

PANORAMA LEGISLATIVO

ISTISSS

Anno VIII – n. 153

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 realizzazioni delle politiche sociali e di welfare.

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

La cadenza di PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS ha una frequenza 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.istisss.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 Romatere

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

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 28 FEBBRAIO 2014 arretrati compresi

ASSISTENZA PENITENZIARIA

DECRETO 17 dicembre 2013 - Approvazione del programma, per le regioni Abruzzo e Molise, per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. (GU n. 42 del 20.2.14)

DECRETO 14 gennaio 2014. - Approvazione del programma, per la regione Lombardia, per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. (GU n. 46 del 25.2.14)

LEGGE 21 febbraio 2014, n. 10 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 23 dicembre 2013, n. 146, recante misure urgenti in tema di tutela dei diritti fondamentali dei detenuti e di riduzione controllata della popolazione carceraria. (GU n. 43 del 32.2.14)

Testo del decreto-legge 23 dicembre 2013, n. 146 (in *Gazzetta Ufficiale* - serie generale - n. 300 del 23 dicembre 2013), **coordinato con la legge di conversione 21 febbraio 2014, n. 10** (in questa stessa *Gazzetta Ufficiale* alla pag. 14), **recante:**

«Misure urgenti in tema di tutela dei diritti fondamentali dei detenuti e di riduzione controllata della popolazione carceraria.». (GU n. 43 del 32.2.14)

AVVERTENZA:

Il testo coordinato qui pubblicato è stato redatto dal Ministero della giustizia ai sensi dell'art. 11, comma 1, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n.1092, nonché dell'art.10, comma 3, del medesimo testo unico, al solo fine di facilitare la lettura sia delle disposizioni del decreto-legge, integrate con le modifiche apportate dalla legge di conversione, che di quelle richiamate nel decreto, trascritte nelle note. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui riportati.

Le modifiche apportate dalla legge di conversione sono stampate con caratteri corsivi.

A norma dell'art.15, comma 5, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), le modifiche apportate dalla legge di conversione hanno efficacia dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

Art. 1.

Modifiche al codice di procedura penale

1. Al decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 447, di approvazione del codice di procedura penale, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 275 *-bis*, comma 1, primo periodo, le parole «se lo ritiene necessario» sono sostituite dalle seguenti parole: «salvo che le ritenga non necessarie».

b) all'articolo 678, il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. Salvo quanto stabilito dal successivo comma 1 *-bis*, il tribunale di sorveglianza nelle materie di sua competenza, e il magistrato di sorveglianza, nelle materie attinenti ai ricoveri previsti dall'articolo 148 del codice penale, alle misure di sicurezza e alla dichiarazione di abitudine o professionalità nel reato o di tendenza a delinquere procedono, a richiesta del pubblico ministero, dell'interessato, del difensore o di ufficio, a norma dell'articolo 666. Tuttavia, quando vi è motivo di dubitare dell'identità fisica di una persona, procedono a norma dell'articolo 667 comma 4.»;

c) all'articolo 678, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente comma:

«1 *-bis*. Il magistrato di sorveglianza, nelle materie attinenti alla rateizzazione e alla conversione delle pene pecuniarie, alla remissione del debito e alla esecuzione della semidetenzione e della

libertà controllata, ed il tribunale di sorveglianza, nelle materie relative alle richieste di riabilitazione ed alla valutazione sull'esito dell'affidamento in prova al servizio sociale, anche in casi particolari, procedono a norma dell'articolo 667 comma 4.».

2. L'efficacia della disposizione di cui al comma 1, lettera a) , è differita al giorno successivo a quello della pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana della legge di conversione del presente decreto.

Riferimenti normativi:

Il testo del decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 447 reca: "Approvazione del codice di procedura penale".

Si riporta il testo dell'articolo 275 -bis del citato decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 146, come modificato dalla presente legge:

"Art. 275 -bis . Particolari modalità di controllo.

1. Nel disporre la misura degli arresti domiciliari anche in sostituzione della custodia cautelare in carcere, il giudice, *salvo che le ritenga non necessarie* in relazione alla natura e al grado delle esigenze cautelari da soddisfare nel caso concreto, prescrive procedure di controllo mediante mezzi elettronici o altri strumenti tecnici, quando ne abbia accertato la disponibilità da parte della polizia giudiziaria. Con lo stesso provvedimento il giudice prevede l'applicazione della misura della custodia cautelare in carcere qualora l'imputato neghi il consenso all'adozione dei mezzi e strumenti anzidetti.

2. L'imputato accetta i mezzi e gli strumenti di controllo di cui al comma 1 ovvero nega il consenso all'applicazione di essi, con dichiarazione espressa resa all'ufficiale o all'agente incaricato di eseguire l'ordinanza che ha disposto la misura. La dichiarazione è trasmessa al giudice che ha emesso l'ordinanza ed al pubblico ministero, insieme con il verbale previsto dall'articolo 293, comma 1.

3. L'imputato che ha accettato l'applicazione dei mezzi e strumenti di cui al comma 1 è tenuto ad agevolare le procedure di installazione e ad osservare le altre prescrizioni impostegli."

Art. 2.

Modifiche al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope,

prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. Delitto di condotte illecite in tema di sostanze stupefacenti o psicotrope di lieve entità.

1. Al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 73, il comma 5 è sostituito dal seguente comma:

«5. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque commette uno dei fatti previsti dal presente articolo che, per i mezzi, la modalità o le circostanze dell'azione ovvero per la qualità e quantità delle sostanze, è di lieve entità, è punito con le pene della reclusione da uno a cinque anni e della multa da euro 3.000 a euro 26.000.»;

b) all'articolo 94, il comma 5 è abrogato.

1 -bis . All'articolo 380, comma 2, lettera h) , del codice di procedura penale, le parole: «salvo che ricorra la circostanza prevista dal comma 5 del medesimo articolo» sono sostituite dalle seguenti: «salvo che per i delitti di cui al comma 5 del medesimo articolo».

1 -ter . All'articolo 19, comma 5, delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, salvo che per i delitti di cui all'articolo 73, comma 5, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni».

Riferimenti normativi:

Si riporta il testo dell'art. 73 e 94 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.):

"Art. 73. Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope.

1. Chiunque, senza l'autorizzazione di cui all'articolo 17, coltiva, produce, fabbrica, estrae, raffina, vende, offre o mette in vendita, cede, distribuisce, commercia, trasporta, procura ad altri, invia, passa o spedisce in transito, consegna per qualunque scopo sostanze stupefacenti o

psicotrope di cui alla tabella I prevista dall'articolo 14, è punito con la reclusione da sei a venti anni e con la multa da euro 26.000 a euro 260.000.

1 -bis . Con le medesime pene di cui al comma 1 è punito chiunque, senza l'autorizzazione di cui all'articolo 17, importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque illecitamente detiene:

a) sostanze stupefacenti o psicotrope che per quantità, in particolare se superiore ai limiti massimi indicati con decreto del Ministro della salute emanato di concerto con il Ministro della giustizia sentita la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, ovvero per modalità di presentazione, avuto riguardo al peso lordo complessivo o al confezionamento frazionato, ovvero per altre circostanze dell'azione, appaiono destinate ad un uso non esclusivamente personale;

b) medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope elencate nella tabella II, sezione A, che eccedono il quantitativo prescritto. In questa ultima ipotesi, le pene suddette sono diminuite da un terzo alla metà.

2. Chiunque, essendo munito dell'autorizzazione di cui all'articolo 17, illecitamente cede, mette o procura che altri metta in commercio le sostanze o le preparazioni indicate nelle tabelle I e II di cui all'articolo 14, è punito con la reclusione da sei a ventidue anni e con la multa da euro 26.000 a euro 300.000. 2 -bis .

3. Le stesse pene si applicano a chiunque coltiva, produce o fabbrica sostanze stupefacenti o psicotrope diverse da quelle stabilite nel decreto di autorizzazione.

4. Quando le condotte di cui al comma 1 riguardano i medicinali ricompresi nella tabella II, sezioni A, B, C e D, limitatamente a quelli indicati nel numero 3 -bis) della lettera e) del comma 1 dell' articolo 14 e non ricorrono le condizioni di cui all'articolo 17, si applicano le pene ivi stabilite, diminuite da un terzo alla metà.

5. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque commette uno dei fatti previsti dal presente articolo che, per i mezzi, la modalità o le circostanze dell'azione ovvero per la qualità e quantità delle sostanze, è di lieve entità, è punito con le pene della reclusione da uno a cinque anni e della multa da euro 3.000 a euro 26.000.

