica permanente: presso l'OIV deve essere istituita, a regime, una “*struttura tecnica permanente per la misurazione della performance dotata delle risorse necessarie all'esercizio delle relative funzioni*” (art. 14 c.9 del d.lgs. 150).

Al riguardo si precisa che spetta alle singole ASR, in relazione al proprio contesto organizzativo e, comunque, senza aumentare la consistenza organica complessiva, individuare idonee professionalità dedicate a fornire il supporto in questione, nell'ambito dell'organizzazione delineata nell'atto aziendale.

B) Gestione della *performance*

B.1 - Il Ciclo di gestione della *performance*

Per dare corretta applicazione al D.Lgs. 150 e quindi favorire il processo di cambiamento organizzativo aziendale, orientato al miglioramento ed alla riorganizzazione dei servizi, è necessario sviluppare il Ciclo di gestione della *performance*, nel cui ambito si inserisce il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per la valutazione annuale.

Il Ciclo di gestione della *performance* costituisce un processo che deve essere assunto dalle ASR come modalità ordinaria del proprio funzionamento.

In particolare, si tratta di un processo che deve essere sviluppato, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, secondo le seguenti fasi operative:

a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori e target, in modo da delineare un effettivo percorso di miglioramento della performance ;

b) allocazione delle risorse disponibili;

c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;

d) misurazione e valutazione della *performance*, organizzativa e individuale;

e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Si rileva quindi che in realtà le fasi del Ciclo di gestione della *performance* e gli adempimenti ad esso collegati trovano almeno parziale corrispondenza in programmi ed attività che risultano già noti ed utilizzati dalle ASR, come ad esempio per quello che concerne le attività caratteristiche del

controllo di gestione (programmazione degli obiettivi, analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, monitoraggio e misurazione dei risultati, ecc., secondo quanto disposto dall'art. 5 del D.Lgs. 502/99 nonché dagli artt. 30 ss della L.R. 18/1/95 n. 8).

Si tratta pertanto di estrapolare indicazioni utili a valorizzare (e, dove necessario, integrare) approcci e modelli già in uso in modo da consentirne l'applicazione operativa nel rispetto dei principi sanciti dal D.Lgs. 150.

In questa prospettiva, è necessario che le ASR effettuino una preventiva attività di analisi attraverso la quale individuare in concreto le principali fasi del Ciclo della *performance* ed i relativi riferimenti a specifici atti (ad esempio Atto Aziendale, Piano di Organizzazione, Piano Triennale Anticorruzione – PTA - e Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità –PTTI - , altri provvedimenti e procedure aziendali, provvedimenti e disposizioni regionali, accordi sindacali decentrati, ecc.) e strutture organizzative in cui le stesse fasi trovano attuazione nell'ambito dell'azienda medesima.

Di seguito si riporta uno schema generale che può essere di supporto ai fini di questa analisi.

Fase Attività Soggetti coinvolti Atti di riferimento Tempistica

Fase

A

Definizione della mappa delle responsabilità aziendali.

Definizione e assegnazione obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione anche delle risorse umane, tecniche e finanziarie

- Direzione strategica aziendale
- Programmazione e controllo di gestione
- Politiche del personale
- Organigramma definito nell'Atto Aziendale
- DGR di assegnazione obiettivi ai DG
- PAP (Piano Annuale Performance)
- PTA e PTTI

Fase B

Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse - Programmazione e controllo di gestione

Fase C

1) Monitoraggio in corso di esercizio 2) Attivazione di eventuali interventi correttivi

- 1) Programmazione e controllo di gestione
 - 2) Direzione strategica aziendale
 - 3) Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT)
- reportistica di controllo

Fase D - 1

Misurazione e valutazione annuale della performance individuale

- Il dirigente di struttura immediatamente sovraordinata, in prima istanza;
- L' O.I.V. in seconda istanza

Fase D - 2

Misurazione e valutazione annuale delle unità organizzative

- L'O.I.V. per la misurazione e valutazione della performance con riferimento alle strutture (dipartimenti/ coordinamenti/ strutture complesse) secondo modalità conformi alle direttive impartite dall' A.N.AC.

Fase E

Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito

- Settore personale / Politiche del personale
- contratto integrativo aziendale di area (comparto, medici, SPTA)

Fase F

Rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi

- Settore personale/ politiche del personale
- Comunicazione istituzionale -sito web
- Struttura tecnica permanente
- RPCT
- RAP (Relazione Annuale Performance)
- Relazioni del RPCT
- Giornata della Trasparenza

In ogni caso è necessario porre la massima attenzione all'esigenza di promuovere un ciclo della performance “integrato” che comprenda gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità e, successivamente all'adozione del relativo Piano,

alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione (secondo quanto disposto dalla L. 190/2012 e dal D.Lgs. 33/2013).

In particolare, rispetto a quest'ultimo ambito le norme succitate sanciscono infatti che il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (che deve essere adottato da ogni azienda sanitaria) riveste un ruolo importante nell'ambito del ciclo della *performance* aziendale, in quanto non solo costituisce una parte rilevante dei programmi di attività dell'azienda, ma ne consente la piena conoscibilità da parte di tutti i cittadini, anche in riferimento al loro stato di attuazione ed ai risultati conseguiti.

B.2 - Il Sistema di misurazione e valutazione della *performance*

Lo strumento operativo che le ASR devono utilizzare al fine della valutazione annuale della *performance* organizzativa ed individuale è il Sistema di Misurazione e Valutazione della *Performance* (SiMiVaP).

Questo Sistema descrive:

- a) le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance;
- b) le procedure di conciliazione relative all'applicazione del sistema di misurazione e valutazione della performance;
- c) le modalità di raccordo e di integrazione con i sistemi di controllo esistenti;
- d) le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.

Il SiMiVaP deve essere definito dall'OIV in stretta collaborazione con l'Azienda e formalmente adottato da parte della Direzione aziendale (art. 30 c.3 d.lgs. 150).

In fase di prima applicazione, la tempistica di adozione del SiMiVaP è necessariamente correlata a quella di costituzione dell'OIV: pertanto, l'OIV deve procedere entro il 30 novembre 2014 alla definizione del SiMiVaP, che deve essere formalmente adottato dalla Direzione aziendale entro la fine dell'anno 2014 e risultare quindi operativo a regime dal 1 gennaio 2015.

Ogni azienda invia, entro il 31 dicembre 2014, il SiMiVaP predisposto dall'OIV all'Assessorato regionale Tutela della Salute e Sanità.

In ogni caso è particolarmente importante che i documenti di descrizione del Sistema siano predisposti in maniera tale da poter essere facilmente comunicati e compresi, in modo da rispettare concretamente l'esigenza di trasparenza intesa come accessibilità totale delle informazioni di interesse sia per il personale interno che per il cittadino e le organizzazioni sindacali.

In particolare il SiMiVaP deve rispettare una serie di requisiti minimi che andranno gradualmente implementati in funzione della maturazione e dell'esperienza acquisita dalle ASR su questa materia, e precisamente (delibera CiVIT 89/2010):

☞ chiara definizione degli obiettivi strategici ed operativi e delle modalità attraverso le quali si arriva a una loro definizione (ed eventuale processo di revisione). Detti obiettivi dovranno essere rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla mission istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'azienda; specifici e misurabili; tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati; riferibili ad un arco temporale determinato; commisurati a valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe: confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione di riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente; correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili;

☞ presenza consistente di indicatori di *outcome* (ossia riferiti ai risultati finali rilevabili dagli utenti del servizio) tra gli indicatori relativi ad obiettivi che hanno un impatto su soggetti esterni (*stakeholder*: cittadini, organizzazioni sindacali, ecc.), nonché della prospettiva orientata alla *customer satisfaction*;

☞ specificazione dei legami tra obiettivi, indicatori e *target*;

☞ caratterizzazione degli indicatori secondo le schede e i test proposti dall' A.N.AC. (ex CiVIT);

☞ rilevazione effettiva della *performance*, secondo la frequenza e le modalità definite nello schema di caratterizzazione degli indicatori.

Il Sistema, inoltre, deve prevedere necessariamente anche i seguenti elementi:

☞ chiara e condivisa definizione di ruoli e responsabilità nelle fasi di gestione del Sistema, nonché della tempistica interna di processo;

☞ chiara esplicitazione delle modalità di coinvolgimento dei soggetti esterni interessati dalla realizzazione degli obiettivi (*stakeholder*).

Per quanto concerne invece, in particolare, il processo di valutazione della performance individuale, occorre garantire anche il necessario coordinamento con le disposizioni previste dai contratti collettivi nazionali di lavoro a riguardo dei sistemi di incentivazione del personale; correlativamente, la contrattazione decentrata deve svilupparsi sia osservando quanto disposto dai Ccnl di riferimento, sia rispettando comunque i principi e le norme stabiliti dalla vigente legislazione.

Pertanto, è rimessa all'autonoma contrattazione integrativa aziendale la scelta del modello generale del sistema di incentivazione, che in ogni caso però deve lasciare spazio adeguato alla verifica individuale del personale (quale principio generale previsto dall'art. 18 c.2 del d.lgs. 150 e confermato con deliberazione CiVIT n. 111 del 22/10/2010).

A questo riguardo, la contrattazione aziendale farà riferimento al principio del doppio livello di valutazione per la *performance* individuale, riservando cioè la valutazione di prima istanza alla competenza del diretto responsabile del valutato e quella di seconda istanza alla competenza dell'Organismo Indipendente di Valutazione, che interviene nel processo della verifica individuale assumendo il ruolo di validazione del giudizio finale in funzione di garanzia. Inoltre, è anche necessario dare applicazione a quanto previsto dall' art. 5 commi 11 , 11 bis e 11 ter del DL 6/7/2012 n.95, convertito con legge 7/8/2012 n. 135, secondo cui ai fini dell'attribuzione del trattamento accessorio collegato alla performance individuale sulla base di criteri di selettività e riconoscimento del merito, le Amministrazioni valutano la *performance* del personale:

☞ per i dirigenti, in relazione: al raggiungimento degli obiettivi individuali e - ove del caso -relativi alla struttura di diretta responsabilità; al contributo assicurato alla performance complessiva dell'amministrazione; ai comportamenti organizzativi posti in essere ed alla capacità di valutazione differenziata dei propri collaboratori;

☞ per i dipendenti del comparto, in relazione: al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo ed individuali; al contributo assicurato alla *performance* della struttura di appartenenza ed ai comportamenti organizzativi dimostrati;

☞ escludendo i periodi di congedo di maternità, di paternità e parentale.

In ogni caso nell'ambito del processo di valutazione individuale occorre considerare attentamente tutte le relative problematiche, come ad esempio la presenza di una molteplicità di valutatori, la conseguente naturale variabilità delle valutazioni individuali (che risultano sempre legate alla soggettività del valutatore, indipendentemente dai “paletti” che il sistema può prevedere al riguardo), l'individuazione di un ambito idoneo per la formulazione di una graduazione della valutazione (struttura complessa, dipartimento, profilo, ecc.) e la correlata gestione del *budget* economico disponibile, la previsione di sistemi di conciliazione da affidare all'OIV, la tendenza assai diffusa all'appiattimento verso l'alto delle valutazioni, ecc. .

Si tratta peraltro di aspetti connessi alla natura stessa dei sistemi di valutazione individuale e che in quanto tali devono essere affrontati analizzando tutta una serie di variabili a livello locale e cercando di pervenire a soluzioni tali da motivare effettivamente il personale.

Proprio per questi aspetti connessi alla gestione tecnico - operativa del sistema di valutazione individuale, si ritiene utile far emergere le seguenti raccomandazioni/indicazioni:

☞ adottare strumenti operativi chiari e interpretabili da tutti;

☞ adottare strumenti informatici idonei a supportare e sostenere l'intero percorso di impianto delle attività di valutazione;

☞ implementare fortemente le competenze degli operatori delle ASR dedicate alla valutazione attraverso la previsione di specifiche attività formative, che la Regione si riserva di organizzare anche a livello centralizzato;

☞ adottare alcuni specifici accorgimenti tecnici nell'ambito del processo di valutazione individuale, come ad esempio prevedere una certa gradualità nella messa a regime del sistema o introdurre un punteggio relativo al differenziale di *performance* rispetto all'anno precedente (valutazione dinamica).

Infine, l'accordo aziendale in tema di sistemi incentivanti del personale dovrà anche esplicitare le interazioni esistenti relativamente al concreto utilizzo del *budget* economico disponibile per la remunerazione della *performance* organizzativa e di quella individuale.

B.3 - Documenti aziendali di programmazione e verifica della performance

In linea generale il D. Lgs. 150 individua i seguenti strumenti principali per attuare il ciclo di gestione della performance: Piano e Relazione sulla performance; Sistema di misurazione e valutazione della performance; Programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

A questo riguardo, pur non ricorrendo per le ASR l'obbligo di adottare gli strumenti operativi previsti dall'art. 10 del d.lgs. 150 (Piano della *performance* e Relazione sulla *performance*), è opportuno formulare alcune indicazioni di massima anche in riferimento ai documenti aziendali che rispondono comunque allo scopo di definire ed assegnare gli obiettivi e di rendicontarli in maniera definitiva.

In tal modo infatti, attraverso l'indicazione generale di percorsi procedurali uniformi, è possibile contribuire concretamente a rendere esplicita e comprensibile la *performance* attesa e quindi il contributo che l'azienda nel suo complesso, nonché le strutture in cui essa si articola, intende apportare attraverso il proprio operato alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

A tal fine, è quindi necessario verificare che i propri atti già ordinariamente adottati ai fini della gestione degli obiettivi annuali e/o pluriennali, rispondano ad alcuni requisiti minimi comuni, e precisamente:

☞ ogni azienda deve predisporre annualmente un provvedimento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed il *target*, sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance*. Il provvedimento in questione è denominato Piano Annuale della Performance (PAP). Il PAP deve tener prioritariamente conto degli obiettivi direttamente assegnati dalla Regione al Direttore Generale e può contenere sia obiettivi strategici (di valenza pluriennale) sia obiettivi operativi (di valenza annuale) per ciascuno dei quali vanno definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento. Il PAP deve contenere indicazione almeno metodologica degli obiettivi individuali assegnati ai dirigenti e, eventualmente, al restante personale. Il PAP deve essere redatto di norma entro il 31 marzo di ogni anno tenendo conto, ove possibile, degli obiettivi di attività assegnati dalla Regione ai Direttori Generali;

☞ ogni azienda deve predisporre annualmente un provvedimento consuntivo con il quale attestare la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel PAP. Il provvedimento in questione è denominato Relazione Annuale sulla Performance (RAP). La RAP deve contenere l'indicazione della percentuale di realizzazione di tutti gli obiettivi assegnati nell'anno di riferimento e costituisce condizione per l'erogazione della retribuzione di risultato / produttività collettiva al personale dell'azienda, così come disciplinata secondo gli accordi decentrati vigenti.