5 -bis . Nell'ipotesi di cui al comma 5, limitatamente ai reati di cui al presente articolo commessi da persona tossicodipendente o da assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope, il giudice, con la sentenza di condanna o di applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, su richiesta dell'imputato e sentito il pubblico ministero, qualora non debba concedersi il beneficio della sospensione condizionale della pena, può applicare, anziché le pene detentive e pecuniarie, quella del lavoro di pubblica utilità di cui all'articolo 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274, secondo le modalità ivi previste. Con la sentenza il giudice incarica l'Ufficio locale di esecuzione penale esterna di verificare l'effettivo svolgimento del lavoro di pubblica utilità. L'Ufficio riferisce periodicamente al giudice.

In deroga a quanto disposto dall'articolo 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274, il lavoro di pubblica utilità ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata. Esso può essere disposto anche nelle strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116, previo consenso delle stesse. In caso di violazione degli obblighi connessi

allo svolgimento del lavoro di pubblica utilità, in deroga a quanto previsto dall'articolo 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274, su richiesta del pubblico ministero o dell'ufficio, il giudice che procede, o quello dell'esecuzione, con le formalità di cui all'articolo 666 del codice di procedura penale, tenuto conto dell'entità dei motivi e delle circostanze della violazione, dispone la revoca della pena con conseguente ripristino di quella sostituita. Avverso tale provvedimento di revoca è ammesso ricorso per cassazione, che non ha effetto sospensivo. Il lavoro di pubblica utilità può sostituire la pena per non più di due volte.

5 -ter . La disposizione di cui al comma 5 -bis si applica anche nell'ipotesi di reato diverso da quelli di cui al comma 5, commesso, per una sola volta, da persona tossicodipendente o da assuntore abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope e in relazione alla propria condizione di dipendenza o di assuntore abituale, per il quale il giudice infligge una pena non superiore ad un anno di detenzione, salvo che si tratti di reato previsto dall'articolo 407, comma 2, lettera a) , del codice di procedura penale o di reato contro la persona.

6. Se il fatto è commesso da tre o più persone in concorso tra loro, la pena è aumentata.

7. Le pene previste dai commi da 1 a 6 sono diminuite dalla metà a due terzi per chi si adopera per evitare che l'attività delittuosa sia portata a conseguenze ulteriori, anche aiutando concretamente l'autorità di polizia o l'autorità giudiziaria nella sottrazione di risorse rilevanti per la commissione dei delitti."

"Art. 94. Affidamento in prova in casi particolari.

1. Se la pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di persona tossicodipendente o alcooldipendente che abbia in corso un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affi dato in prova al servizio sociale per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma da lui concordato con un'azienda unità sanitaria locale o con una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116. L'affidamento in prova in casi particolari può essere concesso solo quando deve essere espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni od a quattro anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'articolo 4 -bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modifi cazioni. Alla domanda è allegata, a pena di inammissibilità, certifi cazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata accreditata per l'attività di diagnosi prevista dal comma 2, lettera d) , dell'articolo 116 attestante lo

stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza, la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche, l'andamento del programma concordato eventualmente in corso e la sua idoneità, ai fi ni del recupero del condannato. Affi nché il trattamento sia eseguito a carico del Servizio sanitario nazionale, la struttura interessata deve essere in possesso dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8 -quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifi cazioni, ed aver stipulato gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 -quinquies del citato decreto legislativo.

2. Se l'ordine di carcerazione è stato eseguito, la domanda è presentata al magistrato di sorveglianza il quale, se l'istanza è ammissibile, se sono offerte concrete indicazioni in ordine alla sussistenza dei presupposti per l'accoglimento della domanda ed al grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, qualora non vi siano elementi tali da far ritenere la sussistenza del pericolo di fuga, può disporre l'applicazione provvisoria della misura alternativa. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui al comma 4. Sino alla decisione del tribunale di sorveglianza, il magistrato di sorveglianza è competente all'adozione degli ulteriori provvedimenti di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni.

3. Ai fini della decisione, il tribunale di sorveglianza può anche acquisire copia degli atti del procedimento e disporre gli opportuni accertamenti in ordine al programma terapeutico concordato; deve altresì accertare che lo stato di tossicodipendenza o alcooldipendenza o l'esecuzione del programma di recupero non siano preordinati al conseguimento del beneficio. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 92, commi 1 e 3.

4. Il tribunale accoglie l'istanza se ritiene che il programma di recupero, anche attraverso le altre prescrizioni di cui all'articolo 47, comma 5, della legge 26 luglio 1975, n. 354, contribuisce al recupero del condannato ed assicura la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati. Se il tribunale di sorveglianza dispone l'affi damento, tra le prescrizioni impartite devono essere comprese quelle che determinano le modalità di esecuzione del programma. Sono altresì stabilite le prescrizioni e le forme di controllo per accertare che il tossicodipendente o l'alcooldipendente inizi immediatamente o prosegua il programma di recupero. L'esecuzione della pena si considera iniziata dalla data del verbale di affi damento, tuttavia qualora il programma terapeutico al momento della decisione risulti già positivamente in corso, il tribunale, tenuto conto della durata delle limitazioni alle quali l'interessato si è spontaneamente sottoposto e del suo comportamento, può determinare una diversa, più favorevole data di decorrenza dell'esecuzione.

5.

6. Si applica, per quanto non diversamente stabilito, la disciplina prevista dalla legge 26 luglio 1975, n. 354, come modifi cata dalla legge 10 giugno 1986, n. 663.

6 -bis . Qualora nel corso dell'affi damento disposto ai sensi del presente articolo l'interessato abbia positivamente terminato la parte terapeutica del programma, il magistrato di sorveglianza, previa rideterminazione delle prescrizioni, può disporre la prosecuzione ai fini del reinserimento sociale anche qualora la pena residua superi quella prevista per l'affi damento ordinario di cui all'articolo 47 della legge 26 luglio 1975, n. 354.

6 -ter . Il responsabile della struttura presso cui si svolge il programma terapeutico di recupero e socio-riabilitativo è tenuto a segnalare all'autorità giudiziaria le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma. Qualora tali violazioni integrino un reato, in caso di omissione, l'autorità giudiziaria ne dà comunicazione alle autorità competenti per la sospensione o revoca dell'autorizzazione di cui all'articolo 116 e dell'accreditamento di cui all'articolo 117, ferma restando l'adozione di misure idonee a tutelare i soggetti in trattamento presso la struttura.".

Si riporta il testo dell'articolo 380 del codice di procedura penale, come modifi cato dalla presente legge:

“Art. 380. Arresto obbligatorio in flagranza.

1. Gli uffici ciali e gli agenti di polizia giudiziaria procedono all'arresto di chiunque è colto in flagranza di un delitto non colposo, consumato o tentato, per il quale la legge stabilisce la pena dell'ergastolo o della reclusione non inferiore nel minimo a cinque anni e nel massimo a venti anni. 2. Anche fuori dei casi previsti dal comma 1, gli uffici ciali e gli

agenti di polizia giudiziaria procedono all'arresto di chiunque è colto in flagranza di uno dei seguenti delitti non colposi, consumati o tentati:

a) delitti contro la personalità dello Stato previsti nel titolo I del libro II del codice penale per i quali è stabilita la pena della reclusione non inferiore nel minimo a cinque anni o nel massimo a dieci anni;

b) delitto di devastazione e saccheggio previsto dall'articolo 419 del codice penale;

c) delitti contro l'incolumità pubblica previsti nel titolo VI del libro II del codice penale per i quali è stabilita la pena della reclusione non inferiore nel minimo a tre anni o nel massimo a dieci anni;

d) delitto di riduzione in schiavitù previsto dall'articolo 600, delitto di prostituzione minorile previsto dall'articolo 600 *-bis*, primo comma, delitto di pornografia a minorile previsto dall'articolo 600 *-ter*, commi primo e secondo, anche se relativo al materiale pornografico di cui all'articolo 600 *-quater* .1, e delitto di iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile previsto dall'articolo 600 *-quinqües* del codice penale;

d *-bis*) delitto di violenza sessuale previsto dall'articolo 609 *-bis*, escluso il caso previsto dal terzo comma, e delitto di violenza sessuale di gruppo previsto dall'articolo 609 *-octies* del codice penale;

d *-ter*) delitto di atti sessuali con minorenni di cui all'articolo 609 *-quater*, primo e secondo comma, del codice penale;

e) delitto di furto quando ricorre la circostanza aggravante prevista dall'articolo 4 della legge 8 agosto 1977, n. 533, o taluna delle circostanze aggravanti previste dall'articolo 625, primo comma, numeri 2), prima ipotesi, 3) e 5), nonché 7 *-bis*), del codice penale, salvo che ricorra, in questi ultimi casi, la circostanza attenuante di cui all'articolo 62, primo comma, numero 4), del codice penale;