La RAP è validata dall'OIV sulla base dei dati forniti dai dirigenti e dalle strutture aziendali ed è formalmente approvata dalla Direzione aziendale di norma entro il 31 luglio dell'anno successivo.

La citata tempistica di adozione del PAP e della RAP trova applicazione dal momento di effettiva operatività del SiMiVaP, e, quindi, con riferimento agli obiettivi assegnati per il 2015.

Per quanto riguarda infine tempistica e modalità di adozione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, si rinvia alle indicazioni di cui alla delibera CiVIT n. 50 del 4/7/2013

DGR 23.12.13, n. 26-6945 - Disposizioni transitorie alle Aziende sanitarie regionali per la continuità della funzione acquisti ed attività collegate a seguito dell'approvazione della Legge regionale 13 novembre 2013, n. 20. (BUR n. 6 del 6.2.14)

Note

Viene regolata la funzione acquisti di beni e servizi occorrenti alle ASR nella fase transitoria, ovvero

dallo scioglimento delle Federazioni sovrazionali (1° gennaio 2014) fino all'effettivo funzionamento

delle aree interaziendali di coordinamento di cui alla D.G.R. n. 43-6861 del 9/12/2013 e, comunque,

non oltre il 30 giugno 2014.

DGR 23.12.13, n. 28-6947 - D.G.R. n. 37-6240 del 2.8.2013. Servizi "on-line" assicurati dal Servizio Sanitario Regionale a favore dei cittadini - Modalità di identificazione del cittadino e relative disposizioni organizzative alle Aziende Sanitarie Regionali. (BUR n. 6 del 6.2.14)

Note

Sono approvate, coerentemente con l'art. 64 del D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i., (CAD), per i servizi online

messi a disposizione dal Servizio Sanitario Regionale, le modalità minime di identificazione del cittadino, di cui all'allegato A parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo.

Le ASR sono tenute ad istituire, entro il 28 febbraio 2014, appositi sportelli, per effettuare, a favore dei cittadini piemontesi maggiorenni richiedenti, l'attivazione delle TS-CNS, fornite loro dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, e/o la fornitura di credenziali imputabili, che dovranno essere rilasciate previa identificazione fisica del cittadino (artt. 38 e 45 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.) e che saranno accompagnate da un codice PIN da utilizzarsi per i servizi on-line che trattano dati sensibili e riservati, in attuazione delle previsioni della D.G.R. n. 37-6240 del 2 agosto 2013 e secondo quanto indicato nell'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo.

Per assicurare il servizio di rilascio delle credenziali imputabili ai cittadini, le ASR possono avvalersi anche di parti terze, previa sottoscrizione di specifici accordi formali e verificata la sussistenza di tutte le condizioni nello specifico previste dalla D.G.R. n. 37-6240 del 2 agosto 2013 e nel rispetto della normativa vigente sul trattamento dei dati come da D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. - "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Le ASR sono tenute ad utilizzare gli strumenti informatici regionali idonei all'emissione ed alla distribuzione a tutti i cittadini del Piemonte delle credenziali di autenticazione per l'accesso ai servizi on-line della P.A. piemontese, all'uopo definiti, predisposti e gestiti dalla Direzione Innovazione, Ricerca, Università e Sviluppo Energetico Sostenibile della Regione Piemonte, con le modalità operative che saranno formalizzate con successivi atti d'intesa tra le due Direzioni interessate;

I cittadini già in possesso di altre credenziali rilasciate dalla Regione Piemonte e dagli enti, agenzie e società da essa controllate, possano richiedere la loro promozione, ovvero che queste siano rese imputabili, previa identificazione fisica del cittadino stesso, con l'emissione e la fornitura del relativo codice PIN, con le modalità operative che saranno formalizzate con successivi atti;

Le credenziali per minori debbano essere richieste dai soggetti che esercitano nello specifico la patria potestà o la tutela legale, con le modalità operative che saranno formalizzate con successivi atti;

Le credenziali per maggiorenni sotto tutela debbano essere richieste dai soggetti che esercitano nello specifico la tutela legale, con le modalità operative che saranno formalizzate con successivi atti.

DGR 30.12.13, n. 9-6977 - Integrazioni in materia di punti nascita alla D.G.R. 6-5519 del 14/03/2013 "Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)". (BUR n. 6 del 6.2..14)

Note

Viene integrata la DGR n. 6-5519 del 14/03/2013 stabilendo che i punti nascita di II livello che nel documento della Conferenza Stato-Regioni concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" sono stati ridefiniti di I livello siano abilitati a trattenere o a ricevere in back-transport neonati di età gestazionale superiore o uguale a 32-34 settimane quando trattasi di neonati clinicamente stabili, in accordo con la struttura di II livello, anche al fine di una corretta applicazione della DGR 34-6516 del 14/10/2013, relativa all'individuazione ed assegnazione degli obiettivi ai Direttori generali delle ASR, ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico per l'anno 2013.

DGR 30.12.13, n. 10-6978 - D.G.R. n. 8-12316 del 12 ottobre 2009 "Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale con necessita' di trattamento dialitico tramite "Contributo economico di sostegno alla dialisi domiciliare" - Conferma del provvedimento al termine della fase sperimentale. (BUR n. 6 del 6.2..14)

Note

Viene resa definitiva la fase sperimentale di contributo economico a sostegno della Dialisi Domiciliare secondo quanto stabilito dalla D.G.R. n. 8 - 12316 del 12/10/2009 e s.m.i..

Le Aziende Sanitarie Regionali vengono impegnate:

- al raggiungimento del valore soglia dell'obiettivo

“N. pazienti incidenti in dialisi domiciliare per l'anno considerato” di cui all'allegato B) della D.G.R. n. 88-6290 del 2 agosto 2013, citata in premessa,

- alla valutazione delle spese sostenute per l'incentivo economico, in rapporto all'incremento del pool di pazienti in trattamento con dialisi domiciliare, comunicando annualmente i dati all'Osservatorio Regionale sulla Malattia Renale Cronica, secondo tempi e modalità definiti dall'Osservatorio stesso.

Il contributo economico a sostegno della Dialisi Domiciliare a favore di pazienti con Insufficienza Renale in Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (CAPD) o Dialisi peritoneale Automatizzata (APD) o Emodialisi Domiciliare è a totale carico delle Aziende Sanitarie Locali nell'ambito della quota indistinta a loro assegnata.

DGR 30.12.13, n. 22-6989 - Valutazione del grado di raggiungimento dei risultati attesi dalla corretta applicazione dell'art.15, comma 14, del D.L. 95/2012 in termini di impatto economico sia per il 2012 che per i successivi anni, a partire dai dati di consuntivo 2011 risultanti dal CE consolidato regionale. (BUR n. 6 del 6.2..14)

Note

Viene preso atto del pieno raggiungimento dei risultati attesi dalla corretta applicazione dell'art. 15, comma 14, del D.L. 95/2012 in termini di impatto economico, sia per il 2012 che per i successivi anni, a partire dai dati di consuntivo 2011 risultanti dal CE consolidato regionale.

Allegato

DGR 30.12.13, n. 23-6990 - Definizione criteri e modalita' per la determinazione dei volumi di attivita' e dei tetti di spesa per l'anno 2014 e 2015 degli erogatori privati e degli Istituti Classificati. (BUR n. 6 del 6.2..14)

Note

PREMESSA

Le Aziende Sanitarie Locali nell'ambito delle scelte programmatiche effettuate dalla Regione, sono i soggetti istituzionali deputati ad intercettare le istanze del territorio ed a tradurle in un'offerta sanitaria adeguata. In tale ottica, come precisato nello schema di contratto di cui all'Allegato A) e B) della D.G.R. n.13-6038 del 02/07/2013, le prestazioni sanitarie da acquisire dagli erogatori privati in oggetto devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi (parte integrante del contratto medesimo), in grado di garantire, insieme a quelle erogate dalle strutture pubbliche e dagli Istituti Classificati, il soddisfacimento del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni, non soltanto dell'ASL competente per territorio, ma anche del territorio sovrazonale di riferimento, comprensivo delle aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie, tenendo altresì conto della mobilità interregionale e che, comunque, la spesa per dette prestazioni deve rispondere alla necessità di garantire l'equilibrio tra le effettive disponibilità finanziarie ed il livello quali-quantitativo delle prestazioni sanitarie, strettamente connesso alle fondamentali esigenze di tutela del diritto alla salute.

L'art. 15, comma 14, del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito dalla legge 7 agosto 2012 n. 135 prevede che “a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa

complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell' 1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.”

L'ultimo capoverso di detto comma precisa che comunque il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento su indicata costituisce il livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati su cui le regioni adottano a decorrere dall'anno 2013 tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettera a) del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

LA DISPOSIZIONE

Per l'anno 2014 e 2015 viene previsto per i contratti stipulati ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, un costo annuo complessivo, compreso quello dei p.l. di continuità assistenziale derivanti dalla trasformazione di p.l. di post acuzie, pari a quello definito per il 2013 e cioè € 668,034 mln.

La Direzione Sanità viene delegata a definire con apposito provvedimento per ogni struttura privata e ogni Istituto Classificato un budget uguale a quello fissato per il 2013 ridotto in misura pari al 50% (il restante 50% è già stato applicato in sede di definizione dei budget 2013) della incidenza percentuale delle economie derivanti dalla applicazione delle tariffe, adottate dalla Regione in applicazione del comma 17 dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95, alla produzione 2012 delle singole strutture. In ogni caso l'applicazione di dette tariffe non potrà comportare per le singole strutture un budget superiore a quello determinato per l'anno 2013.

La Direzione Sanità viene autorizzata:

- ad utilizzare, per rendere più flessibile l'offerta, le economie derivanti dalla riduzione per acquistare, tramite le Aziende Sanitarie, dalle strutture private o direttamente dagli Istituti Classificati, anche solo per determinati periodi, le prestazioni sanitarie necessarie a migliorare la distribuzione territoriale e l'appropriatezza delle prestazioni e a ridurre i tempi di attesa non consoni ad una sanità di qualità quale deve essere quella piemontese;
- a rivedere, fermo restando l'importo massimo contrattuale, semestralmente la tipologia di prestazioni sanitarie che la Regione ha necessità di acquisire direttamente dagli Istituti Classificati o, tramite le Aziende Sanitarie, dalle Strutture Private.

I posti letto contrattualizzati per l'anno 2014 e 2015 devono essere quelli derivanti dall'attuazione del programma di revisione della rete ospedaliera regionale. Temporaneamente la Direzione Sanità potrà autorizzare l'utilizzo dei p.l. contrattualizzati nel 2013.

Le economie derivanti da trasformazione di p.l. di post-acuzie delle case di cura in posti letto di continuità assistenziali oppure dal fabbisogno di prestazioni sanitarie meno onerose daranno origine a pari riduzione del budget complessivo della struttura in cui si verifica la variazione.;

I budget per l'attività ambulatoriale determinati con le modalità suddette devono essere considerati, come sono sempre stati, al netto dei ticket.

Dal 01/01/2014 deve essere attribuito ad ogni struttura un budget aggiuntivo pari ai tickets incassati nel 2012.

Da detta data tutti i tickets incassati saranno versati all'ASL di competenza mediante detrazione dall'importo mensilmente fatturato per le prestazioni effettuate e valorizzate alle tariffe vigenti. In ogni caso l'importo annuo delle prestazioni ambulatoriali al netto dei ticket erogato dalle singole strutture non può essere superiore al budget determinato con le modalità sopra indicate.

DGR 30.12.13, n. 25-6992 - Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012. BUR n. 6 del 6.2..14)

Note

PREMESSA

Con DGR 1-415 del 2 agosto 2010 è stato approvato l'Accordo fra la Regione Piemonte, il Ministero dell'Economia e delle Finanze ed il Ministero della Salute inerente il Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico (Piano di rientro) 2010-2012, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

L'Accordo è stato sottoscritto il 29.07.2010 e successivamente integrato dall'Addendum di cui alle DD.G.R. n. 44-1615 del 28.02.2011 e n. 49-1985 del 29.04.2011.

Il Piano di rientro 2010-2012 ed il suo Addendum, sulla base della ricognizione delle cause che hanno determinato strutturalmente eccessivi oneri di gestione per il SSR, ha individuato e affrontato selettivamente le diverse problematiche emerse, incidendo sui diversi fattori di spesa e specificando gli obiettivi di contenimento, le singole azioni concretamente realizzabili per il raggiungimento degli obiettivi medesimi e l'impatto finanziario correlato.

Ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 - convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012 - la Regione, in esito alle valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del PRR, data la necessità di non compromettere l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione del Piano di rientro stesso, ha predisposto i Programmi operativi per il triennio 2013-2015.

I Programmi Operativi 2013-2015 intendono proseguire e rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria già intrapresa dalla Regione con il sopracitato PRR, continuando a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso tre "categorie" di interventi, tra loro fortemente correlati:

- dotare il SSR di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo, semplificando la "catena di comando";
 - implementare le azioni "strutturali" nei confronti del SSR, in grado di assicurare nel tempo la sua sostenibilità;
 - proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di contenere i costi attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse.
- La Regione, in data 10.05.2013, ha trasmesso al Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, la proposta di Programmi Operativi 2013-2015 (prot. n. 80_13 del 10.05.2013) predisposta ai sensi del citato art. 15, comma 20, del D.L. 95/2012, corredata dagli allegati CE Ministeriali e Modelli LA.

In data 5.07.2013, in esito alle osservazioni sulla bozza dei PP.OO. evidenziate dal Ministero della Salute nel corso dell'incontro tenutosi in data 21.06.2013, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'area assistenziale, ha trasmesso un aggiornamento sulla proposta di PP.OO. 2013-2015 (prot. n. 134_13 del 5.07.2013).

In data 23.07.2013 il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza hanno evidenziato ulteriori criticità ed hanno richiesto alla Regione di ritrasmettere, entro il 10.09.2013, una nuova bozza di PP.OO. 2013-2015, che recepisce quanto indicato nel verbale.

La Regione ha trasmesso, entro il termine sopra indicato, una nuova bozza di PP.OO. 2013-2015 (prot. 163_2013 del 10.09.2013), corredata dei modelli CE e LA tendenziali e programmatici e del relativo cronoprogramma di attuazione, nella quale, premessi alcuni indicatori demografici e sociosanitari, vengono trattati lo stato di attuazione del precedente Piano di Rientro 2010-2012 e le modalità di costruzione dei livelli tendenziali dei ricavi e dei costi; vengono inoltre illustrate le linee di intervento regionali e il relativo impatto economico.