e *-bis*) delitti di furto previsti dall'articolo 624 *-bis* del codice penale, salvo che ricorra la circostanza attenuante di cui all'articolo 62, primo comma, numero 4), del codice penale;

f) delitto di rapina previsto dall'articolo 628 del codice penale e di estorsione previsto dall'articolo 629 del codice penale;

f *-bis*) delitto di ricettazione, nell'ipotesi aggravata di cui all'articolo 648, primo comma, secondo periodo, del codice penale;

g) delitti di illegale fabbricazione, introduzione nello Stato, messa in vendita, cessione, detenzione e porto in luogo pubblico o aperto al pubblico di armi da guerra o tipo guerra o parti di esse, di esplosivi, di armi clandestine nonché di più armi comuni da sparo escluse quelle previste dall'articolo 2, comma terzo, della legge 18 aprile 1975, n. 110;

h) delitti concernenti sostanze stupefacenti o psicotrope puniti a norma dell'art. 73 del testo unico approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, *salvo che per il caso dei delitti di cui al comma 5 del medesimo articolo*;

i) delitti commessi per finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine costituzionale per i quali la legge stabilisce la pena della reclusione non inferiore nel minimo a quattro anni o nel massimo a dieci anni;

l) delitti di promozione, costituzione, direzione e organizzazione delle associazioni segrete previste dall'articolo 1 della legge 25 gennaio 1982, n. 17 [della associazione di tipo mafioso prevista dall'articolo 416 *-bis* comma 2 del codice penale], delle associazioni di carattere militare previste dall'articolo 1 della legge 17 aprile 1956, n. 561, delle

associazioni, dei movimenti o dei gruppi previsti dagli articoli 1 e 2, della legge 20 giugno 1952, n. 645, delle organizzazioni, associazioni, movimenti o gruppi di cui all'art. 3, comma 3, della L. 13 ottobre 1975, n. 654;

l *-bis*) delitti di partecipazione, promozione, direzione e organizzazione della associazione di tipo mafioso prevista dall'articolo 416 *-bis* del codice penale;

l *-ter*) delitti di maltrattamenti contro familiari e conviventi e di atti persecutori, previsti dall'articolo 572 e dall'articolo 612 *-bis* del codice penale;

m) delitti di promozione, direzione, costituzione e organizzazione della associazione per delinquere prevista dall'articolo 416 commi 1 e 3 del codice penale, se l'associazione è diretta alla commissione di più delitti fra quelli previsti dal comma 1 o dalle lettere a), b), c), d), f), g), i) del presente comma. 3. Se si tratta di delitto perseguibile a querela, l'arresto in flagranza è eseguito se la querela viene proposta, anche con dichiarazione resa oralmente all'ufficiale o

all'agente di polizia giudiziaria presente nel luogo. Se l'avente diritto dichiara di rimettere la querela, l'arrestato è posto immediatamente in libertà.".

Si riporta il testo dell' articolo 19 del decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448 (Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni), come modificato dalla presente legge:

" Art. 19. Misure cautelari per i minorenni.

1. Nei confronti dell'imputato minorenne non possono essere applicate misure cautelari personali diverse da quelle previste nel presente capo.

2. Nel disporre le misure il giudice tiene conto, oltre che dei criteri indicati nell'articolo 275 del codice di procedura penale, dell'esigenza di non interrompere i processi educativi in atto. Non si applica la disposizione dell'articolo 275, comma 3, secondo periodo, del codice di procedura penale.

3. Quando è disposta una misura cautelare, il giudice affida l'imputato ai servizi minorili dell'amministrazione della giustizia, i quali svolgono attività di sostegno e controllo in collaborazione con i servizi di assistenza istituiti dagli enti locali.

4. Le misure diverse dalla custodia cautelare possono essere applicate solo quando si procede per delitti per i quali la legge stabilisce la pena dell'ergastolo o della reclusione non inferiore nel massimo a cinque anni.

5. Nella determinazione della pena agli effetti della applicazione delle misure cautelari si tiene conto, oltre che dei criteri indicati nell'articolo 278, della diminuzione della minore età , *salvo che per i delitti di cui all'articolo 73, comma 5, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni ."*

Art. 3.

Modifiche all'ordinamento penitenziario

1. Alla legge 26 luglio 1975, n. 354 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) l'articolo 35 è così sostituito:

«Art. 35. (Diritto di reclamo). — I detenuti e gli internati possono rivolgere istanze o reclami orali o scritti, anche in busta chiusa:

1) al direttore dell'istituto, al provveditore regionale, al capo del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e al Ministro della giustizia;

2) alle autorità giudiziarie e sanitarie in visita all'istituto;

3) al garante nazionale e ai garanti regionali o locali dei diritti dei detenuti;

4) al presidente della giunta regionale;

5) al magistrato di sorveglianza;

6) al Capo dello Stato»;

b) dopo l'articolo 35 è aggiunto il seguente:

«35 -bis (Reclamo giurisdizionale). — 1. Il procedimento relativo al reclamo di cui all'articolo 69, comma 6, si svolge ai sensi degli articoli 666 e 678 del codice di procedura penale. Salvi i casi di manifesta inammissibilità della richiesta a norma dell'articolo 666, comma 2, del codice di procedura penale, il magistrato di sorveglianza fissa la data dell'udienza e ne fa dare avviso anche all'amministrazione interessata, che ha diritto di comparire ovvero di trasmettere osservazioni e richieste 2. Il reclamo di cui all'articolo 69, comma 6, lettera a) è proposto nel termine di dieci giorni dalla comunicazione del provvedimento.

3. In caso di accoglimento, il magistrato di sorveglianza, nelle ipotesi di cui all'articolo 69, comma 6, lettera a) , dispone l'annullamento del provvedimento di irrogazione della sanzione disciplinare. Nelle ipotesi di cui all'articolo 69, comma 6, lettera b) , accertate la sussistenza e l'attualità del pregiudizio, ordina all'amministrazione di porre rimedio entro il termine indicato dal giudice.

4. *Avverso la decisione del magistrato di sorveglianza è ammesso reclamo al tribunale di sorveglianza nel termine di quindici giorni dalla notificazione o comunicazione dell'avviso di deposito della decisione stessa.*

4 -bis . *La decisione del tribunale di sorveglianza è ricorribile per cassazione per violazione di legge nel termine di quindici giorni dalla notificazione o comunicazione dell'avviso di deposito della decisione stessa.*

5. In caso di mancata esecuzione del provvedimento non più soggetto ad impugnazione, l'interessato o il suo difensore munito di procura speciale possono richiedere l'ottemperanza al magistrato di sorveglianza che ha emesso il provvedimento. Si osservano le disposizioni di cui agli articoli 666 e 678 del codice di procedura penale.

6. Il magistrato di sorveglianza, se accoglie la richiesta:

a) ordina l'ottemperanza, indicando modalità e tempi di adempimento, tenuto conto del programma attuativo predisposto dall'amministrazione al fine di dare esecuzione al provvedimento, sempre che detto programma sia compatibile con il soddisfacimento del diritto;

b) dichiara nulli gli eventuali atti in violazione o elusione del provvedimento rimasto ineseguito;

c) *(soppressa)*.

d) nomina, ove occorra, un commissario ad acta.

7. Il magistrato di sorveglianza conosce di tutte le questioni relative all'esatta ottemperanza, ivi comprese quelle inerenti agli atti del commissario.

8. Avverso il provvedimento emesso in sede di ottemperanza è sempre ammesso ricorso per cassazione per violazione di legge.»;

c) all'articolo 47, dopo il comma 3, è aggiunto il seguente comma:

«3 -bis . L'affidamento in prova può, altresì, essere concesso al condannato che deve espiare una pena, anche residua, non superiore a quattro anni di detenzione, quando abbia serbato, quantomeno nell'anno precedente alla presentazione della richiesta, trascorso in espiazione di pena, in esecuzione di una misura cautelare ovvero in libertà, un comportamento tale da consentire il giudizio di cui al comma 2.»;

d) all'articolo 47, il comma 4 è sostituito dal seguente comma:

«4. L'istanza di affidamento in prova al servizio sociale è proposta, dopo che ha avuto inizio l'esecuzione della pena, al tribunale di sorveglianza competente in relazione al luogo dell'esecuzione. Quando sussiste un grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, l'istanza può essere proposta al magistrato di sorveglianza competente in relazione al luogo di detenzione.

Il magistrato di sorveglianza, quando sono offerte concrete indicazioni in ordine alla sussistenza dei presupposti per l'ammissione all'affidamento in prova e al grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione e non vi sia pericolo di fuga, dispone la liberazione del condannato e l'applicazione provvisoria dell'affidamento in prova con ordinanza. L'ordinanza conserva efficacia fino alla decisione del tribunale di sorveglianza, cui il magistrato trasmette immediatamente gli atti, che decide entro sessanta giorni.»;

e) all'articolo 47, comma 8, infine è aggiunto il seguente periodo: «Le deroghe temporanee alle prescrizioni sono autorizzate, nei casi di urgenza, dal direttore dell'ufficio di esecuzione penale esterna, che ne dà immediata comunicazione al magistrato di sorveglianza e ne riferisce nella relazione di cui al comma 10 »;

f) all'articolo 47 -ter , il comma 4 -bis è abrogato;

g) l'articolo 51 -bis è così sostituito:

«51 -bis (Sopravvenienza di nuovi titoli di privazione della libertà). — 1. Quando, durante l'attuazione dell'affidamento in prova al servizio sociale o della detenzione domiciliare o della detenzione domiciliare speciale o del regime di semilibertà, sopravviene un titolo di esecuzione di altra pena detentiva, il pubblico ministero informa immediatamente il magistrato di sorveglianza, formulando contestualmente le proprie richieste. Il magistrato di sorveglianza, se rileva, tenuto conto del cumulo delle pene, che permangono le condizioni di cui al comma 1 dell'articolo 47 o ai commi 1 e 1 -bis dell'articolo 47 -ter o ai commi 1 e 2 dell'articolo 47 -quinquies o ai primi tre commi dell'articolo 50, dispone con ordinanza la prosecuzione della misura in corso; in caso contrario, ne dispone la cessazione.

2. Avverso il provvedimento di cui al comma 1 è ammesso reclamo ai sensi dell'articolo 69 -bis .»;

h) dopo l'articolo 58 -quater è aggiunto il seguente articolo:

«58 -*quinquies* (Particolari modalità di controllo nell'esecuzione della detenzione domiciliare). -- 1. Nel disporre la detenzione domiciliare, il magistrato o il tribunale di sorveglianza possono prescrivere procedure di controllo anche mediante mezzi elettronici o altri strumenti tecnici, conformi alle caratteristiche funzionali e operative degli apparati di cui le Forze di polizia abbiano l'effettiva disponibilità. Allo stesso modo può provvedersi nel corso dell'esecuzione della misura. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 275 - *bis* del codice di procedura penale.».

i) all'articolo 69 sono apportate le seguenti modificazioni:

1) al comma 5, le parole «nel corso del trattamento » sono soppresse;

2) il comma 6 è sostituito dal seguente:

«6. Provvede a norma dell'articolo 35 -*bis* sui reclami dei detenuti e degli internati concernenti:

a) le condizioni di esercizio del potere disciplinare, la costituzione e la competenza dell'organo disciplinare la contestazione degli addebiti e la facoltà di discolorpa; nei casi di cui all'articolo 39, comma 1, numeri 4 e 5, è valutato anche il merito dei provvedimenti adottati;

b) l'inosservanza da parte dell'amministrazione di disposizioni previste dalla presente legge e dal relativo regolamento, dalla quale derivi al detenuto o all'internato un attuale e grave pregiudizio all'esercizio dei diritti.».

1 -bis . In attesa dell'espletamento dei concorsi pubblici finalizzati alla copertura dei posti vacanti nell'organico del ruolo dei dirigenti dell'esecuzione penale esterna, per un periodo di tre anni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, in deroga a quanto previsto dagli articoli 3 e 4 del decreto legislativo 15 febbraio 2006, n. 63, le funzioni di dirigente dell'esecuzione penale esterna possono essere svolte dai funzionari inseriti nel ruolo dei dirigenti di istituto penitenziario.

2. L'efficacia della disposizione contenuta nel comma 1, lettera h) , capoverso 1, è differita al giorno successivo a quello della pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana della legge di conversione del presente decreto.

Riferimenti normativi:

Si riporta il testo degli articoli 35 , 35 bis e 39 della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), come modificati dalla presente legge:

“Art. 35. Diritto di reclamo.

I detenuti e gli internati possono rivolgere istanze o reclami orali o scritti, anche in busta chiusa:

1) al direttore dell'istituto, al provveditore regionale, al direttore dell'ufficio ispettivo, al capo del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e al Ministro della giustizia;

2) alle autorità giudiziarie e sanitarie in visita all'istituto;

3) al garante nazionale e ai garanti regionali o locali dei diritti dei detenuti;

4) al presidente della giunta regionale;

5) al magistrato di sorveglianza;

6) al Capo dello Stato.

Art. 35 -*bis* . Reclamo giurisdizionale.

1. Il procedimento relativo al reclamo di cui all'articolo 69, comma 6, si svolge ai sensi degli articoli 666 e 678 del codice di procedura penale. Salvi i casi di manifesta inammissibilità della richiesta a norma dell'articolo 666, comma 2, del codice di procedura penale, il magistrato di sorveglianza fissa la data dell'udienza e ne fa dare avviso anche all'amministrazione interessata, che ha diritto di comparire ovvero di trasmettere osservazioni e richieste.

2. Il reclamo di cui all'articolo 69, comma 6, lettera a) è proposto nel termine di dieci giorni dalla comunicazione del provvedimento.

3. In caso di accoglimento, il magistrato di sorveglianza, nelle ipotesi di cui all'articolo 69, comma 6, lettera a) , dispone l'annullamento del provvedimento di irrogazione della sanzione disciplinare. Nelle ipotesi di cui all'articolo 69, comma 6, lettera b) , accertate la sussistenza e l'attualità del pregiudizio, ordina all'amministrazione di porre rimedio.

4. Avverso la decisione del magistrato di sorveglianza è ammesso reclamo al tribunale di sorveglianza nel termine di quindici giorni dalla notificazione o comunicazione dell'avviso di deposito della decisione stessa.

4 -bis . *La decisione del tribunale di sorveglianza è ricorribile per cassazione per violazione di legge nel termine di quindici giorni dalla notificazione o comunicazione dell'avviso di deposito della decisione stessa.*

5. In caso di mancata esecuzione del provvedimento non più soggetto ad impugnazione, l'interessato o il suo difensore munito di procura speciale possono richiedere l'ottemperanza al magistrato di sorveglianza che ha emesso il provvedimento. Si osservano le disposizioni di cui agli articoli 666 e 678 del codice di procedura penale.

6. Il magistrato di sorveglianza, se accoglie la richiesta:

a) ordina l'ottemperanza, indicando modalità e tempi di adempimento, tenuto conto del programma attuativo predisposto dall'amministrazione al fine di dare esecuzione al provvedimento, sempre che detto programma sia compatibile con il soddisfacimento del diritto;

b) dichiara nulli gli eventuali atti in violazione o elusione del provvedimento rimasto ineseguito; c) (soppressa) .

d) nomina, ove occorra, un commissario ad acta.

7. Il magistrato di sorveglianza conosce di tutte le questioni relative all'esatta ottemperanza, ivi comprese quelle inerenti agli atti del commissario.

8. Avverso il provvedimento emesso in sede di ottemperanza è sempre ammesso ricorso per cassazione per violazione di legge.”

“Art. 39. Sanzioni disciplinari.

Le infrazioni disciplinari possono dar luogo solo alle seguenti sanzioni:

1) richiamo del direttore;

2) ammonizione, rivolta dal direttore, alla presenza di appartenenti al personale e di un gruppo di detenuti o internati;

3) esclusione da attività ricreative e sportive per non più di dieci giorni;

4) isolamento durante la permanenza all'aria aperta per non più di dieci giorni;

5) esclusione dalle attività in comune per non più di quindici giorni.

La sanzione della esclusione dalle attività in comune non può essere eseguita senza la certificazione scritta, rilasciata dal sanitario, attestante che il soggetto può sopportarla. Il soggetto escluso dalle attività in comune è sottoposto a costante controllo sanitario.

L'esecuzione della sanzione della esclusione dalle attività in comune è sospesa nei confronti delle donne gestanti e delle puerpere fino a sei mesi, e dalle madri che allattino la propria prole fino ad un anno. “.

Si riporta il testo degli articoli 666 e 678 del codice di procedura penale.

“Art. 666. Procedimento di esecuzione.

1. Il giudice dell'esecuzione procede a richiesta del pubblico ministero, dell'interessato o del difensore.

2. Se la richiesta appare manifestamente infondata per difetto delle condizioni di legge ovvero costituisce mera riproposizione di una richiesta già rigettata, basata sui medesimi elementi, il giudice o il presidente del collegio, sentito il pubblico ministero, la dichiara inammissibile con decreto motivato, che è notificato entro cinque giorni all'interessato.

Contro il decreto può essere proposto ricorso per cassazione.

3. Salvo quanto previsto dal comma 2, il giudice o il presidente del collegio, designato il difensore di ufficio cioè all'interessato che ne sia privo, fissa la data dell'udienza in camera di consiglio e ne fa dare avviso alle parti e ai difensori. L'avviso è comunicato o notificato almeno dieci giorni prima della data predetta. Fino a cinque giorni prima dell'udienza possono essere depositate memorie in cancelleria.