In data 13.11.2013 il Tavolo tecnico ed il Comitato hanno verificato la nuova bozza dei Programmi Operativi 2013-2015 trasmessa dalla Regione e, all'esito della riunione, hanno disposto che la Regione può procedere all'adozione formale del provvedimento, con delibera di Giunta regionale, che recepisca integralmente le prescrizioni riportate nel verbale della riunione stessa, dando altresì atto della coerenza di tali Programmi con il PSSR 2012-2015

L'APPROVAZIONE

Sono di approvati i Programmi Operativi 2013-2015, corredata dei modelli CE e LA tendenziali e programmatici e del relativo cronoprogramma di attuazione, predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012, nell'ambito dei quali sono state integralmente recepite le prescrizioni specificamente dettagliate nel verbale del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 13.11.2013, che vengono allegati al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale (Allegato A).

Programmi Operativi per il triennio 2013 – 2015

Indice

Premessa e quadro normativo

1. Area: Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale

1.1 Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione

1.2 Il Piano di rientro e i Programmi operativi: risultati conseguiti negli anni 2010-2012

1.3 Tendenziali e programmatici 2013-2015

1.4 Sintesi delle manovre

2. Area: Governo del Sistema

Programma 1: Governance del PO

Intervento 1.1: Individuazione della struttura regionale che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo con specificazione delle strutture ad essa subordinate.

Intervento 1.2: Potenziamento dell'attività di monitoraggio del Programma Operativo

Azione 1.2.1: Implementazione del monitoraggio contabile e gestionale

Azione 1.2.2: Messa a punto dei flussi informativi

Azione 1.2.3: Potenziamento della struttura amministrativa della Direzione Sanità

Intervento 1.3: Azioni volte a favorire una più stringente attività di supporto alla struttura che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo da parte di enti strumentali della regione per il Servizio sanitario regionale

Intervento 1.4: Governance dei rapporti con gli organi istituzionali della regione con riferimento alla coerenza degli atti da questi assunti con gli obiettivi del Programma Operativo / rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo

Intervento 1.5: Responsabilizzazione delle ASR relativamente all'attuazione del Programma Operativo 2013-2015

Intervento 1.6: Azioni volte ad una maggiore razionalizzazione, omogeneizzazione ed integrazione dei sistemi informativi aziendali con i sistemi centrali.

Azione 1.6.1: Progetto di unificazione dei sistemi amministrativi/contabili su scala regionale

Programma 2: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 42

Intervento 2.1: Individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo

118/2011 nell'ambito del Programma Operativo (indicare se coincidente con il responsabile della GSA).

Intervento 2.2: Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011

Intervento 2.3: Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011

Intervento 2.4: Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR

Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR 48

Intervento 3.1: Individuazione della struttura responsabile della definizione e dell'attuazione del Percorso attuativo della certificabilità (PAC)

Intervento 3.2: Rispetto di quanto previsto dal PAC

Programma 4: Flussi informativi

Intervento 4.1: Individuazione di una funzione dedicata di raccordo e coordinamento per tutti i flussi informativi di riferimento 3

Azione 4.1.1: Riorganizzazione finalizzata alla funzione di raccordo e coordinamento per i flussi informativi

Azione 4.1.2: Progettazione, programmazione e realizzazione di un intervento di informazione/formazione

Azione 4.1.3: Progettazione e avvio della re-ingegnerizzazione degli strumenti e delle architetture dei sistemi

Intervento 4.2: Flussi informativi (NSIS) consolidati

Azione 4.2.1: Calendarizzazione invii dei flussi istituzionali

Azione 4.2.2: Monitoraggio più puntuale del fenomeno dell'extra competenza

Azione 4.2.3: Diffusione di strumenti di monitoraggio dei diversi flussi

Azione 4.2.4: Redazione di un manuale di qualità sui flussi istituzionali

Azione 4.2.5: Flusso SDO ed introduzione controllo CF

Azione 4.2.6: Flusso DD (che include DD e DPC)

Azione 4.2.7: Presidio diretto del Flusso CO (Consumi Ospedalieri)

Azione 4.2.8: Attività di tuning sul Flusso FAR e sul Flusso SIAD

Azione 4.2.9: Consolidamento del modello di gestione del Flusso EMUR/118-PS

Azione 4.2.10: Raccordo tra Flusso FIM regionale e MRA

Azione 4.2.11: Archivi centrali AURA, OPESSAN e ARSE

Intervento 4.3: Realizzazione e implementazione dei nuovi flussi informativi del NSIS

Azione 4.3.1: Flusso DM (Dispositivi Medici)

Azione 4.3.2: SIND - Messa a regime delle componenti applicative per la raccolta del dato

Azione 4.3.3: Miglioramento della qualità del dato SIMES 009-2010 e 2011 ed invio dati esercizio 2012

Azione 4.3.4: Flusso SISM

Azione 4.3.5: Flusso Hospice

Intervento 4.4: Progetto Tessera Sanitaria

Azione 4.4.1: Dematerializzazione delle ricette (Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze

del 02.11.2011)

Azione 4.4.2: Monitoraggio invio art. 50 legge 326/2003

Azione 4.4.3: Controllo esenzioni da reddito come da DM 11/12/2009

Intervento 4.5: Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico

Azione 4.5.1: Predisposizione ed invio della documentazione progettuale

Azione 4.5.2: Estensione del servizio su scala regionale

Intervento 4.6: Progetto CUP Unico Provinciale

Azione 4.6.1: Predisposizione delle specifiche tecniche e funzionali del CUP unico provinciale

Azione 4.6.2: realizzazione del Progetto CUP unico delle Provincie di Torino, Novara ed Alessandria

Valorizzazione Programma 4: Flussi informativi

Intervento 4.4: Progetto Tessera Sanitaria

Azione 4.4.3: Controllo esenzioni da reddito come da DM 11/12/2009

Programma 5: Accreditamento

Intervento 5.1: Processo di accreditamento istituzionale

Azione 5.1.1: Individuazione del fabbisogno di prestazioni per tutte le tipologie assistenziali (sanitarie e sociosanitarie)

Azione 5.1.2: Definizione/aggiornamento dei requisiti autorizzativi e delle procedure per l'autorizzazione

Azione 5.1.3: Revisione ed aggiornamento dei requisiti per l'accREDITamento istituzionale

Programma 6: Contabilità analitica

Intervento 6.1: Coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa

Intervento 6.2: Coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti

Intervento 6.3: Gradi di utilizzo della contabilità analitica

Intervento 6.4: Quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature

Intervento 6.5: Capacità di codificare e quantificare gli scambi interni

Intervento 6.6: Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA

Intervento 6.7: Potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale

Programma 7: Rapporti con gli erogatori 81

Intervento 7.1: Ricognizione e rimodulazione delle tariffe

Azione 7.1.1: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza ospedaliera e specialistica

Azione 7.1.2: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza sociosanitaria

Intervento 7.2: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica

Intervento 7.3: Compartecipazione alla spesa sociosanitaria

Intervento 7.4: Programma dei controlli di appropriatezza

Azione 7.4.1 Area radiologica

Azione 7.4.2 Appropriatezza nel settore della riabilitazione

Azione 7.4.3 Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO

Intervento 7.5: Piano delle prestazioni

Intervento 7.6: Rapporti con gli erogatori privati accreditati

Azione 7.6.1: Tetti di spesa e stipula contratti per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal D.L. 95/2012

Azione 7.6.2: Schema tipo di accordo, che preveda l'indicazione delle modalità di controllo delle prestazioni erogate (anche tramite il Sistema Tessera Sanitaria) e della relativa remunerazione

Intervento 7.7: Sperimentazioni gestionali

Intervento 7.8: Rapporti con le Università pubbliche: sottoscrizione dei protocolli di intesa

Valorizzazione Programma 7: Rapporti con gli erogatori

Intervento 7.1: Ricognizione e rimodulazione delle tariffe

Azione 7.1.1: Ricognizione e rimodulazione tariffe assistenza ospedaliera e specialistica

Intervento 7.2: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al d.lgs. 502/92, con indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica

Intervento 7.6: Rapporti con gli erogatori privati accreditati

Azione 7.6.1: tetti di spesa e stipula contratti per tutte le tipologie assistenziali coerentemente con quanto disposto dal DL 95/2012;

Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini

Intervento 8.1: Formazione del personale

Azione 8.1.1: Formazione del personale

Azione 8.1.2: Strumenti di valutazione dei dirigenti medici e sanitari

Intervento 8.2: Promozione della carta dei servizi

Intervento 8.3: Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini

Intervento 8.4: Piano di formazione aziendale per la sicurezza dei pazienti (Root cause analysis, Audit Clinico)

3. Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi

Programma 9: Razionalizzazione spesa

Intervento 9.1: Pianificazione poliennale degli acquisti - Analisi e governo dei fabbisogni

Intervento 9.2: Aspetti organizzativi e logistici dei processi di acquisto

Azione 9.2.1: Unificazione anagrafica prodotti

Azione 9.2.2: Integrazione delle reti logistiche

Intervento 9.3: Centralizzazione degli acquisti - Attivazione di sistemi di e-procurement regionali - Adesione a Consip

Intervento 9.4: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria

Azione 9.4.1: Riorganizzazione e potenziamento dei sistemi di controllo e monitoraggio della spesa sanitaria

Intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL95/2012)

Intervento 9.6: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto

Azione 9.6.1: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto

Azione 9.6.2: Implementazione della distribuzione diretta di farmaci in dimissione a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale

Azione 9.6.3: Modalità di approvvigionamento farmaci

Intervento 9.7: Health Technology Assessment

Azione 9.7.1: Dispositivi medici

Azione 9.7.2: Apparecchiature biomediche

Azione 9.7.3: Istituzione del "Piano Regionale delle Tecnologie biomediche" (PRTB)

Azione 9.7.4: Unificazione dei sistemi informativi/ci per il monitoraggio della dotazione di tecnologie biomediche e dei relativi costi di manutenzione o gestione

Azione 9.7.5: Razionalizzazione della gestione dei servizi manutentivi delle tecnologie biomediche

Intervento 9.8 Efficientamento e razionalizzazione delle risorse energetiche

Valorizzazione Programma 9: Razionalizzazione della spesa

Intervento 9.3: Centralizzazione degli acquisti - Attivazione di sistemi di e-procurement regionali - Adesione a Consip

Intervento 9.5: Attuazione della normativa nazionale in materia di beni e servizi (DL 98/2011 e DL95/2012)

Intervento 9.6: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto

Azione 9.6.1: Assistenza farmaceutica: distribuzione diretta e per conto

Azione 9.6.2: Implementazione della distribuzione diretta di farmaci in dimissione a seguito di ricovero e di visita specialistica ambulatoriale

Programma 10: Gestione del personale

Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale

Azione 10.1.1: Regolamenti per la mobilità

Azione 10.1.2: Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale.

Azione 10.1.3: Fondi contrattuali - Applicazione delle disposizioni di cui all'art. 9, comma 2 - bis del d.l.n. 78/2010 e relativa circolare MEF n. 12/2011

Azione 10.1.4: Contenimento della spesa per il personale 2010-2015

Azione 10.1.5: Riduzione delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive

Azione 10.1.6: Riduzione della spesa per SUMAI

Valorizzazione PO 10: Gestione del personale

Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale

Azione 10.1.4: Contenimento della spesa per il personale

Azione 10.1.5: riduzione delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive

Azione 10.1.6: Riduzione della spesa per SUMAI

4. Area “Livelli Essenziali di assistenza”

4.1. “Prevenzione”

Programma 11: Sanità pubblica

Intervento 11.1: Azioni coerenti con il Piano nazionale di Prevenzione.

Intervento 11.2: Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali.

Intervento 11.3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.

Programma 12: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Intervento 12.1: Riorganizzazione e riqualificazione del “nodo” regionale.

Intervento 12.2: Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2011-2014.

Intervento 12.3: Definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale.

Intervento 12.4: Miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l’aggravio sui soggetti extraregionali.

Intervento 12.5: Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa.

Intervento 12.6: Adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti, nonché implementazione di piano di formazione per le stesse, che investa tutti gli attori del controllo ufficiale, sul pacchetto igiene.

Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure

Intervento 13.1: Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell’intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento.

Azione 13.1.1: Rete per il trattamento delle patologie cardiovascolari acute

Azione 13.1.2: Rete per il trattamento dell’ictus

Azione 13.1.3: Rete per il trattamento dei pazienti politraumatizzati

Azione 13.1.4: Rete oncologica

Azione 13.1.5: La rete regionale di donazione e di trapianto di organi, tessuti e cellule

Azione 13.1.6: Rete regionale di Allergologia

Intervento 13.2: Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all’area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.

Azione 13.2.1: PDTA - Oncologia

Azione 13.2.2: PDTA - Cardiovascolare

Azione 13.2.3: PDTA - Ambulatoriale Diabete Mellito

Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni

Azione 14.1.1: Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti

Azione 14.1.2: Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività

Azione 14.1.3: Emanazione o aggiornamento delle linee guida regionali per l’adozione degli atti aziendali

Intervento 14.2: Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico

Azione 14.2.1: Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico

Intervento 14.3: Assistenza primaria

Azione 14.3.1: Unità di cure primarie e studi multiprofessionali e Accordi con MMG/PLS: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo

Azione 14.3.2 Il Centro di Assistenza Primaria (CAP)

Azione 14.3.3: Presidi residenziali di assistenza primaria

Azione 14.3.4: Assistenza specialistica ambulatoriale.

Azione 14.3.5: Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa

Intervento 14.4: Assistenza territoriale 150

Azione 14.4.1: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell’assistenza territoriale per disabili

Azione 14.4.2: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell’assistenza territoriale per anziani

Azione 14.4.3: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell’assistenza domiciliare integrata

Azione 14.4.4: Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici

Azione 14.4.5: Assistenza territoriale ai soggetti tossicodipendenti

Azione 14.4.6: Assistenza territoriale ai soggetti minori

Valorizzazione Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Intervento 14.1: Rete ospedaliera e riconversioni

Azione 14.1.2: Riconversione delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività

Intervento 14.3: Assistenza primaria

Azione 14.3.2 Il Centro di Assistenza Primaria (CAP)

Azione 14.3.3: Presidi residenziali di assistenza primaria

Azione 14.3.4: Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento).

Intervento 14.4: Assistenza territoriale

Azione 14.4.1: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per disabili

Azione 14.4.2: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani

Azione 14.4.3: Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata 150

Azione 14.4.4: Assistenza territoriale ai soggetti tossicodipendenti

Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza

Intervento 15.1: Programma attuativo per la rete dell'emergenza - urgenza

Azione 15.1.1: Programma attuativo per la rete dell'emergenza territoriale

Azione 15.1.2: Rete emergenza ospedaliera

Programma 16: Sanità penitenziaria

Intervento 16.1: Ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR implementazioni per la tutela della salute in carcere

Intervento 16.2: Disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti. Risultati programmati

Intervento 16.3: Tutela della salute in carcere

Programma 17: Assistenza farmaceutica

Intervento 17.1: Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera

Azione 17.1.1: Commissione terapeutica regionale. Revisione del PTOR

Azione 17.1.1.2: Azioni tempistica monitoraggio PTA

Azione 17.1.2: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale

Azione 17.1.3: Progetto dose unica del farmaco (DUF)

Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale

Azione 17.2.1: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti"

Azione 17.2.2: Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

Azione 17.2.2.1. Sintesi delle azioni programmate e monitoraggio delle attività aziendali.