4. L'udienza si svolge con la partecipazione necessaria del difensore e del pubblico ministero. L'interessato che ne fa richiesta è sentito personalmente; tuttavia, se è detenuto o internato in luogo posto fuori della circoscrizione del giudice, è sentito prima del giorno dell'udienza dal magistrato di sorveglianza del luogo, salvo che il giudice ritenga di disporre la traduzione.

5. Il giudice può chiedere alle autorità competenti tutti i documenti e le informazioni di cui abbia bisogno; se occorre assumere prove, procede in udienza nel rispetto del contraddittorio

6. Il giudice decide con ordinanza. Questa è comunicata o notificata senza ritardo alle parti e ai difensori, che possono proporre ricorso per cassazione. Si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni sulle impugnazioni e quelle sul procedimento in camera di consiglio davanti alla corte di cassazione.

7. Il ricorso non sospende l'esecuzione dell'ordinanza, a meno che il giudice che l'ha emessa disponga diversamente.

8. Se l'interessato è infermo di mente, l'avviso previsto dal comma 3 è notificato anche al tutore o al curatore; se l'interessato ne è privo, il giudice o il presidente del collegio nomina un curatore provvisorio. Al tutore e al curatore competono gli stessi diritti dell'interessato. 9. Il verbale di udienza è redatto soltanto in forma riassuntiva a norma dell'articolo 140 comma 2" "Art. 678. Procedimento di sorveglianza.

1. Salvo quanto stabilito dal successivo comma 1 -bis, il tribunale di sorveglianza nelle materie di sua competenza, e il magistrato di sorveglianza, nelle materie attinenti ai ricoveri previsti dall'articolo 148 del codice penale, alle misure di sicurezza e alla dichiarazione di abitudine o professionalità nel reato o di tendenza a delinquere procedono, a richiesta del pubblico ministero, dell'interessato, del difensore o di ufficio, a norma dell'articolo 666. Tuttavia, quando vi è motivo di dubitare dell'identità fisica di una persona, procedono a norma dell'articolo 667 comma 4.

1 -bis. Il magistrato di sorveglianza, nelle materie attinenti alla rateizzazione e alla conversione delle pene pecuniarie, alla remissione del debito e alla esecuzione della semidetenzione e della libertà controllata, ed il tribunale di sorveglianza, nelle materie relative alle richieste di riabilitazione ed alla valutazione sull'esito dell'affidamento in prova al servizio sociale, anche in casi particolari, procedono a norma dell'articolo 667 comma 4.

2. Quando si procede nei confronti di persona sottoposta a osservazione scientifica della personalità, il giudice acquisisce la relativa documentazione e si avvale, se occorre, della consulenza dei tecnici del trattamento.

3. Le funzioni di pubblico ministero sono esercitate, davanti al tribunale di sorveglianza, dal procuratore generale presso la corte di appello e, davanti al magistrato di sorveglianza, dal procuratore della Repubblica presso il tribunale della sede dell'ufficio di sorveglianza.".

Si riporta il testo degli articoli 69 e 69 bis della citata legge 26 luglio 1975, n. 354:

"Art. 69. Funzioni e provvedimenti del magistrato di sorveglianza.

1. Il magistrato di sorveglianza vigila sulla organizzazione degli istituti di prevenzione e di pena e prospetta al Ministro le esigenze dei vari servizi, con particolare riguardo alla attuazione del trattamento rieducativo.

2. Esercita, altresì, la vigilanza diretta ad assicurare che l'esecuzione della custodia degli imputati sia attuata in conformità delle leggi e dei regolamenti.

3. Sovrintende all'esecuzione delle misure di sicurezza personali.

4. Provvede al riesame della pericolosità ai sensi del primo e secondo comma dell'articolo 208 del codice penale, nonché all'applicazione, esecuzione, trasformazione o revoca, anche anticipata, delle misure di sicurezza. Provvede altresì, con decreto motivato, in occasione dei provvedimenti anzidetti, alla eventuale revoca della dichiarazione di delinquenza abituale, professionale o per tendenza di cui agli articoli 102, 103, 104, 105 e 108 del codice penale.

5. Approva, con decreto, il programma di trattamento di cui al terzo comma dell'articolo 13, ovvero, se ravvisa in esso elementi che costituiscono violazione dei diritti del condannato o dell'internato, lo restituisce, con osservazioni, al fine di una nuova formulazione. Approva, con decreto, il provvedimento di ammissione al lavoro all'esterno.

Impartisce, inoltre, disposizioni dirette ad eliminare eventuali violazioni dei diritti dei condannati e degli internati.

6. Provvede a norma dell'articolo 35 -bis sui reclami dei detenuti e degli internati concernenti:

a) le condizioni di esercizio del potere disciplinare, la costituzione e la competenza dell'organo disciplinare, la contestazione degli addebiti e la facoltà di discolta; nei casi di cui all'articolo 39, comma 1, numeri 4 e 5, è valutato anche il merito dei provvedimenti adottati;

b) l'inosservanza da parte dell'amministrazione di disposizioni previste dalla presente legge e dal relativo regolamento, dalla quale derivi al detenuto o all'internato un attuale e grave pregiudizio all'esercizio dei diritti.

7. Provvede, con decreto motivato, sui permessi, sulle licenze ai detenuti semiliberi ed agli internati, e sulle modifiche che relative all'affidamento in prova al servizio sociale e alla detenzione domiciliare.

8. Provvede con ordinanza sulla riduzione di pena per la liberazione anticipata e sulla remissione del debito, nonché sui ricoveri previsti dall'articolo 148 del codice penale.

9. Esprime motivato parere sulle proposte e le istanze di grazia concernenti i detenuti.

10. Svolge, inoltre, tutte le altre funzioni attribuitegli dalla legge.

Art. 69 -bis. Procedimento in materia di liberazione anticipata.

1. Sull'istanza di concessione della liberazione anticipata, il magistrato di sorveglianza provvede con ordinanza, adottata in camera di consiglio senza la presenza delle parti, che è

comunicata o notificata senza ritardo ai soggetti indicati nell'articolo 127 del codice di procedura penale.

2. Il magistrato di sorveglianza decide non prima di quindici giorni dalla richiesta del parere al pubblico ministero e anche in assenza di esso.

3. Avverso l'ordinanza di cui al comma 1 il difensore, l'interessato e il pubblico ministero possono, entro dieci giorni dalla comunicazione o notificazione, proporre reclamo al tribunale di sorveglianza competente per territorio.

4. Il tribunale di sorveglianza decide ai sensi dell'articolo 678 del codice di procedura penale. Si applicano le disposizioni del quinto e del sesto comma dell'articolo 30 -bis .

5. Il tribunale di sorveglianza, ove nel corso dei procedimenti previsti dall'articolo 70, comma 1, sia stata presentata istanza per la concessione della liberazione anticipata, può trasmetterla al magistrato di sorveglianza. ”.

Si riporta il testo dell'articolo 47 e 47 ter della citata legge 26 luglio 1975, n. 354:

“Art. 47. Affidamento in prova al servizio sociale.

1. Se la pena detentiva inflitta non supera tre anni, il condannato può essere affidato al servizio sociale fuori dell'istituto per un periodo uguale a quello della pena da scontare.

2. Il provvedimento è adottato sulla base dei risultati della osservazione della personalità, condotta collegialmente per almeno un mese in istituto, nei casi in cui si può ritenere che il provvedimento stesso, anche attraverso le prescrizioni di cui al comma 5, contribuisca alla rieducazione del reo e assicuri la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati.

3. L'affidamento in prova al servizio sociale può essere disposto senza procedere all'osservazione in istituto quando il condannato, dopo la commissione del reato, ha serbato comportamento tale da consentire il giudizio di cui al comma 2.

3 -bis . L'affidamento in prova può, altresì, essere concesso al condannato che deve espiare una pena, anche residua, non superiore a quattro anni di detenzione, quando abbia serbato, quantomeno nell'anno precedente alla presentazione della richiesta, trascorso in espiatione di pena, in esecuzione di una misura cautelare ovvero in libertà, un comportamento tale da consentire il giudizio di cui al comma 2.

4. L'istanza di affidamento in prova al servizio sociale è proposta, dopo che ha avuto inizio l'esecuzione della pena, al tribunale di sorveglianza competente in relazione al luogo dell'esecuzione. Quando sussiste un grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, l'istanza può essere proposta al magistrato di sorveglianza competente in relazione al luogo di detenzione. Il magistrato di sorveglianza, quando sono offerte concrete indicazioni in ordine alla sussistenza dei presupposti per l'ammissione all'affidamento in prova e al grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione e non vi sia pericolo di fuga, dispone la liberazione del condannato e l'applicazione provvisoria dell'affidamento in prova con ordinanza.