Intervento 17.3: Budget dei MMG e dei PLS attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

Intervento 17.4: Misure di compartecipazione alla spesa

Valorizzazione Programma 17: Assistenza farmaceutica

Intervento 17.1: Razionalizzazione spesa farmaceutica ospedaliera

Azione 17.1.2: Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale

Azione 17.1.3: Progetto dose unica del farmaco (DUF)

Intervento 17.2: Razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale

Azione 17.2.1: Definizione specifica di percorsi per categorie di farmaci "alto spendenti"

Azione 17.2.2: Monitoraggio della attività prescrittiva e incentivi per la prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto attraverso il supporto del Sistema Tessera Sanitaria

Programma 18: Sicurezza e rischio clinico

Intervento 18.1: Sicurezza e rischio clinico.

Azione 18.1.1: Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e

che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi.

Azione 18.1.2: Monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella.

Azione 18.1.3: Monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria.

Azione 18.1.4: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica.

Azione 18.1.5: Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.

Azione 18.1.6: Progetto tematico "Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie"

Azione 18.1.7: Progetto tematico "Sicurezza in sala operatoria"

Azione 18.1.8: Progetto tematico "Scheda unica di terapia"

Azione 18.1.9: Programma Regionale per l'Emergenza intraospedaliera

Azione 18.1.10: Programma per la gestione dei rischi sanitari della responsabilità civile della Regione Piemonte

Programma 19: Attuazione del Piano dei pagamenti 150

Intervento 19.1: Attuazione del Piano dei pagamenti

DD 29.1.14, n. 48 - 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.

Note

Si procede all'indizione del Bando 2014, 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.

SARDEGNA

DD n. 45 del 27/01/2014 - Aggiornamento dell'elenco delle strutture private accreditate in regime provvisorio, temporaneo o istituzionale definitivo, inserite negli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali della Sardegna. (BUR n. 10 del 13.2.14)

SICILIA

DD 31.12.13 - Istituzione del tavolo tecnico per l'individuazione di percorsi prescrittivi appropriati.

Art. 1

Per le motivazioni di cui in premessa, presso l'Assessorato regionale della sanità, dipartimento per la pianificazione strategica, è istituito il tavolo tecnico per l'individuazione di percorsi prescrittivi appropriati

Art. 2

La partecipazione alle sedute e ai lavori del tavolo tecnico è a titolo gratuito. Le eventuali spese di missione restano a carico degli enti di appartenenza.

DASS 7.1.14 - Approvazione dei contenuti dei programmi terapeutico-riabilitativi delle strutture residenziali psichiatriche. (BUR n. 5 del 31.1.14)

Art. 1

Per le ragioni di cui in premessa che qui si intendono riportate, è recepito l'Accordo n. 16/Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013, relativo al documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche".

Art. 2

È approvato il documento "Le strutture residenziali terapeutico-riabilitative psichiatriche" che esplicita i contenuti dei programmi terapeutico-riabilitativi delle strutture residenziali psichiatriche, facente parte integrante del presente decreto.

Allegato

Le Strutture residenziali terapeutico-riabilitative psichiatriche

Premessa

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento salute mentale (DSM), come individuato dal progetto obiettivo Tutela salute mentale 1998-2000 (DPR 1 novembre 1999), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi.

Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale deriva da una presa in carico da parte del Modulo Dipartimentale di Salute Mentale (MDSM) che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI); nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto terapeutico individualizzato orientato alla persona e non solo alla curabilità dei suoi sintomi.

L'inserimento in una struttura residenziale, nell'ambito del servizio sanitario nazionale, avviene esclusivamente a cura del MDSM, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non autorizzazione "passiva".

Il PTI deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra MDSM e utente, con il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento.

Si sottolinea, inoltre, l'importanza che l'inserimento venga preferibilmente effettuato in una struttura ubicata nel territorio di competenza del MDSM e, comunque, nel territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale.

Tale inserimento non deve rappresentare un segmento tardivo della cura, ma si deve caratterizzare come intervento da attivare in tempi precoci ai fini di un successivo reinserimento sociale. Il MDSM segue, tramite un proprio operatore di riferimento (*case manager*), l'andamento degli interventi fino alla dimissione.

Indicazioni sull'assetto organizzativo

L'équipe degli operatori deve prevedere la presenza di medici psichiatri, psicologi, pedagogisti, infermieri, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori/animatori*, operatori sociosanitari (OSS), la cui dotazione è esplicitata negli standard assistenziali definiti per ciascuna delle tipologie di prestazione.

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (governance clinico-assistenziale), in base al quale le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Le strutture residenziali psichiatriche, pertanto, operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Ciascuna struttura adotta, inoltre, una propria Carta dei Servizi in cui definisce le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/trattamento/dimissione, le modalità di relazione con altre strutture, i piani di formazione e aggiornamento del personale.

Tutti gli operatori devono usufruire di un adeguato piano di formazione continua e di supervisione clinica.

Il Piano di trattamento individuale (PTI) e il Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)

Ai fini dell'appropriatezza di erogazione delle prestazioni, i Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti proposti dai MDSM per l'inserimento devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi (espresse sulla base dei criteri della ICD10 CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) di inclusione: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con grave compromissione del funzionamento personale e sociale.

Vengono, quindi, presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., HoNOS, BPRS, FPS, VADO), le risorse o

potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Tali strumenti di valutazione dovranno essere condivisi dal DSM e le strutture residenziali.

Le risultanze di tali valutazioni orientano sull'intensità del trattamento riabilitativo, in funzione di una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente. Vengono definiti gli interventi necessari al paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate.

Da ciò scaturisce la scelta della tipologia di trattamento.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI), in accordo con il CSM.

Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una Scheda di PTRP.

Scheda di PTRP

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale;
- Motivo dell'invio da parte del DSM, tratto dal Piano terapeutico individuale (PTI, che viene allegato);
- Osservazione delle problematiche relative alla:
 - Diagnosi Clinica da sviluppare attraverso la classificazione multiassiale ICD 10 della World Health Organization (1992): Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines; Trad. it. ICD-10. Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche.
 - *area psicopatologica*: osservazione e valutazione clinicodiagnostica, valutazione sintomatologia clinica individuale, valutazione dei contesti vitali familiari e sociali;
 - *area sanitaria generale*: osservazione e valutazione delle patologie o condizioni cliniche e sociali associate, e dei livelli globali di necessità sanitarie di cui necessita il paziente.

*Gli "animatori" e gli "ausiliari" eventualmente in carico alle strutture vanno considerati ad esaurimento.

– Diagnosi Funzionale da sviluppare attraverso la classificazione multilivello ICF della World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva; Trad. it. ICF Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute.

- *area della cura di sé / ambiente*: cura del proprio corpo della propria persona e dei propri spazi di vita, abilità di base, coinvolgimento in mansioni domestiche e della vita quotidiana, competenze gestionali della propria patologia e della propria cura;

- *area della competenza relazionale*: partecipazione alle reti sociali affettive, mantenimento di contatti formali e informali, funzioni mentali, cognitive ed emotive specifiche; facilitatori o barriere personologiche o ambientali;

- *area della gestione economica*: condizione economica e benefit goduti, competenze gestionali autonome, partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro;

- *area delle abilità sociali*: partecipazione ad attività sociali, civili, culturali e comunitarie e ad attività di gruppo o collettive di tipo formative, espressive e ludiche, competenze gestionali della propria patologia e della propria cura.

• Obiettivi dell'intervento e aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie di trattamenti terapeutico-riabilitativi:

- Terapia farmacologica e psicoterapia: attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Interventi psicoeducativi, abilitativi e riabilitativi: attività educativo-riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Sostegno e cura psichiatrica: attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Interventi di risocializzazione e di inclusione sociale:

Attività di rete degli assistenti sociali

– Interventi di protezione e assistenza: Attività di cura di sé e dell'ambiente per gli operatori socio-sanitari

– Interventi di sostegno ai bisogni sociali di base (abitazione, lavoro, affettività): attività degli operatori clinico-sociali.

- Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato;

- Indicazione della durata del programma, delle verifiche periodiche e delle supervisioni sui servizi e sul caso: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica e dei partecipanti alle riunioni e ai gruppi di lavoro coordinati dal *case manager*.

Tipologia dei programmi terapeutico-riabilitativi delle Strutture Psichiatriche Residenziali

La tipologia dei programmi viene distinta per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità).

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano due tipologie di programmi:

1. Programma per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo

2. Programma per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo

I criteri sulla base dei quali si possono articolare i suddetti programmi sono correlati a:

- la numerosità e/o l'intensità degli interventi complessivamente erogati;

- il mix di tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede, ecc);

- la numerosità e/o l'intensità degli interventi di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità).

Vari modelli di intervento sono attuabili, con la gradualità richiesta da un programma riabilitativo e dal progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, tramite tipologie di attività, quali ad es.:

- valutazione clinico-diagnostica (all'ammissione, in itinere e alla dimissione), diagnosi

- funzionale, monitoraggio dell'evoluzione del quadro clinico e psicopatologico, farmacoterapia, promozione delle competenze cognitive e sociorelazionali, colloqui individuali, colloqui con la famiglia, riunioni di programmazione, monitoraggio e periodica verifica degli interventi;

- interventi terapeutico-riabilitativi: cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana, interventi di risocializzazione (anche con il coinvolgimento

- di agenzie sociali del territorio, quali enti di volontariato, di impegno sociale, istituzioni, ecc.), partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, interne alla struttura o esterne ad essa, specifici interventi di riabilitazione psicosociale, miranti a

- promuovere competenze nella gestione nella fruizione dei servizi territoriali, specifici interventi di riabilitazione neuropsicologica e cognitiva, attività psicoeducative (interventi psicoeducazionali);

- attività psicoterapeutiche: strutturate e individuali, di gruppo, comunitarie e che possono prevedere il coinvolgimento della famiglia;

- interventi di inclusione sociale: partecipazione ad attività prelaborative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome ricollegate con la rete sociale, sostegno all'abitare ed alla quotidianità.

L'inserimento in struttura psichiatrica e la Progettazione terapeutica individualizzata (PTI) e la Progettazione terapeutico-riabilitativa personalizzata (PTRP)

Gli ingressi e le dimissioni dei pazienti, effettuati dai DSM Integrati, avvengono con la partecipazione della persona assistita e di eventuali altri soggetti interessati (come il curatore, il tutore o l'amministratore di sostegno), in conformità al PTI ed alle periodiche verifiche in esso previste.

L'invio e la richiesta di inserimento per ciascun paziente, proposta dal Dipartimento integrato di salute mentale deve avvenire tramite la redazione di un piano di trattamento individuale (PTI), in coerenza del quale l'equipe della struttura residenziale elaborerà il Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) sempre in collaborazione con il paziente e la sua rete sociale di riferimento.

La *governance* clinico-sociale della progettazione terapeutica personalizzata deve prevedere;

- il riferimento a specifici criteri diagnostici per la grave patologia mentale, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi espresse sulla base dei criteri della ICD9 CM dell'Organizzazione mondiale della sanità di inclusione: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi

affettive gravi, disturbi della personalità con grave compromissione del funzionamento personale e sociale;

- la definizione dei bisogni individuali di salute (BIS) a prevalenza sanitaria e rilevanza sociale, prendendo in considerazione la gravità e la complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati, le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento e la stabilità clinica;
- un orientamento sull'intensità del trattamento riabilitativo, da sviluppare sulla base della definizione dei bisogni di salute;
- una metodologia di lavoro di rete basata sulla individuazione di *case manager*, all'interno di staff multidisciplinari e multiistituzionali, il cui lavoro di gruppo verrà coordinato dagli stessi in conformità alla realizzazione, monitoraggio e valutazione della progettazione terapeutica personalizzata, la titolarità della quale ricade sulla figura del medico istituzionalmente responsabile;
- la formazione continua di tutti gli operatori coinvolti, mirata allo sviluppo professionale ed alla supervisione istituzionale della pratica clinica.

Il coordinamento e la titolarità sanitaria del PTI viene garantita dal DSM attraverso la figura del Medico Responsabile e del *Case Manager*, membri effettivi e conduttori delle Equipe Multidisciplinari che hanno in carico il caso.

La funzione dei case manager

Il *case manager* del PTI è una figura interna al DSM e membro dell'equipe clinica multidisciplinare che ha in carico il caso e la responsabilità sulla sua cartella clinica, il quale:

- si coordina e condivide la responsabilità con il medico competente del caso;
 - svolge il ruolo di coordinamento delle azioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative;
 - riunisce periodicamente in un gruppo di lavoro le persone e gli operatori che sono coinvolti nel percorso terapeutico;
 - porta le istanze del paziente nelle equipe multidisciplinari distrettuali;
 - coordina l'elaborazione, la valutazione ed il monitoraggio del PTI e dell'invio che in esso viene previsto presso la Struttura psichiatrica residenziale;
 - monitora e controlla la realizzazione dei PTRP della Struttura residenziale attraverso il contatto diretto e la collaborazione con il relativo *case manager*, partecipando anche agli incontri di progettazione terapeutico-riabilitativa personalizzata coordinati dal *case manager* della struttura psichiatrica;
 - riunisce periodicamente in un gruppo di lavoro i *case manager* delle strutture psichiatriche che coordina, con il compito di effettuare una trasmissione ed una costruzione di *know-how* clinico, metodologico ed amministrativo condiviso.
- Il *case manager* del PTRP è invece una figura interna alla Struttura residenziale e membro della sua equipe clinica multidisciplinare che ha in carico il caso e tiene aggiornato la documentazione del PTI. Il *case manager* della struttura può avere in carico non più di 5 pazienti ed è referente per essi presso il DSM attraverso il coordinamento del *case manager* del DSM.

Il case manager del PTRP:

- si coordina e condivide la responsabilità con il medico responsabile della struttura residenziale;
- svolge il ruolo di coordinamento delle azioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative;
- coordina l'elaborazione, la valutazione ed il monitoraggio del PTRP;
- collabora con il *case manager* del DSM per il monitoraggio e il controllo del PTRP e per l'identificazione degli interventi da attivare in risposta ai bisogni individuali di salute (BIS), di tipo terapeutico-riabilitativo;
- d'intesa con il medico responsabile riunisce periodicamente e coordina un gruppo di lavoro variabilmente composto dalle persone e dagli operatori coinvolti nel percorso terapeutico, compreso il paziente e il *case manager* del DSM.

Il budget di salute

Il budget di salute copre economicamente i bisogni individuali di salute definiti dal PTI attraverso il Programma per trattamento terapeutico riabilitativo a carattere intensivo e/o il Programma per trattamento terapeutico riabilitativo a carattere estensivo

I livelli di intensità assistenziale

Il livello di intensità terapeutica offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente. In particolare, un ruolo fondamentale nella valutazione assumono gli aspetti correlati alla vita di relazione, quali ad esempio, essere in grado di gestirsi autonomamente; stabilire rapporti di fiducia con gli operatori, accettando regole e limitazioni proposte; prestare attenzione anche alle esigenze altrui (capacità di convivenza); curare l'igiene personale.

Le strutture con finalità terapeutico-riabilitative faranno riferimento alle prestazioni previste dal progetto ministeriale "Mattone 12" e dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e sono differenziate a seconda del livello di assistenza erogata dal personale sanitario.

Si distinguono:

- Programmi terapeutico-riabilitativi residenziali a carattere intensivo, con personale sanitario presente nelle 24 ore e con durata del trattamento non superiore a 18 mesi prorogabile per altri 6 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento;
- Programmi terapeutico-riabilitativi residenziali a carattere estensivo, con personale sanitario presente nelle 24 ore e con una durata di trattamento non superiore a 36 mesi prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.

Entrambi i programmi potranno essere realizzati dalle strutture accreditate e contrattualizzate con i DSM per i trattamenti terapeutico-riabilitativi residenziali.

1. Programma terapeutico-riabilitativo a carattere intensivo.

Tale programma è rivolto a pazienti, con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, che necessitano di intervento ad alta intensità riabilitativa, da attuare precocemente o in tempi congrui a prevenire un cronicizzarsi della disabilità, con programmi personalizzati per una gamma di situazioni diverse che comprendono anche gli esordi psicotici o le fasi di post-acuzie.

Indicazioni clinico-riabilitative:

I trattamenti a carattere intensivo sono indicati per pazienti con ricorrenti fasi di acuzie sintomatologiche o nelle quali il disturbo si prolunga, nonostante l'adeguatezza della cura e degli interventi psicosociali ricevuti, quando l'inserimento nella vita sociolavorativa e/o familiare è di scarso aiuto o addirittura genera stress che possono produrre scompenso e in presenza di compromissioni considerate trattabili nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero in SPDC o in programmi di post-acuzie;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave, specie nelle aree funzionali suddette, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo;
- problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale.

Aree di intervento

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi ad alta intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e la prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione:

- **area clinico-psichiatrica:** valutazione clinico-diagnostica (all'ammissione, in itinere e alla dimissione); diagnosi funzionale; monitoraggio attivo dell'evoluzione del quadro clinico e psicopatologico e farmacoterapia; promozione delle competenze cognitive e sociorelazionali; periodici colloqui clinici individuali e familiari, riunioni di programmazione, monitoraggio e periodica verifica degli interventi;
- **area psicologica:** interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinico-psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici, psicodiagnosi), interventi psicoeducativi (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- **area riabilitativa e di recupero delle competenze sociorelazionali:** interventi intensivi, diversificati e strutturati (sia individuali che di gruppo) di riabilitazione psicosociale, finalizzati

al potenziamento, mantenimento e recupero delle abilità di base e delle competenze interpersonali e sociali, e miranti al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura; interventi per la formazione e l'avviamento al lavoro.

Interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie, ludico e motorie, interne o esterne alla struttura, anche con attivo coinvolgimento della rete sociale;

• **area del coordinamento:** incontri di programmazione, monitoraggio, verifica, supervisione e di raccordo con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Standard organizzativo tipo

Profili professionali | Standard Terapeutico-riabilitativo intensivo per 20 utenti

Medico psichiatra | 68 h/s

Psicologo | 48 h/s

Pedagogista | 20 h/s

Ass. Sociale | 20 h/s

T.R.P./Educatore | 6

Inf. Prof. | 6

OTA/OSS/OSA | 6

2. Programma terapeutico-riabilitativo a carattere estensivo

Tale programma è rivolto a pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico-riabilitativi e di assistenza, da attuare in programmi a media intensità riabilitativa (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali).

Indicazioni clinico-riabilitative:

Per i trattamenti a carattere estensivo occorre anzitutto considerare la persistenza di compromissioni funzionali con importanti difficoltà del paziente a recuperare una minima autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, nelle attività di base relative alla cura di sé, oltre che nelle attività sociali complesse; ad insorgenza non recente e/o con pregressi trattamenti riabilitativi a più alta intensità;
- problemi relazionali di gravità media o grave in ambito familiare e sociale;
- aderenza e compliance adeguata agli obiettivi terapeutico-riabilitativi della tipologia di struttura.

Aree di intervento

In termini di aree di intervento, la tipologia è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media valenza riabilitativa, che prevedono un'attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione:

• **area clinico-psichiatrica:** valutazione clinico-diagnostica (all'ammissione, in itinere e alla dimissione); diagnosi funzionale; monitoraggio attivo dell'evoluzione del quadro clinico e psicopatologico e farmacoterapia; promozione delle competenze cognitive e sociorelazionali; periodici colloqui clinici individuali e familiari, riunioni di programmazione, monitoraggio e periodica verifica degli interventi, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;

• **area psicologica:** interventi strutturati di supporto psicologico (colloqui clinico-psicologici, gruppi terapeutici, ecc.); interventi psicoeducazionali (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);

• **area riabilitativa e di recupero/mantenimento delle competenze sociorelazionali:** interventi diversificati e strutturati (sia individuali che di gruppo) di riabilitazione psicosociale, finalizzati al potenziamento, mantenimento e recupero delle abilità di base e delle competenze interpersonali e sociali, e miranti al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine.

Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative sul territorio;

- **area di risocializzazione:** offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse anche in sinergia con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri di programmazione, monitoraggio, verifica e di raccordo con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Standard organizzativo tipo

Profili professionali | Standard Terapeutico-riabilitativo estensivo per 20 utenti

Medico psichiatra | 48 h/s

Psicologo | 36 h/s

Pedagogista | 16 h/s

Ass. Sociale | 16 h/s

T.R.P./Educatore | 4

Inf. Prof. | 6

OTA/OSS/OSA | 6

In considerazione che i suddetti programmi potranno essere realizzati dalle strutture accreditate e contrattualizzate con i DSM per i trattamenti terapeutico-riabilitativi residenziali lo standard organizzativo delle stesse, a modifica di quanto già previsto ai sensi del D.A 13 ottobre 1997, tenuto conto della media dei trattamenti da effettuare con una ricettività di n.20 utenti, è rideterminato come segue.

Profili professionali | Standard per trattamenti terapeutico-riabilitativi per 20 utenti

Medico psichiatra | n. 2 per complessive 58 h/s

Psicologo | n. 2 per complessive 42 h/s

Pedagogista | 18 h/s

Ass. Sociale | 18 h/s

T.R.P./Educatore | 5

Inf. Prof. | 6

OTA/OSS/OSA | 6

Cuoco* | 1

Aiuto-cuoco* | 1

Coll. Amm.vo | 1

* nei casi in cui il servizio non risulti esternalizzato.

DASS 7 gennaio 2014. - Approvazione dei programmi terapeutico-riabilitativi residenziali per i minori e dei requisiti strutturali ed organizzativi delle strutture dedicate. **(BUR n. 5 del 31.1.14)**

Art. 1

Per le ragioni di cui in premessa che qui si intendono riportate, è approvato il documento “Programmi terapeutico- riabilitativi residenziali per i minori e requisiti strutturali ed organizzativi delle strutture dedicate” in allegato che è parte integrante del presente decreto.

Allegato

PROGRAMMI TERAPEUTICO-RIABILITATIVI RESIDENZIALI PER I MINORI E REQUISITI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE DEDICATE

Le strutture residenziali di tutela della salute mentale per minori accolgono adolescenti e pre-adolescenti con gravi patologie psichiatriche che necessitano di specifiche risposte residenziali in situazioni nelle quali è necessaria una parziale discontinuità del rapporto con il nucleo familiare e con il loro contesto sociale di vita.

Queste strutture sono parte di un sistema integrato di servizi essendo una delle tappe del percorso di cura e di riabilitazione dei minori con grave patologia psichiatrica. Rappresentano un intervento temporaneo, fortemente orientato al proprio superamento, cioè finalizzato al reinserimento intrafamiliare e sociale completo o, se ancora necessario, con eventuale passaggio a gestione semiresidenziale o ambulatoriale. Accolgono minori con gravità del quadro clinico individuato attraverso l'asse 1 dell'ICD10, inviati dalle U.O. di NPIA territoriali od ospedaliere.

L'accesso può essere successivo al ricovero ospedaliero o in alcuni casi alternativo allo stesso.

Tali strutture attuano programmi riabilitativi con diverso livello d'intensità:

- programmi terapeutico-riabilitativi per adolescenti a carattere intensivo;
- programmi terapeutico-riabilitativi per adolescenti a carattere estensivo.

Programmi terapeutico-riabilitativi per adolescenti a carattere intensivo

Tali programmi sono rivolti a pre-adolescenti e adolescenti con disturbo psicopatologico grave in fase sub-acuta, che richiedono interventi ad alta intensità che non possono essere realizzati a livello domiciliare o ambulatoriale.

Requisiti progettuali

La comunità terapeutica sviluppa due livelli progettuali:

1. Progetto di struttura che definisce:

- a) il modello di lavoro per garantire l'attuazione del progetto individuale sul minore e del suo programma attuativo;
- b) i rapporti con le famiglie, i servizi invariants, le agenzie educative, formative e per il tempo libero del territorio al fine di garantire e sviluppare l'inclusione sociale e le modalità di dimissioni protette.

2. Progetto personalizzato (programma attuativo sul minore) che definisce:

- a) gli specifici interventi terapeutico-riabilitativi erogati dalla struttura;
- b) la durata della permanenza (non superiore a 120 gg. Eventualmente prorogabili per un ulteriore trimestre);
- c) la dimissione protetta.

Il programma attuativo sul minore è sviluppato a cura della comunità terapeutica sulla base del piano di trattamento individuale (PTI) elaborato dal DSM, area NPIA, dell'ASP inviante in accordo con il servizio sociale del comune di residenza del minore.

Per ogni singolo inserimento dovrà essere indicato il Case Manager della U.O. di NPIA che ha in carico il caso e richiesto l'inserimento.

Dovrà inoltre essere identificato il Case Manager della struttura residenziale, membro dell'equipe clinica multidisciplinare che ha in carico il minore che tra l'altro aggiorna la scheda del progetto personalizzato.

Il Case Manager della struttura può avere in carico non più di 5 pazienti ed è referente per essi presso l'U.O. di NPIA inviante; dovrà monitorare e verificare, documentando mensilmente, l'andamento del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) redatto a cura dell'equipe della struttura ospitante.

Il trattamento terapeutico-riabilitativo a carattere intensivo è caratterizzato per l'attuazione di programmi ad alta intensità riabilitativa con una attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e una prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione.

Dovranno essere sviluppate nell'ambito del programma terapeutico-riabilitativo intensivo le seguenti aree di intervento:

- area clinico-psichiatrica;
- area psicologica;
- area riabilitativa;
- area della risocializzazione;
- area del coordinamento (scambio professionale periodico tra Case Manager della NPIA e della struttura).

In particolare devono essere previste:

- per la diagnostica: visite mediche specialistiche e sanitarie specifiche, valutazioni delle autonomie, delle funzioni adattivo-relazionali e cognitive;
- per la terapia: psicoterapie individuali e/o di gruppo, neurofunzionali, neuropsicologiche, cognitive e terapie farmacologiche;
- per la socio-riabilitazione: recupero e/o sviluppo delle autonomie di base, relazionali, gestione del controllo emotivo.

Deve essere assicurata l'impostazione di progetti di riabilitazione e reinserimento sociale.

Il PTI ed il relativo programma attuativo devono essere annotati su cartella clinica riportante diagnosi codificata attraverso ICD 10.

Programmi terapeutico-riabilitativi per adolescenti a carattere estensivo

Tali programmi sono rivolti a pre-adolescenti e adolescenti affetti da gravi patologie psichiatriche dell'età evolutiva che hanno positivamente superato la fase acuta e sub-acuta del disturbo comportamentale, ma non sono ancora in grado di fare ritorno in famiglia. Possono essere previsti trattamenti anche per la prevenzione della fase acuta.

Gli interventi sono indirizzati a soggetti che hanno raggiunto un minimo di stabilità emotiva o un adeguato livello di controllo (anche attraverso terapia farmacologica) sul piano comportamentale rispetto agli impulsi auto o etero aggressivi, che hanno concluso un trattamento terapeutico-riabilitativo intensivo o per i quali è ritenuto necessario un trattamento residenziale a minore intensità riabilitativa.

Sono inoltre compresi i minori afferenti all'area penale, per i quali è possibile prevedere un breve periodo di osservazione (massimo 1 mese) per la definizione del progetto individualizzato, che potrà prevedere la permanenza presso la stessa struttura, oppure l'invio ad una comunità educativa.

Requisiti progettuali

La comunità terapeutica sviluppa due livelli progettuali:

1. Progetto di struttura che definisce:

a) il modello di lavoro per garantire l'attuazione del progetto individuale sul minore e del suo programma attuativo;

b) i rapporti con le famiglie, i servizi invariants, le agenzie educative, formative e per il tempo libero del territorio al fine di garantire e sviluppare l'inclusione sociale e le modalità di dimissioni protette.

2. Progetto personalizzato (programma attuativo sul minore) che definisce:

a) gli specifici interventi terapeutico-riabilitativi erogati dalla struttura;

b) la durata della permanenza (non superiore a 180 giorni eventualmente prorogabili per un ulteriore semestre. Nei casi più gravi è possibile valutare cicli di trattamento di durata più estesa ma mai superiore ai 2 anni);

c) la dimissione protetta.

Il programma attuativo sul minore è sviluppato a cura della comunità terapeutica sulla base del piano di trattamento individuale (PTI) elaborato dal DSM, area NPIA, dell'ASP inviante in accordo con il servizio sociale del comune di residenza del minore .

Per ogni singolo inserimento dovrà essere indicato il Case Manager della U.O. di NPIA che ha in carico il caso e richiesto l'inserimento.

Dovrà inoltre essere identificato il Case Manager della struttura residenziale, membro dell'equipe clinica multidisciplinare che ha in carico il minore che tra l'altro aggiorna la scheda del progetto personalizzato.

Il Case Manager della struttura può avere in carico non più di 5 pazienti ed è referente per essi presso l'U.O. di NPIA inviante; dovrà monitorare e verificare, documentando mensilmente, l'andamento del Progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato (PTRP) redatto a cura dell'equipe della struttura ospitante.

Il trattamento terapeutico-riabilitativo di tipo estensivo si caratterizza per l'attuazione di un processo di cura, attraverso prestazioni multidisciplinari, mirato al recupero funzionale e sociale degli adolescenti affetti da disabilità psichica. Sono predominanti la fase abilitativa-riabilitativa, volta a far emergere potenzialità non ancora espresse ai fini di un migliore adattamento, ed interventi di risocializzazione.