L'ordinanza conserva efficacia fino alla decisione del tribunale di sorveglianza, cui il magistrato trasmette immediatamente gli atti, che decide entro sessanta giorni. 5. All'atto dell'affidamento è redatto verbale in cui sono dettate le prescrizioni che il soggetto dovrà seguire in ordine ai suoi rapporti con il servizio sociale, alla dimora, alla libertà di locomozione, al divieto di frequentare determinati locali ed al lavoro.

6. Con lo stesso provvedimento può essere disposto che durante tutto o parte del periodo di affidamento in prova il condannato non soggiorni in uno o più comuni, o soggiorni in un comune determinato; in particolare sono stabilite prescrizioni che impediscano al soggetto di svolgere attività o di avere rapporti personali che possono portare al compimento di altri reati.

7. Nel verbale deve anche stabilirsi che l'affidato si adoperi in quanto possibile in favore della vittima del suo reato ed adempia puntualmente agli obblighi di assistenza familiare.

8. Nel corso dell'affidamento le prescrizioni possono essere modificate dal magistrato di sorveglianza. Le deroghe temporanee alle prescrizioni sono autorizzate, *nei casi di urgenza, dal direttore dell'ufficio di esecuzione penale esterna, che ne dà immediata comunicazione al magistrato di sorveglianza e ne riferisce nella relazione di cui al comma 10* ».

9. Il servizio sociale controlla la condotta del soggetto e lo aiuta a superare le difficoltà di adattamento alla vita sociale, anche mettendosi in relazione con la sua famiglia e con gli altri suoi ambienti di vita.

10. Il servizio sociale riferisce periodicamente al magistrato di sorveglianza sul comportamento del soggetto.

11. L'affidamento è revocato qualora il comportamento del soggetto, contrario alla legge o alle prescrizioni dettate, appaia incompatibile con la prosecuzione della prova.

12. L'esito positivo del periodo di prova estingue la pena detentiva ed ogni altro effetto penale. Il tribunale di sorveglianza, qualora l'interessato si trovi in disagiate condizioni economiche, può dichiarare estinta anche la pena pecuniaria che non sia stata già riscossa.

12 *-bis* . All'affidamento in prova al servizio sociale che abbia dato prova nel periodo di affidamento di un suo concreto recupero sociale, desumibile da comportamenti rivelatori del positivo evolversi della sua personalità, può essere concessa la detrazione di pena di cui all'articolo 54. Si applicano gli articoli 69, comma 8, e 69 *-bis* nonché l'articolo 54, comma 3."

"Art. 47 *-ter* . Detenzione domiciliare.

01. La pena della reclusione per qualunque reato, ad eccezione di quelli previsti dal libro II, titolo XII, capo III, sezione I, e dagli articoli 609 *-bis* , 609 *-quater* e 609 *-octies* del codice penale, dall'articolo 51, comma 3 *-bis* , del codice di procedura penale e dall'articolo 4 *-bis* della presente legge, può essere espiata nella propria abitazione o in altro luogo pubblico di cura, assistenza ed accoglienza, quando trattasi di persona che, al momento dell'inizio dell'esecuzione della pena, o dopo l'inizio della stessa, abbia compiuto i settanta anni di età purché non sia stato dichiarato delinquente abituale, professionale o per tendenza né sia stato mai condannato con l'aggravante di cui all'articolo 99 del codice penale.

1. La pena della reclusione non superiore a quattro anni, anche se costituente parte residua di maggior pena, nonché la pena dell'arresto, possono essere espiate nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora ovvero in luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza ovvero, nell'ipotesi di cui alla lettera a) , in case famiglia protette, quando trattasi di:

- a) donna incinta o madre di prole di età inferiore ad anni dieci con lei convivente;
- b) padre, esercente la potestà, di prole di età inferiore ad anni dieci con lui convivente, quando la madre sia deceduta o altrimenti assolutamente impossibilitata a dare assistenza alla prole;
- c) persona in condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedano costanti contatti con i presidi sanitari territoriali;
- d) persona di età superiore a sessanta anni, se inabile anche parzialmente;
- e) persona minore di anni ventuno per comprovate esigenze di salute, di studio, di lavoro e di famiglia.

1.1.

1 *-bis* . La detenzione domiciliare può essere applicata per l'espiazione della pena detentiva inflitta in misura non superiore a due anni, anche se costituente parte residua di maggior pena, indipendentemente dalle condizioni di cui al comma 1 quando non ricorrono i presupposti per l'affidamento in prova al servizio sociale e sempre che tale misura sia idonea ad evitare il pericolo che il condannato commetta altri reati.

La presente disposizione non si applica ai condannati per i reati di cui all'articolo 4 *-bis* .

1 *-ter* . Quando potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 del codice penale, il tribunale di sorveglianza, anche se la pena supera il limite di cui al comma 1, può disporre la applicazione della detenzione domiciliare, stabilendo un termine di durata di tale applicazione, termine che può essere prorogato. L'esecuzione della pena prosegue durante la esecuzione della detenzione domiciliare.

1 *-quater* . L'istanza di applicazione della detenzione domiciliare è rivolta, dopo che ha avuto inizio l'esecuzione della pena, al tribunale di sorveglianza competente in relazione al luogo di esecuzione. Nei casi in cui vi sia un grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, l'istanza di detenzione domiciliare di cui ai precedenti commi 01, 1, 1 *-bis* e 1 *-ter* è rivolta al magistrato di sorveglianza che può disporre l'applicazione provvisoria della misura. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 47, comma 4.

2.

3.

4. Il tribunale di sorveglianza, nel disporre la detenzione domiciliare, ne fissa le modalità secondo quanto stabilito dall'articolo 284 del codice di procedura penale. Determina e impartisce altresì le disposizioni per gli interventi del servizio sociale. Tali prescrizioni e disposizioni possono essere modificate dal magistrato di sorveglianza competente per il luogo in cui si svolge la detenzione domiciliare.

4 *-bis* .

5. Il condannato nei confronti del quale è disposta la detenzione domiciliare non è sottoposto al regime penitenziario previsto dalla presente legge e dal relativo regolamento di esecuzione.

Nessun onere grava sull'amministrazione penitenziaria per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica del condannato che trovasi in detenzione domiciliare.

6. La detenzione domiciliare è revocata se il comportamento del soggetto, contrario alla legge o alle prescrizioni dettate, appare incompatibile con la prosecuzione delle misure.

7. Deve essere inoltre revocata quando vengono a cessare le condizioni previste nei commi 1 e 1 -bis .

8. Il condannato che, essendo in stato di detenzione nella propria abitazione o in un altro dei luoghi indicati nel comma 1, se ne allontana, è punito ai sensi dell'articolo 385 del codice penale. Si applica la disposizione dell'ultimo comma dello stesso articolo.

9. La condanna per il delitto di cui al comma 8, salvo che il fatto non sia di lieve entità, importa la revoca del benefici cio.

9 -bis . Se la misura di cui al comma 1 -bis è revocata ai sensi dei commi precedenti la pena residua non può essere sostituita con altra misura.”.

Si riporta il testo dell'articolo 51 bis della citata legge 26 luglio 1975, n. 354:

“Art. 51 -bis . Sopravvenienza di nuovi titoli di privazione della libertà.

1. Quando, durante l'attuazione dell'affidamento in prova al servizio sociale o della detenzione domiciliare o della detenzione domiciliare speciale o del regime di semilibertà, sopravviene un titolo di esecuzione di altra pena detentiva, il pubblico ministero informa immediatamente il magistrato di sorveglianza, formulando contestualmente le proprie richieste.

Il magistrato di sorveglianza, se rileva, tenuto conto del cumulo delle pene, che permangono le condizioni di cui al comma 1 dell'articolo 47 o ai commi 1 e 1 -bis dell'articolo 47 -ter o ai commi 1 e 2 dell'articolo 47 -quinqies o ai primi tre commi dell'articolo 50, dispone con ordinanza la prosecuzione della misura in corso; in caso contrario, ne dispone la cessazione.

2. Avverso il provvedimento di cui al comma 1 è ammesso reclamo ai sensi dell'articolo 69 -bis .”.

Si riporta il testo degli articoli 58 quater e 58 quinqies della citata legge 26 luglio 1975, n. 354:

“Art. 58 -quater . Divieto di concessione di benefici.

1. L'assegnazione al lavoro all'esterno, i permessi premio, l'affidamento in prova al servizio sociale, nei casi previsti dall'articolo 47, la detenzione domiciliare e la semilibertà non possono essere concessi al condannato che sia stato riconosciuto colpevole di una condotta punibile a norma dell' articolo 385 del codice penale.