Dovranno essere sviluppate nell'ambito del programma terapeutico-riabilitativo estensivo le seguenti aree di intervento:

– area clinico-psichiatrica;

– area psicologica;

– area riabilitativa;

– area della risocializzazione;

– area del coordinamento (scambio professionale periodico tra Case Manager della NPIA e della struttura).

In particolare dovranno essere garantite, in relazione all'età e al progetto:

- visite mediche specialistiche;
- terapie farmacologiche (se necessarie);
- psicoterapie brevi individuali e/o di gruppo;
- valutazioni e recupero delle autonomie, delle funzioni adattive e cognitive;
- attività di reinserimento sociale;
- gestione del controllo emotivo;
- attività scolastiche, formative, espressive, culturali e sportive;
- tirocini e borse-lavoro.

Il PTI ed il relativo programma attuativo devono essere annotati su cartella clinica riportante diagnosi codificata attraverso ICD 10.

Requisiti strutturali e tecnologici

La comunità risponde ai requisiti della civile abitazione.

Ciascuna struttura non potrà avere una recettività superiore a n. 13 posti.

Per l'autorizzazione al funzionamento devono essere presenti i seguenti requisiti:

- disponibilità di spazi personali e spazi comuni– soggiorno/pranzo di ampiezza adeguata;
- la cucina deve avere una superficie minima di 12 mq;
- i bagni devono essere in numero minimo di 1 ogni due stanze ed in ogni caso non possono servire più di 4 ospiti;
- bagni separati per i ragazzi e per gli operatori;
- stanze di almeno mq. 9 per una persona e mq. 14 per due persone, a 1-2 letti, con possibilità di alcune stanze a 1 letto;
- ogni ospite deve avere uno spazio che può considerare come suo, e almeno un armadio personale per conservare oggetti e indumenti personali;
- possibilità per ogni ospite di avere un armadietto con chiave, o un luogo sicuro per gli effetti personali;
- ambienti climatizzati (estate/inverno);
- spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni;
- spazi per laboratori e attività;
- spazi per lavanderia, stireria, dispensa ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio o eventuale esternalizzazione del servizio lavanderia/stireria e refezione.

Ubicazione

Caratteristiche dell'ubicazione:

- contesto abitato, non isolato;
- i trasporti pubblici devono permettere la possibilità del facile accesso ai servizi ed al tessuto sociale della città;
- sono escluse strutture condominiali;
- la struttura non deve essere collocata oltre al primo piano;
- gli ambienti della zona notte sono da dislocare tutti allo stesso livello;
- evitare i contesti stigmatizzanti;
- favorire struttura a sé stante e con spazi esterni (giardino ecc).

Sicurezza

Occorre prevedere caratteristiche strutturali di sicurezza aggiuntive in modo da limitare il più possibile i rischi derivanti dalle condotte etero ed autolesioniste messe in atto dai minori nei momenti di crisi:

- la struttura non deve dare immediatamente sulla strada;
- le porte dei bagni devono poter essere con chiave, ma eventualmente apribili dall'esterno (solo con intervento dell'operatore);
- l'arredamento deve essere ignifugo, senza oggetti pericolosi, ma solido per poter resistere a eventuali momenti di crisi dei pazienti;
- porte e serramenta devono essere robuste, con la possibilità di essere eventualmente chiuse a chiave dagli operatori nel caso di gravi situazioni di necessità;

- tutti gli oggetti potenzialmente lesivi (coltelli, oggetti acuminati, eventuali attrezzi di lavoro per il giardino e/o detersivi) devono poter essere tenuti in ambienti chiusi a chiave con il controllo degli operatori;
- i farmaci devono essere custoditi in un armadio chiuso a chiave;
- non vi devono essere ganci utilizzabili come appigli per funi o lenzuola, quelli esistenti devono piegarsi sotto il peso del corpo;
- è opportuno che la cottura dei cibi avvenga tramite piastre elettriche. Il gas metano andrebbe utilizzato solo per il riscaldamento;
- i vetri devono essere antisfondamento.

Deve inoltre essere garantito il rispetto delle normative vigenti per quanto riguarda:

- protezione antisismica;
- protezione antincendio (eventuale visto VV.FF.);
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza antinfortunistica (D.Lgs. n. 626/94);
- igiene dei luoghi di lavoro;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti (inclusi eventuali rifiuti speciali se vi è uso di farmaci);
- sicurezza degli impianti.

Organizzazione

- Funzionalmente connessa con i servizi di NPIA territoriali dove si trova ubicata e con la U.O. NPIA di provenienza del paziente inviato che resta titolare, per il tramite del Case Manager, dei singoli progetti terapeutici;
- coordinamento con gli altri servizi per adolescenti dell'area socio-assistenziale e sanitari;
- supervisione almeno quindicinale degli operatori;
- predisposizione di indicatori di processo e di risultato per la valutazione qualitativa degli interventi terapeutici.

Devono esistere procedure scritte su:

- accoglienza;
- rapporti con la famiglia;
- dimissione;
- rapporti con servizi invianti;
- continuità di presa in carico a fronte di turn over;
- emergenze;
- modalità di raccolta e conservazione della documentazione clinica;
- gestione dell'intervento farmacologico;
- gestione di episodi di crisi auto o eteroaggressivi;
- modalità di valutazione dell'andamento e degli esiti con formulazione di indicatori per la valutazione della efficacia del trattamento;
- deve essere previsto un momento annuale di sintesi, programmazione e verifica organizzativa della struttura, in cui analizzare l'anno trascorso e definire gli obiettivi per il successivo.

La comunità deve adottare apposito protocollo per la gestione, conservazione e somministrazione dei farmaci, che preveda, inoltre, la responsabilità in capo all'infermiere nell'organizzazione delle modalità distributive e di somministrazione dei farmaci stessi.

Personale

L'equipe multi professionale della comunità terapeutica riabilitativa per minori fino a 13 posti è composta come segue:

- 1 medico neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza responsabile;
- 1 psicologo-psicoterapeuta;
- 2 infermieri professionali;
- 1 assistente sociale (12 ore sett.);
- 6 educatori professionali/ tecnici della riabilitazione psichiatrica (almeno 2 su 6) h. 24;
- 2 operatori OSS;

– 1 amministrativo (12 ore sett).

Uno degli educatori professionali o tecnico della riabilitazione psichiatrica assume funzioni di coordinatore.

Possono inoltre essere presenti ulteriori figure professionali in relazione alle attività individuate dal progetto del servizio.

DASS 8 gennaio 2014 - Approvazione dell'Accordo per la distribuzione per conto dei farmaci inclusi nel PHT.

Art. 1

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono confermate, è approvato l'Accordo, allegato al presente decreto e di cui costituisce parte integrante, per la distribuzione per conto dei farmaci inclusi nel PHT, così come modificato dall'Accordo del 25 ottobre 2013, nonché il disciplinare tecnico relativo alle modalità attuative, sottoscritto in data 13 dicembre 2013 e allegato, anch'esso, al presente decreto.

Art. 2

I direttori generali delle aziende sanitarie provinciali sono tenuti a porre in essere ogni iniziativa necessaria per l'espletamento degli adempimenti previsti dall'Accordo e dal relativo allegato disciplinare tecnico e ad effettuare i controlli di competenza indispensabili per la corretta applicazione di quanto stabilito nel sopra citato Accordo.

Art. 3

Ai sensi del punto 9 del citato Accordo, il dipartimento pianificazione strategica costituirà un Tavolo tecnico per la verifica dell'attuazione e la gestione dell'accordo medesimo.

Art. 4

L'Accordo ha valore vincolante per tutte le aziende sanitarie provinciali del territorio regionale e per tutte le farmacie pubbliche e private.

DASS 17 gennaio 2014 - Tariffe per la valutazione dei protocolli di sperimentazione clinica e gettoni di presenza per i componenti dei Comitati etici nella Regione siciliana.

Art. 1

Ai sensi dell'art. 7 del D.A. n. 1360 del 16 luglio 2013, sono stabilite le tariffe a carico del promotore per la valutazione e la presa d'atto di emendamenti sostanziali e l'importo dei gettoni di presenza da erogare ai componenti dei comitati etici di cui all'articolo 2 del presente decreto, nonché dei compensi da riconoscere agli addetti all'ufficio di segreteria tecnico-scientifica.

Art. 2

Le tariffe a carico del promotore per la valutazione e la presa d'atto di emendamenti sostanziali da parte dei Comitati etici di cui al D.A. n. 1360 del 16 luglio 2013 sono i seguenti:

Valutazione sperimentazione con espressione di Parere Unico € 4.000

Valutazione sperimentazione € 3.000

Valutazione studio osservazionale prospettico € 2.500

Valutazione altri studi osservazionali € 1.000

Valutazione emendamenti sostanziali € 1.000

Valutazione emendamenti non sostanziali e studi di bioequivalenza € 500

Le suddette tariffe non sono dovute nel caso di sperimentazioni proposte dal Ministero della salute o da altra Autorità sanitaria, da Comitati o Associazioni scientifiche senza fini di lucro, da Unità operative ospedaliere o da Dipartimenti universitari che non siano supportati da sponsor esterni.

Le Aziende sanitarie dove sono allocati i Comitati etici dovranno istituire un fondo ad hoc ai sensi di quanto previsto dal comma 4 dell'art. 7 del citato D.A. 1360/13.

Le suddette tariffe dovranno essere aggiornate con cadenza biennale.

Art. 3

Le tariffe di cui all'art. 2 sono destinate a sostenere le spese di funzionamento dei Comitati etici e saranno utilizzate per le spese di segreteria, formazione e aggiornamento dei singoli componenti, copertura assicurativa, pagamento dei gettoni di presenza ai componenti e alla segreteria, ivi compresi i referenti individuati presso le altre Aziende sanitarie facenti parte del comitato etico di

riferimento ai sensi del comma 5, art. 5 del D.A. n. 1360/13 se partecipano alle attività del Comitato Etico al di fuori dell'orario di servizio.

Gli importi delle suddette tariffe sono ripartite come di seguito specificate:

– il 40% spetta all'Azienda sanitaria dove è allocato il Comitato etico.

Qualora l'Azienda proponente lo studio è diversa da quella dove ha sede il Comitato etico una quota pari al 30% spetta all'Azienda sanitaria dove è allocato il Comitato etico e il restante 10% all'Azienda proponente lo studio;

– il 25% è destinato al pagamento dei gettoni di presenza a tutti i componenti del Comitato etico ivi compresi i componenti della segreteria tecnico-scientifica e i referenti di cui al comma 5, art. 5 del D.A. n. 1360/13;

– il 25% spetta come compenso ai componenti del Comitato etico che si fanno carico della necessaria valutazione tecnico-scientifica preliminare, della verifica della completezza della documentazione fornita da assoggettare a valutazione di competenza (*referee*);

– il 10% è destinato al pagamento delle spese di formazione e aggiornamento dei componenti dei Comitati etici, della segreteria e dei referenti di cui al comma 5, art. 5 del D.A. n. 1360/13.

I superiori importi spettanti ai componenti del Comitato etico vanno considerati al netto dell'IVA se ed in quanto dovuta e al lordo delle ritenute fiscali e previdenziali previste per legge a carico dei prestatori d'opera.

Nel caso dovessero rimanere somme inutilizzate, a fine anno di attività, le stesse, verranno ridistribuite in parti uguali tra i componenti del Comitato etico.

Restano ferme le disposizioni di cui ai commi 2, 3, 4 e 5 dell'art. 7 del D.A. n. 1360/13.

TOSCANA

DD 21.1.14, n. 121 - L.R. 51/2009: Pubblicazione elenco strutture sanitarie autorizzate al 30/11/2013. (BUR n. 4 del 29.1.14)

Note

La L.R. 5 agosto 2009, n. 51 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" che all'art. 8, comma 1 ribadisce l'obbligo della tenuta dell'elenco regionale degli autorizzati.

In forza del successivo art. 46, comma 4 della suddetta legge regionale le informazioni derivanti dalle procedure di autorizzazione devono essere rese pubbliche ed accessibili.

1. le strutture sanitarie private sono raggruppate per tipologia di presidio di cui all'Allegato C, tabella 1 della D.G.R. 14 marzo 2011, n. 153. Una stessa struttura sanitaria sarà pertanto ripetuta più volte nel caso eroghi prestazioni afferenti a tipologie diverse di presidio;

2. le attività indicate nell'elenco non sono tutte quelle svolte nella struttura sanitaria bensì quelle di cui all'Allegato C, tabella 3 della D.G.R. 14 marzo 2011, n. 153;

Viene disposta la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana dell'elenco delle strutture sanitarie private autorizzate di cui all'allegato A al presente decreto.

MOZIONE 14.1.14, n. 711 - Mozione approvata nella seduta del Consiglio regionale del 14 gennaio 2014 - In merito alle prospettive del sistema toscano delle malattie rare. (BUR n. 4 del 29.1.14)

Note

PREMESSA

La malattia di Huntington risulta inserita, con il codice identificativo RF00 80, nell'elenco delle malattie rare dell'Istituto superiore di sanità; tale patologia colpisce circa dai sette ai dieci individui ogni centomila abitanti in Europa, con un'età di esordio nella vita adulta tra i trenta ed i cinquanta anni; il decorso clinico varia da soggetto a soggetto, ma nell'ultimo stadio si giunge alla perdita totale di ogni autonomia ed all'allettamento del paziente.

La malattia di Huntington risulta, ad oggi, una patologia incurabile, rispetto alla quale gli unici farmaci disponibili sono in grado solo di migliorare alcuni sintomi, come i movimenti coreici involontari e la depressione, mentre non sono in grado di arrestare la progressione della malattia o renderne reversibile il

Decorso.

IL CONSIGLIO REGIONALE

IMPEGNA**LA GIUNTA REGIONALE**

- a prevedere, tramite la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio ed in collaborazione con il Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità, le associazioni e le federazioni delle associazioni dei malati, attività didattiche da svolgersi sia in sede che a distanza, da attivarsi mediante una programmazione condivisa e non parcellizzata, finalizzate a prevedere momenti formativi nell'interpretazione delle complesse sintomatologie delle malattie rare e nella formulazione del sospetto diagnostico, al fine di evitare ritardi nella diagnosi e nella presa in carico dei pazienti;

- a prevedere attività di formazione e di aggiornamento delle conoscenze, nella prospettiva di condivisione degli obiettivi, da destinarsi ai medici, agli operatori sanitari e sociali che necessitano di competenze e conoscenze nel settore delle malattie rare, con specifico riferimento alla malattia di Huntington;

- a valutare e studiare la possibilità di inserire nell'ambito del percorso e della rete assistenziale, contestualizzato in ogni azienda sanitaria, per le persone affette da malattia di Parkinson, anche i centonovantadue casi di pazienti colpiti dalla malattia di Huntington e seguiti dal sistema sanitario della nostra Regione.

VENETO

DGR 16.12.13, N. 2345 - Disturbi del comportamento alimentare (DCA): operatività e finanziamento della rete regionale per l'anno 2013. (BUR n. 11 del 28.1.14)

Note

Viene assegnato un contributo per l'anno finanziario 2013 alla rete Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), articolata in due Centri di Riferimento Regionale (Padova e Verona) e tre Centri di Riferimento Provinciale (Aziende ULSS n. 6 - 9 - 10).

3. di approvare l'assegnazione di un contributo pari ad € 50.500,00 per ciascun Centro di riferimento Regionale e un contributo pari ad € 33.000,00 per ciascun Centro di riferimento Provinciale in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), per un importo complessivo pari ad € 200.000,00;

4. di vincolare l'erogazione del contributo previsto dal presente provvedimento alla messa a regime del flusso informativo relativo ai DCA, attraverso la produzione di una analisi epidemiologica preliminare sull'incidenza dei DCA, nonché alla partecipazione dei Centri Regionali e Provinciali dei DCA alla realizzazione di un Master in materia di DCA in collaborazione con l'Università di Padova;

5. di erogare agli enti indicati al punto 2) un acconto pari al 50% della quota assegnata su presentazione di una dichiarazione di recepimento delle indicazioni contenute nel presente provvedimento in ordine alle attività da realizzare con il contributo regionale e del preventivo di spesa; il saldo su presentazione di atto amministrativo che approva la rendicontazione delle spese e una dettagliata relazione sull'attività svolta, da presentare alla struttura regionale competente entro il mese di marzo 2015;

6. di impegnare a favore delle Aziende ULSS nn. 6, 9, 10, dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona l'importo complessivo di € 200.000,00 sul capitolo di spesa 101703 denominato *Spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA - gestione sanitaria accentrata presso la Regione art. 20 c. 1 punto B, Lett. A), D.lgs 118/2011* del bilancio del corrente esercizio che presenta la necessaria disponibilità;

7. di dare atto che il suddetto capitolo di spesa rientra nell'Allegato A1 di cui alla DGR 1102 del 12/06/2011 "Decreto legislativo n. 118/2011 - Titolo II: Linee guida regionali per la gestione sanitaria accentrata (GSA) e successive modificazioni ed afferisce alla Gestione Sanitaria;

8. di dare atto che la spesa di cui si dispone l'impegno con la presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della L.R. 1/2011;

9. di incaricare il Dirigente del Servizio Tutela Salute Mentale, afferente la Direzione regionale Attuazione Programmazione, dell'esecuzione del presente atto ivi comprese le liquidazioni di spesa di cui al punto 5;

DGR 30.12.13, N. 2634 - Approvazione del documento di indirizzo sul dipartimento funzionale di riabilitazione ospedale-territorio. piano socio sanitario regionale (pssr) 2012-2016 (L.R. n. 23 del 29 giugno 2012).(BUR n. 14 del 4.2.14)

Note

PREMESSA

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29.11.2001 "Definizione dei LEA" colloca i trattamenti di riabilitazione sia nel livello dell'assistenza ospedaliera sia nel livello dell'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 afferma la necessità di costituire un sistema di interrelazioni tra servizi e operatori volto a rispondere in maniera coordinata e continuativa alla molteplicità dei bisogni espressi dalle persone disabili e che prevede la possibilità di procedere ad una rielaborazione delle linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione approvate con l'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 07.05.1998 (Rep. Atti n. 457).

In linea con quanto disposto dal PSN 2006-2008, in data 10.02.2011, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il "Piano di indirizzo per la riabilitazione", che promuove l'utilizzo di un percorso assistenziale integrato per le persone con disabilità e la definizione di un progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari applicando i diversi parametri elencati nell'International Classification of Function (ICF), oltre a definire le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Tale documento fornisce elementi di indirizzo per l'attuazione da parte delle amministrazioni regionali e delle province autonome, fatta salva l'autonomia da parte delle stesse nell'adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione.

Tra gli indirizzi strategici viene individuata la struttura dipartimentale quale modello per il coordinamento unificato dei vari percorsi assistenziali, al fine di garantire alle persone con disabilità un percorso riabilitativo unico integrato all'interno dell'area riabilitativa.

L' IMPEGNO DELLA REGIONE

Il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (PSSR), approvato con Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012, ribadisce i principi:

- centralità della persona,
- del percorso assistenziale,
- della continuità dei processi di cura e riabilitazione e dell'integrazione sociale,
- di partecipazione sociale della persona in linea a quanto previsto dall'Accordo Stato regioni del 10.02.2011.

IL PERCORSO RIABILITATIVO UNICO INTEGRATO

Il PSSR, a tale scopo, prevede il modello di rete riabilitativo che si esplicita tramite il Percorso Riabilitativo Unico Integrato all'interno del quale si inserisce l'elaborazione del Progetto Riabilitativo Individuale.

La gestione di tale modello di rete spetta al Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio.

IL GRUPPO DI LAVORO

E' stato istituito uno specifico gruppo tecnico di lavoro deputato allo sviluppo di un documento di indirizzo sull'organizzazione dell'attività del Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio nell'ambito delle linee programmatiche dettate dal nuovo PSSR 2012-2016.

Il gruppo tecnico ha concluso il proprio lavoro elaborando un documento tecnico, agli atti della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria.

IL DOCUMENTO DI INDIRIZZO

Viene approvato il documento d'indirizzo sul Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, così come riportato nell'**allegato A**, parte integrante del presente provvedimento.

DGR 30.12.13, N. 2635 - DGR n.441/2013: Erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali: approvazione programma di budget 2014 per le singole ulss per la macroarea "branche a visita". (BUR n. 14 del 4.2.14)

Note

Viene definita l'entità delle risorse utilizzabili dalle aziende sanitarie nell'anno 2014 per gli erogatori privati esclusivamente ambulatoriali che svolgono attività nell'ambito della macroarea "branche a visita", sulla base delle verifiche effettuate dalla commissione tecnica prevista dalla dgr n.441/2013

Sono approvati pertanto i contenuti del documento dal titolo "*La valutazione dei budget delle branche a visita*". che costituisce l'**Allegato A**

DGR 30.12.13, N. 2636 - Istituzione in ambito regionale dell'organismo tecnico-consulativo ai sensi dell'art.10 comma 2 e 18 comma 4 della legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002 (BUR n. 14 del 4.2.14)

Note

Si provvede alla nomina dei componenti, individuati tra esperti del sistema sanitario regionale, dell'organismo tecnico-consulativo ai sensi della legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002.

DGR 30.12.13, N. 2638 - Prestazioni con onere SSR a favore di soggetti affetti da malattie metaboliche congenite (rare): modifica del percorso di dispensazione mensile dei dietetici. revoca deliberazioni della giunta regionale n. 1900/2000, n. 3936/2000, n. 1008/2002, n. 3725/2002, n. 2304/2004, n. 2935/2006, n. 4533/2007. (BUR n. 14 del 4.2.14)

Note

Viene disposta, a parziale modifica del percorso assistenziale in atto, la dispensazione diretta, da parte delle aziende ulss, di dietetici a fini medici speciali da utilizzare sotto rigoroso controllo medico a base di miscele di amminoacidi e dietetici con formulazione nutrizionale particolare e dietetici con funzione di integratori delle singole diete, essenziali ed insostituibili nella dieta dei soggetti con malattia metabolica congenita, mantenendo nelle farmacie aperte al pubblico la distribuzione dei dietetici ipo/aproteici, quali succedanei degli alimenti di uso comune

DGR 30.12.13, N. 2774 - Presa d'atto delle determinazioni assunte dal "tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti" nella riunione dell'11/12/2013 in merito al risultato di gestione del srr della regione del veneto per l'esercizio 2012 ed adozione degli atti conseguenti. (BUR n. 15 del 4.2.14)

Note**PREMESSA**

Ai sensi dell'*Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, del Patto per la Salute del 28 settembre 2006 e dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009*, la Regione deve garantire l'equilibrio economico-finanziario del SSR nel suo complesso, nel rispetto delle regole e delle procedure fissate dal "*Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza*" e dal "*Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali*".

Ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN, costituiscono adempimenti regionali quelli previsti dalla legislazione vigente nonché quelli derivanti dagli Accordi e dalle Intese intervenute fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ivi compresi quelli rilevanti ai fini della garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e della verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza indicati annualmente dal "*Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza*" e dal "*Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali*", di cui rispettivamente agli *articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (art. 4 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009)*.

Con l'obiettivo di mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del SSR dell'anno 2012 e nel rispetto delle disposizioni del *D.L. 95/2012 (convertito con modificazioni dalla L. 135/2012)* sono state adottate politiche di contenimento dei costi, attraverso la fissazione di limiti massimi (DGR 715/2012, DGR 1670/2012 e DGR 2624/2012) e misure volte alla razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse impiegate e alla riduzione della costosità del SSR, mediante l'assegnazione di obiettivi e di indicatori di performance ai Direttori Generali (DGR 3140/2010 e DGR 2369/2011).

Si procede alla ripartizione fra le Aziende Sanitarie di somme a titolo di ripiano perdite 2012 pari alle perdite d'esercizio registrate dalle stesse per un importo di € 223.340.720,77, mentre le

ulteriori rimanenti risorse regionali a disposizione pari a € 11.492.786,96, secondo le indicazioni del precitato "Tavolo", restano congelate in attesa della conclusione dell'iter relativo alla rilevazione straordinaria ministeriale - anni 2001 e 2011.

Nella seguente tabella vengono riassunte le risorse destinate con il presente atto a titolo di ripiano perdite 2012:

| FONTI | IMPORTO (in euro) |
|---|--------------------------|
| F.S.N. 2012: legge 662/96, art. 1 commi 34 e 34 bis ed altre varie dallo Stato (1) | 91.530.169,40 |
| Introiti derivanti dalle aziende farmaceutiche per i I contenimento della spesa farmaceutica (art. 1, comma 796, lettera g), L. 296/2006) (2) | 6.639.651,78 |
| Introiti derivanti dallo sconto dell'1,83% a carico delle aziende farmaceutiche (art. 11, comma 6, D.L. 78/2010) | 29.415.770,75 |
| Introiti derivanti dal superamento del limite massimo del tetto di spesa per i medicinali (art. 48, C. 33, D.L. 30/09/2003, n. 269) | 2.492.327,00 |
| Definizione di ulteriori azioni finalizzate al riequilibrio finanziario -DDR n. 77/2012, DDR n. 64/2012 e DPRG n. 50/2013 (DGR 566/2013) e DDR n. 24/2013 | 86.578.407,63 |
| Ulteriore risorse disponibili -DDR n. 64/2012, DDR n. 75/2012 e DDR nn. 78/2012 | 6.684.394,21 |
| TOTALE | 223.340.720,77 |

LA DISPOSIZIONE

Viene preso atto delle determinazioni assunte dal "Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti" in merito al risultato di gestione del SSR della Regione del Veneto per l'esercizio 2012.

Viene approvato il riparto alle Aziende Sanitarie del Veneto dei finanziamenti statali e regionali, previsti a copertura delle perdite dell'esercizio 2012, come da **Allegato A** che forma parte integrante del presente provvedimento;

DGR 30.12.13, N. 2775 - Presa d'atto delle proposte di budget per l'anno 2014 afferenti il finanziamento del ssr direttamente gestito (fsr in parte accentrata). (BUR n. 15 del 4.2.14)

Note

Viene preso atto delle proposte di budget per l'anno 2014 afferenti il finanziamento del SSR direttamente gestito (FSR in parte accentrata), così come dettagliate nel documento di relazione **Allegato A** alla presente deliberazione.

TUTELA DEI DIRITTI

CAMPANIA

DD 17.1.14, n. 25 - Approvazione del riparto delle risorse a favore degli ambiti territoriali per la realizzazione dei centri antiviolenza, ai sensi della l.r. n. 2 del 11/02/2011 "misure di prevenzione e di contrasto alla violenza di genere" con allegati. (BUR n.9 del 3.2.14)

Note

PREMESSA

La Legge n. 328/2000 ha introdotto una nuova modalità di programmazione sociale, fondata sui principi:

- della sussidiarietà,
- della territorialità,
- della integrazione tra le politiche pubbliche (sociali, sanitarie, del lavoro, dell'istruzione).

Il Consiglio Regionale della Campania ha approvato la legge del 23 ottobre 2007 n.11 “Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della Legge 8 novembre 2000, n. 328”.

La Regione istituisce i centri antiviolenza e le case di accoglienza per le donne maltrattate, ai sensi della lettera g), comma 1 e della lettera e), comma 2, dell'articolo 5 della legge regionale n. 11/2007, che agiscono senza scopi di lucro e in autonomia nelle metodologie, nella gestione e nelle modalità di rapporto con le istituzioni pubbliche e private.

Con DPGR n. 16 del 23 novembre 2009, è stato approvato il “Regolamento di attuazione della L.R. 23 ottobre 2007 n. 11 “Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della Legge 8 novembre 2000, n. 328”.

La Legge Regionale N. 2 del 11 febbraio 2011 “Misure di prevenzione e di contrasto alla violenza di genere”. ha abrogato la legge regionale n. 11/2005 “Istituzione di centri e case di accoglienza ed assistenza per le donne maltrattate”.

L'art.3 della L.R. 2/2011 stabilisce che “La Regione istituisce i centri antiviolenza e le case di accoglienza per le donne maltrattate, ai sensi della lettera g), comma 1 e della lettera e), comma 2, dell'articolo 5 della legge regionale n. 11/2007, che agiscono senza scopi di lucro e in autonomia nelle metodologie, nella gestione e nelle modalità di rapporto con le istituzioni pubbliche e private.

La Legge Regionale n. 22 del 21 luglio 2012 “Norme per l'integrazione della rete dei servizi territoriali per l'accoglienza e l'assistenza alle vittime di violenza di genere e modifiche alla legge regionale 27 gennaio 2012, n. 1” promuove l'integrazione della rete dei servizi sociali e ospedalieri per l'accoglienza, l'assistenza e la cura delle vittime della violenza, al fine di ottimizzare gli interventi di presa in carico delle vittime della violenza di genere.

L'art. 5 lett. d) della Legge n. 119/2013 “Conversione in legge, con modificazioni, del decretolegge

14 agosto 2013, n 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province” stabilisce di “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;

GLI IMPEGNI SPECIFICI DELLA REGIONE

Per la realizzazione delle finalità previste dalla Legge Regionale n. 2 del 11 febbraio 2011, la Regione, nell'ambito del sistema integrato di servizi sociali di cui alla legge regionale n.11/2007, programma, indirizza e coordina gli interventi, in collaborazione con gli ambiti territoriali, province, asl, istituzioni scolastiche, soggetti del terzo settore

Con DGR n. 320 del 03/07/2012 si è proceduto alla modifica degli Ambiti Territoriali sociali e dei Distretti Sanitari - Provvedimenti a seguito della Deliberazione di Giunta Regionale N.40 del 14/02/2011.