2. La disposizione del comma 1 si applica anche al condannato nei cui confronti è stata disposta la revoca di una misura alternativa ai sensi dell'art. 47, comma 11, dell'art. 47 -ter , comma 6, o dell'art. 51, primo comma.

3. Il divieto di concessione dei benefici opera per un periodo di tre anni dal momento in cui è ripresa l'esecuzione della custodia o della pena o è stato emesso il provvedimento di revoca indicato nel comma 2.

4. I condannati per i delitti di cui agli articoli 289 -bis e 630 del codice penale che abbiano cagionato la morte del sequestrato non sono ammessi ad alcuno dei benefici indicati nel comma 1 dell'art. 4 -bis se non abbiano effettivamente espiato almeno i due terzi della pena irrogata o, nel caso dell'ergastolo, almeno ventisei anni.

5. Oltre a quanto previsto dai commi 1 e 3, l'assegnazione al lavoro all'esterno, i permessi premio e le misure alternative alla detenzione previste dal capo VI non possono essere concessi, o se già concessi sono revocati, ai condannati per taluni dei delitti indicati nei commi 1, 1 -ter e 1 -quater dell'art. 4 -bis , nei cui confronti si procede o è pronunciata condanna per un delitto doloso punito con la pena della reclusione non inferiore nel massimo a tre anni, commesso da chi ha posto in essere una condotta punibile a norma dell'articolo 385 del codice penale ovvero durante il lavoro all'esterno o la fruizione di un permesso premio o di una misura alternativa alla detenzione.

6. Ai fini dell'applicazione della disposizione di cui al comma 5, l'autorità che procede per il nuovo delitto ne dà comunicazione al magistrato di sorveglianza del luogo di ultima detenzione dell'imputato.

7. Il divieto di concessione dei benefici di cui al comma 5 opera per un periodo di cinque anni dal momento in cui è ripresa l'esecuzione della custodia o della pena o è stato emesso il provvedimento di revoca della misura.

7 -bis . L'affidamento in prova al servizio sociale nei casi previsti dall'articolo 47, la detenzione domiciliare e la semilibertà non possono essere concessi più di una volta al condannato al quale sia stata applicata la recidiva prevista dall' articolo 99, quarto comma, del codice penale.”

“Art. 58 *-quinquies* . Particolari modalità di controllo nell’esecuzione della detenzione domiciliare.

1. Nel disporre la detenzione domiciliare, il magistrato o il tribunale di sorveglianza possono prescrivere procedure di controllo anche mediante mezzi elettronici o altri strumenti tecnici, conformi alle caratteristiche funzionali e operative degli apparati di cui le Forze di polizia abbiano l’effettiva disponibilità. Allo stesso modo può provvedersi nel corso dell’esecuzione della misura. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all’articolo 275 *-bis* del codice di procedura penale.”.

Si riporta il testo dell’articolo 275 *-bis* del codice di procedura penale

“Art. 275 *-bis* . Particolari modalità di controllo.

1. Nel disporre la misura degli arresti domiciliari anche in sostituzione della custodia cautelare in carcere, il giudice, salvo che lo ritenga in relazione alla natura e al grado delle esigenze cautelari da soddisfare nel caso concreto, prescrive procedure di controllo mediante mezzi elettronici o altri strumenti tecnici, quando ne abbia accertato la disponibilità da parte della polizia giudiziaria. Con lo stesso provvedimento il giudice prevede l’applicazione della misura della custodia cautelare in carcere qualora l’imputato neghi il consenso all’adozione dei mezzi e strumenti anzidetti.

2. L’imputato accetta i mezzi e gli strumenti di controllo di cui al comma 1 ovvero nega il consenso all’applicazione di essi, con dichiarazione espressa resa all’ufficio o all’agente incaricato di eseguire l’ordinanza che ha disposto la misura. La dichiarazione è trasmessa al giudice che ha emesso l’ordinanza ed al pubblico ministero, insieme con il verbale previsto dall’articolo 293, comma 1.

3. L’imputato che ha accettato l’applicazione dei mezzi e strumenti di cui al comma 1 è tenuto ad agevolare le procedure di installazione e ad osservare le altre prescrizioni impostegli.”.

Art. 4.

Liberazione anticipata speciale

1. *Ad esclusione dei condannati per taluno dei delitti previsti dall’articolo 4 -bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni*, per un periodo di due anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la detrazione di pena concessa con la liberazione anticipata prevista dall’articolo 54 della legge 26 luglio 1975, n. 354 è pari a settantacinque giorni per ogni singolo semestre di pena scontata.

2. Ai condannati che, a decorrere dal 1° gennaio 2010, abbiano già usufruito della liberazione anticipata, è riconosciuta per ogni singolo semestre la maggiore detrazione di trenta giorni, sempre che nel corso dell’esecuzione successivamente alla concessione del beneficio abbiano continuato a dare prova di partecipazione all’opera di rieducazione.

3. La detrazione prevista dal comma precedente si applica anche ai semestri di pena in corso di esecuzione alla data dell’1° gennaio 2010.

4. *(soppresso)*.

5. Le disposizioni di cui ai commi precedenti non si applicano ai condannati ammessi all’affidamento in prova e alla detenzione domiciliare, relativamente ai periodi trascorsi, in tutto o in parte, in esecuzione di tali misure alternative, *né ai condannati che siano stati ammessi all’esecuzione della pena presso il domicilio o che si trovino agli arresti domiciliari ai sensi dell’articolo 656, comma 10, del codice di procedura penale.*

Riferimenti normativi:

Si riporta il testo dell’articolo 54 della citata legge 26 luglio 1975, n. 354:

“Art. 54. Liberazione anticipata.

1. Al condannato a pena detentiva che ha dato prova di partecipazione all’opera di rieducazione è concessa, quale riconoscimento di tale partecipazione, e ai fini del suo più efficace reinserimento nella società, una detrazione di quarantacinque giorni per ogni singolo semestre di pena scontata. A tal fine è valutato anche il periodo trascorso in stato di custodia cautelare o di detenzione domiciliare.

2. La concessione del beneficio è comunicata all’ufficio del pubblico ministero presso la corte d’appello o il tribunale che ha emesso il provvedimento di esecuzione o al pretore se tale provvedimento è stato da lui emesso.

3. La condanna per delitto non colposo commesso nel corso dell’esecuzione successivamente alla concessione del beneficio ne comporta la revoca.

4. Agli effetti del computo della misura di pena che occorre avere espiato per essere ammessi ai benefici dei permessi premio, della semilibertà e della liberazione condizionale, la parte di pena detratta ai sensi del comma 1 si considera come scontata. La presente disposizione si applica anche ai condannati all'ergastolo.”.

Art. 5.

Esecuzione presso il domicilio delle pene detentive non superiori a diciotto mesi

1. All'articolo 1 della legge 26 novembre 2010, n. 199, modificata dall'articolo 3 del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, le parole: «Fino alla completa attuazione del piano straordinario penitenziario nonché in attesa della riforma della disciplina delle misure alternative alla detenzione e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2013,» sono soppresse.

Riferimenti normativi:

Si riporta il testo dell'articolo 1 della legge 26 novembre 2010, n.199 (Disposizioni relative all'esecuzione presso il domicilio delle pene detentive non superiori a diciotto mesi.):

“Art. 1. Esecuzione presso il domicilio delle pene detentive non superiori a diciotto mesi.

1. La pena detentiva non superiore a diciotto mesi, anche se costituente parte residua di maggior pena, è eseguita presso l'abitazione del condannato o altro luogo pubblico o privato di cura, assistenza e accoglienza, di seguito denominato «domicilio». Il magistrato di sorveglianza provvede senza ritardo sulla richiesta se già dispone delle informazioni occorrenti.

2. La detenzione presso il domicilio non è applicabile:

a) ai soggetti condannati per taluno dei delitti indicati dall'articolo 4 -bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni;

b) ai delinquenti abituali, professionali o per tendenza, ai sensi degli articoli 102, 105 e 108 del codice penale;

c) ai detenuti che sono sottoposti al regime di sorveglianza particolare, ai sensi dell'articolo 14 -bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, salvo che sia stato accolto il reclamo previsto dall'articolo 14 -ter della medesima legge;

d) quando vi è la concreta possibilità che il condannato possa darsi alla fuga ovvero sussistono specifici e motivate ragioni per ritenere che il condannato possa commettere altri delitti ovvero quando non sussista l'idoneità e l'effettività del domicilio anche in funzione delle esigenze di tutela delle persone offese dal reato.