Con DGR n. 134 del 27/05/2013 è stato approvato il Piano sociale regionale 2013-2015, ai sensi dell'articolo 20 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11.

Il Piano Sociale Regionale 2013-2015 per contrastare il fenomeno della violenza sulle donne ha individuato i seguenti interventi:

- un programma a cura di ciascun Piano di Zona di educazione e formazione al rispetto delle donne, della persona e dei diritti umani da realizzarsi nelle scuole;
- campagne informative sul tema della violenza contro le donne da parte dei Piani di Zona utili a rendere consapevoli le donne degli strumenti a disposizione per la loro tutela;
- potenziamento dei centri antiviolenza presenti sul territorio attraverso presidi ospedalieri;
- azioni positive per l'assistenza legale e psicologica delle vittime di violenza sessuale e maltrattamenti da attivare, laddove è possibile, anche presso i centri residenziali e semiresidenziali.

IL PIANO D'AZIONE CONTRO LA VIOLENZA

Il Piano d'azione contro la violenza e lo *stalking* prevede di riequilibrare la presenza dei centri anti-violenza e delle case-rifugio in ogni regione al fine di raggiungere l'obiettivo previsto dalla

raccomanda-zione Expert Meeting sulla violenza contro le donne - Finlandia, 8- 10 novembre 1999.

LE FINALITÀ DEI CENTRI ANTIVIOLENZA

La Regione Campania, in coerenza con il Piano Nazionale contro la violenza e lo *stalking*, per il riequilibrio della presenza dei centri anti-violenza e delle case-rifugio in ogni regione, intende dare attuazione a quanto prescritto dalla L.R. n. 2/2011 e stabilito nel PSR 2013-2015 rafforzando la presenza dei centri antiviolenza, in ciascun Ambito Territoriale, quali strutture finalizzate a ricevere le donne e le altre persone maltrattate, ad offrire loro aiuto e protezione e a predisporre percorsi di uscita dalla violenza la suddetta legge interviene in materia di politiche socio-sanitarie allo scopo di:

- a) assicurare la tutela ed il sostegno alle donne ed a tutte le persone vittime di violenza di genere;
- b) favorire il recupero psicologico-sociale nonché l'orientamento e l'accompagnamento all'inserimento e al reinserimento lavorativo delle donne e dei soggetti vittime di violenza;
- c) sostenere le donne maltrattate e i soggetti vittime di violenza.

I centri antiviolenza, istituiti in ciascun Ambito Territoriale, sono strutture finalizzate a ricevere le donne e le altre persone maltrattate, ad offrire loro aiuto e protezione e a predisporre percorsi di uscita dalla violenza.

La Regione Campania, attraverso la Legge Regionale n. 22 del 21 luglio 2012, ha istituito il Centro regionale di coordinamento dei servizi territoriali, con il compito di sviluppare interazioni e cooperazioni finalizzate all'ottimizzazione degli interventi di presa in carico delle donne vittime della violenza di genere e a creare rapporti di cooperazione con le altre istituzioni, enti pubblici ed associazioni del territorio, stabilendo che, nella fase di prima applicazione della legge, fosse individuato nel Presidio ospedaliero San Paolo, unitamente alla Unità operativa complessa di psicologia clinica del distretto 26, dell'Azienda sanitaria locale NA1;

La Legge Regionale n. 9 del 3 agosto 2013 "Istituzione del servizio di psicologia del territorio della Regione Campania all'art. 2 prevede il Servizio di psicologia del territorio, che svolge le seguenti attività :

- a) interventi in contesti residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale;
- b) interventi in centri di accoglienza per l'assistenza alle donne maltrattate;
- c) interventi in favore di soggetti fragili minacciati o vittime di violenza fisica, sessuale e psicologica.

IL FINANZIAMENTO

Sono destinate alla realizzazione dei centri antiviolenza risorse finanziarie pari ad € **4.500.000,00**

GLI IMPEGNI DEGLI AMBITI TERRITORIALI

Gli Ambiti Territoriali, d'intesa con i Distretti Sanitari di riferimento, possono presentare un progetto per la realizzazione di un nuovo Centro Antiviolenza e/o potenziamento di un Centro già esistente.

Il progetto per la realizzazione di ciascun Centro deve essere coerente con i requisiti di accreditamento, in termini strutturali, organizzativi professionali e di ricettività, previsti per la "*Casa di accoglienza per donne maltrattate*" di cui all'Allegato A del D.D. n. 16/2009 "Regolamento di attuazione della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 (legge per la dignità e la cittadinanza sociale. attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328)" e ss.mm.ii.

I CRITERI DI RIPARTO

Per il calcolo delle risorse da destinare a ciascun Ambito territoriale sono individuati i seguenti due criteri di riparto, attribuendo agli stessi rispettivamente un peso pari all'85% e al 15%, con riferimento ai dati ISTAT 2012:

- popolazione residente/ n. di abitanti dell'Ambito;
- superficie territoriale/elemento territoriale.

LA DISPOSIZIONE

Si procede alla ripartizione delle suddette risorse finanziarie, finalizzate alla realizzazione dei Centri Antiviolenza;

Viene approvato il Piano di riparto delle risorse da assegnare a ciascun Ambito territoriale risultante dall'utilizzo dei criteri di cui sopra, di cui all'Allegato A (a cui si rinvia)

Viene approvato un formulario di progetto per la presentazione della progettazione esecutiva, di cui all'Allegato B, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, Ciascun Ambito territoriale dovrà inviare la progettazione esecutiva redatta secondo i termini e le modalità previsti dall'Allegato B, nonché il verbale di accordo sottoscritto con il Distretto Sanitario di riferimento, secondo il format allegato al presente decreto (All. C).

Il progetto debba essere inviato alla Direzione Generale per le Politiche Sociali, le Politiche Culturali, le Pari Opportunità e il Tempo Libero, U.O.D. Welfare dei servizi e Pari Opportunità, a mezzo postale (pubblico/privato) con raccomandata A/R oppure inviare a mano, all'indirizzo Via Nuova Marina 19/C, Palazzo Armieri, 80133, Napoli, **entro 60 giorni** a decorrere dal giorno successivo alla pubblicazione del presente atto sul BURC, in uno all'atto di approvazione del progetto, che dovrà indicare il nominativo del dirigente delegato all'attuazione dei provvedimenti conseguenti.

NB

Qualora il suddetto termine dei 60 giorni cada nei giorni di sabato o festivi, la scadenza si intende prorogata al giorno lavorativo immediatamente successivo.

PIEMONTE

DGR 23.12.13, n. 20-6939 - Sostegno per l'anno 2013 al progetto "Call center ed accoglienza in emergenza di gestanti, madri con bambino e donne sole maltrattate" del Comune di Torino e dell'Associazione Gruppi di Volontariato Vincenziano. Spesa di euro 130.000,00 (cap.179629/2013). (BUR n. 5 del 30.1.14)

Note

PREMESSA

Con la DGR n. 2-9099 del 7.7.2008 è stato approvato il "Piano Regionale per la prevenzione della violenza contro le donne e per il sostegno alle vittime".

Ad integrazione del Piano di cui sopra, con D.G.R. n. 56-9881 del 20.10.2008, venivano approvati i criteri per l'assegnazione dei contributi ai Soggetti gestori delle funzioni socioassistenziali per l'attivazione di interventi a sostegno delle gestanti in difficoltà, della maternità e delle donne vittime di violenza; verificato che, con successivi finanziamenti, è stata assicurata per gli anni 2009/2011 la

prosecuzione dei progetti di sostegno alla maternità ed alla genitorialità, con particolare riferimento ai nuclei monoparentali, alle madri sole con figli e alle donne vittime di violenza, avviati ai sensi della DGR n. 56-9881 del 20.10.2008.

L'ULTERIORE SVILUPPO

Viene considerata l'esigenza di proseguire nella direzione di una sempre maggiore diffusione, sul territorio regionale, di interventi di rete a sostegno delle gestanti e madri in difficoltà, nonché delle donne, sole o con figli, vittime di violenza e maltrattamenti, in una prospettiva di prevenzione di situazioni di rischio, di tutela della maternità, di protezione del minore, di sostegno alle capacità genitoriali e di protezione delle donne, sole e con figli, vittime di violenza, anche in raccordo con gli interventi attivati a favore delle gestanti che necessitano di specifici sostegni in ordine al riconoscimento o non riconoscimento dei loro nati ed al segreto del parto, ai sensi della L.R. 16/06

e della D.G.R. n. 22-4914 del 18.12.2006.

IL PROGETTO DEL COMUNE DI TORINO

In tale contesto, il Comune di Torino ha approvato nel 2008 il Progetto "Interventi di accoglienza per le situazioni di fragilità ed esclusione sociale di genere: ulteriore qualificazione ed implementazione della rete"; (deliberazione n. mecc.2008-09400/19 del 16 dicembre 2008).

IL RUOLO DEL VOLONTARIATO VINCENZIANO

Tale progetto è stato reso possibile grazie all'attività ed alla collaborazione del "Coordinamento madre-bambino" operativo dal 1989 a Torino, facente capo al Volontariato Vincenziano, con compiti di programmazione di interventi a favore di gestanti e madri con figli, e come sede di confronto tra i vari soggetti a diverso titolo coinvolti sulla materia.

IL SERVIZIO CALL CENTER

Tra le azioni progettuali previste dal citato provvedimento ed attuate in collaborazione con il Volontariato Vincenziano, vi è stata la realizzazione di un servizio di Call Center, articolato in un ufficio del Servizio Minori del Comune di Torino (Pronto Intervento Minori, operativo 24 ore su 24), ed in uno del Volontariato Vincenziano, ed istituito a seguito del protocollo d'intesa tra la città di Torino e le organizzazioni del Coordinamento madre-bambino per l'accoglienza delle situazioni di fragilità ed esclusione sociale di genere, sottoscritto nell'anno 2009.

Tale servizio si configura, come propria vocazione, come punto di riferimento per l'accesso e la raccolta delle richieste e delle segnalazioni di situazioni di emergenza provenienti sia dai servizi pubblici che dagli enti del privato sociale operanti sul territorio ed al conseguente reperimento delle strutture di accoglienza.

LE FUNZIONI SPECIFICHE

Le funzioni svolte dal Comune di Torino e dal Volontariato Vincenziano si possono così sintetizzare:

Comune di Torino:

- messa a disposizione del personale addetto al servizio di pronto intervento minori, dei locali e di quanto necessario per il funzionamento del call center compreso il servizio di mediazione interculturale.

- accoglienza anche in pronto intervento, di donne sole maltrattate, presso strutture gestite dalle associazioni aderenti al CCCVD, per n. 10 posti;

Volontariato Vincenziano:

messa a disposizione di personale dipendente o libero professionista, per lo svolgimento delle funzioni del call center ;

- accoglienza delle utenti presso strutture alberghiere o strutture di Volontariato.

L'AMPLIAMENTO DELL'INIZIATIVA

L'insieme delle prestazioni offerte dal servizio di Call Center ha una ricaduta sull'intero territorio regionale in considerazione del fatto che il coordinamento Madre – bambino comprende tutte le strutture presenti in Piemonte e che, come mostrano i dati raccolti, si rivolgono al Call Center anche servizi fuori Torino (il 40% delle richieste provengono da fuori Torino).

L'INTERVENTO DELLA REGIONE

La Regione Piemonte è intervenuta a sostegno del progetto Call center a far data dal 2008 attraverso finanziamenti annuali.

I RISULTATI CONSEGUITI

Viene considerata quindi l'efficacia del progetto in riferimento in particolare alla capacità di risposta in

tempi brevi ad un elevato numero di situazioni di emergenza, e la sua operatività di 24 ore su 24.

Sono quindi valutati positivamente i risultati raggiunti grazie alla proficua collaborazione tra il Comune di Torino ed il Volontariato Vincenziano.

Nell'anno 2012 tale servizio ha risposto a 410 telefonate, provvedendo inoltre alla collocazione urgente di 94 nuclei.

IL SOSTEGNO AL PROGETTO

Con D.G.R. n. 25-4850 del 31 ottobre 2012 veniva approvata la prosecuzione del sostegno al progetto Call center, attraverso l'assegnazione di un contributo quantificato nella misura di € 30.000,00 a favore del Comune di Torino e nella misura di € 70.000,00 a favore dell'Associazione Gruppi di Volontariato Vincenziano; tale contributo rappresenta soltanto una parziale copertura dei costi sostenuti.

Le istanze di finanziamento presentate rispettivamente dal Comune di Torino e dall'Associazione gruppi di Volontariato Vincenziano e riferite al proseguimento del progetto Call Center per l'anno 2014, indicano in maniera chiara e dettagliata la previsione di un aumento dei costi per il proseguimento delle attività già in corso e per la realizzazione di nuove iniziative, volte ad assicurare una risposta adeguata alle sempre più numerose richieste di aiuto da parte delle donne in difficoltà, gestanti, madri con figli, donne sole maltrattate e vittime di violenza, provenienti dalla Città di Torino e dal resto del territorio piemontese;

Viene confermato il sostegno alla prosecuzione del progetto "Call center ed accoglienza in emergenza di gestanti, madri con bambino e donne sole maltrattate", prevedendo quanto segue:

-assegnazione al Comune di Torino di un contributo a parziale copertura delle spese sostenute per l'accoglienza a favore delle donne e dei nuclei madre/bambino in difficoltà, provenienti anche da fuori Torino;

-assegnazione all'Associazione Gruppi di Volontariato Vincenziano-Centro di Accoglienza San Vincenzo, di un contributo a sostegno delle spese per lo svolgimento delle funzioni del servizio di Call Center, attraverso la messa a disposizione del personale dipendente o libero professionista all'uopo individuato.

Si provvede a destinare a sostegno del Progetto Call Center la somma complessiva di € 130.000,00 suddividendola come segue:

- nella misura di € 50.000,00 a favore del Comune di Torino, a parziale copertura degli oneri riferiti alle attività di accoglienza di cui sopra;

- nella misura di € 80.000,00 a favore dell'Associazione Gruppi di Volontariato Vincenziano-Centro di Accoglienza San Vincenzo, via Saccarelli, 2 Torino (c.f. n. 97502440015) a parziale copertura degli oneri riferiti alle funzioni di cui sopra.

I DESTINATARI

Destinatari delle iniziative sono :

- gestanti in difficoltà con particolare riferimento alle gestanti che necessitano di specifici sostegni in ordine al riconoscimento o non riconoscimento dei loro nati ed al segreto del parto, ai sensi della L.R. 16/06 e della D.G.R. n. 22-4914 del 18.12.2006;

- donne vittime di violenza, sole o con figli;

- donne con figli in situazioni problematiche, con particolare riferimento ai nuclei monoparentali, comunque presenti sul territorio della regione, da considerare in situazione di svantaggio sociale.