3. Nei casi di cui all'articolo 656, comma 1, del codice di procedura penale, quando la pena detentiva da eseguire non è superiore a diciotto mesi, il pubblico ministero, salvo che debba emettere il decreto di sospensione di cui al comma 5 del citato articolo 656 del codice di procedura penale e salvo che ricorrano i casi previsti nel comma 9, lettera a) , del medesimo articolo, sospende l'esecuzione dell'ordine di carcerazione e trasmette gli atti senza ritardo al magistrato di sorveglianza affinché disponga che la pena venga eseguita presso il domicilio. La richiesta è corredata di un verbale di accertamento dell'idoneità del domicilio, nonché, se il condannato è sottoposto a un programma di recupero o intende sottoporsi ad esso, della documentazione di cui all'articolo 94, comma 1, del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni.

4. Se il condannato è già detenuto, la pena detentiva non superiore a diciotto mesi, anche se costituente parte residua di maggior pena, è eseguita nei luoghi di cui al comma 1. Nei casi di cui all'articolo 656, comma 9, lettera b) , del codice di procedura penale, non è consentita la sospensione dell'esecuzione della pena e il pubblico ministero o le altre parti fanno richiesta, per l'applicazione della misura, al magistrato di sorveglianza, secondo il disposto di cui al comma 5 del presente articolo.

In ogni caso, la direzione dell'istituto penitenziario, anche a seguito di richiesta del detenuto o del suo difensore, trasmette al magistrato di sorveglianza una relazione sulla condotta tenuta durante la detenzione.

La relazione è corredata di un verbale di accertamento dell'idoneità del domicilio, nonché, se il condannato è sottoposto ad un programma di recupero o intende sottoporsi ad esso, della documentazione di cui all'articolo 94, comma 1, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni.

5. Il magistrato di sorveglianza provvede ai sensi dell'articolo 69 -bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, ma il termine di cui al comma 2 del predetto articolo è ridotto a cinque giorni.

6. Copia del provvedimento che dispone l'esecuzione della pena presso il domicilio è trasmessa senza ritardo al pubblico ministero nonché all'ufficio locale dell'esecuzione penale esterna per

gli interventi di sostegno e controllo. L'ufficio locale dell'esecuzione penale esterna segnala ogni evento rilevante sull'esecuzione della pena e trasmette relazione trimestrale e conclusiva.

7. Nel caso di condannato tossicodipendente o alcol dipendente sottoposto ad un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi, la pena di cui al comma 1 può essere eseguita presso una struttura sanitaria pubblica o una struttura privata accreditata ai sensi del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309. In ogni caso, il magistrato di sorveglianza può imporre le prescrizioni e le forme di controllo necessarie per accertare che il tossicodipendente o l'alcol dipendente inizi immediatamente o prosegua il programma terapeutico. Con decreto del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute, sentita la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche antidroga e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è determinato il contingente annuo dei posti disponibili, nei limiti del livello di risorse ordinario presso ciascuna regione finalizzato a tale tipologia di spesa, sulla base degli accrediti già in essere con il Servizio sanitario nazionale e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

8. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste dagli articoli 47 -ter, commi 4, 4 -bis, 5, 6, 8, 9 e 9 -bis, 51 -bis, 58 e 58 -quater, ad eccezione del comma 7 -bis, della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, nonché le relative norme di esecuzione contenute nel regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230. Nei casi previsti dagli articoli 47 -ter, commi 4 e 4 -bis, e 51 -bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, tuttavia, il provvedimento è adottato dal magistrato di sorveglianza.”.

Si riporta il testo dell'articolo 3 della legge 22 dicembre 2011, n. 211 (Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri.):

“Art. 3. Modifiche alla legge 26 novembre 2010 n. 199.

1. Alla legge 26 novembre 2010, n. 199, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) nel titolo della legge, le parole: «ad un anno» sono sostituite dalle seguenti: «a diciotto mesi»;

b) all'articolo 1, nella rubrica e nei commi 1, 3 e 4, la parola:

«dodici», ovunque ricorra, è sostituita dalla seguente: «diciotto» e, nel comma 1, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Il magistrato di sorveglianza provvede senza ritardo sulla richiesta se già dispone delle informazioni occorrenti»;

c) all'articolo 5, comma 1, dopo le parole: «condannati in esecuzione penale esterna», sono inserite le seguenti: «e in merito al numero dei detenuti e alla tipologia dei reati a cui si applica il beneficio dell'esecuzione domiciliare della pena detentiva» .”.

La legge 17 febbraio 2012, n. 9 reca: “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri.”.

Art. 6.

Modifiche al testo unico in materia di immigrazione

1. All'articolo 16 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 5, il secondo periodo è sostituito dal seguente periodo:

«Essa non può essere disposta nei casi di condanna per i delitti *previsti dall'articolo 12, commi 1, 3, 3 -bis e 3 -ter, del presente testo unico*, ovvero per uno o più delitti previsti dall'articolo 407, comma 2, lettera a) del codice di procedura penale, fatta eccezione per quelli consumati o tentati di cui agli articoli 628, terzo comma e 629, secondo comma, del codice»;

b) al comma 5, dopo il secondo periodo è aggiunto il seguente:

«In caso di concorso di reati o di unificazione di pene concorrenti, l'espulsione è disposta anche quando sia stata espiata la parte di pena relativa alla condanna per reati che non la consentono.»;

c) dopo il comma 5 sono aggiunti i seguenti commi:

«5 -bis. Nei casi di cui al comma 5, all'atto dell'ingresso in carcere di un cittadino straniero, la direzione dell'istituto penitenziario richiede al questore del luogo le informazioni sulla identità e nazionalità dello stesso. Nei medesimi casi, il questore avvia la procedura di identificazione interessando le

competenti autorità diplomatiche e procede all'eventuale espulsione dei cittadini stranieri identificati. A tal fine, il Ministro della giustizia ed il Ministro dell'interno adottano i necessari strumenti di coordinamento.

5 -*ter* . Le informazioni sulla identità e nazionalità del detenuto straniero sono inserite nella cartella personale dello stesso prevista dall'articolo 26 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230.»;

d) il comma 6 è sostituito dal seguente comma:

«6. Salvo che il questore comunichi che non è stato possibile procedere all'identificazione dello straniero, la direzione dell'istituto penitenziario trasmette gli atti utili per l'adozione del provvedimento di espulsione al magistrato di sorveglianza competente in relazione al luogo di detenzione del condannato. Il magistrato decide con decreto motivato, senza formalità. Il decreto è comunicato al pubblico ministero, allo straniero e al suo difensore, i quali, entro il termine di dieci giorni, possono proporre opposizione dinanzi al tribunale di sorveglianza. Se lo straniero non è assistito da un difensore di fiducia, il magistrato provvede alla nomina di un difensore d'ufficio. Il tribunale decide nel termine di 20 giorni.».

Riferimenti normativi:

Si riporta il testo dell'articolo 16 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero) :

“Art. 16. (Espulsione a titolo di sanzione sostitutiva o alternativa alla detenzione) (Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 14).

1. Il giudice, nel pronunciare sentenza di condanna per un reato non colposo o nell'applicare la pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale nei confronti dello straniero che si trovi in taluna delle situazioni indicate nell'articolo 13, comma 2, quando ritiene di dovere irrogare la pena detentiva entro il limite di due anni e non ricorrono le condizioni per ordinare la sospensione condizionale della pena ai sensi dell'articolo 163 del codice penale ovvero nel pronunciare sentenza di condanna per il reato di cui all' articolo 10 -*bis* , qualora non ricorrano le cause ostative indicate nell'articolo 14, comma 1, del presente testo unico, che impediscono l'esecuzione immediata dell'espulsione con accompagnamento alla frontiera a mezzo della forza pubblica, può sostituire la medesima pena con la misura dell'espulsione per un periodo non inferiore a cinque anni. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano, in caso di sentenza di condanna, ai reati di cui all'articolo 14, commi 5 -*ter* e 5 -*quater* .

2. L'espulsione di cui al comma 1 è eseguita dal questore anche se la sentenza non è irrevocabile, secondo le modalità di cui all'articolo 13, comma 4.

3. L'espulsione di cui al comma 1 non può essere disposta nei casi in cui la condanna riguardi uno o più delitti previsti dall'articolo 407, comma 2, lettera a) , del codice di procedura penale, ovvero i delitti previsti dal presente testo unico, puniti con pena edittale superiore nel massimo a due anni.

4. Se lo straniero espulso a norma del comma 1 rientra illegalmente nel territorio dello Stato prima del termine previsto dall'articolo 13, comma 4, la sanzione sostitutiva è revocata dal giudice competente.

5. Nei confronti dello straniero, identificato, detenuto, che si trova in taluna delle situazioni indicate nell'articolo 13, comma 2, che deve scontare una pena detentiva, anche residua, non superiore a due anni, è disposta l'espulsione. Essa non può essere disposta nei casi di condanna per i delitti *previsti dall'articolo 12, commi 1, 3, 3 -bis e 3 -ter , del presente testo unico* , ovvero per uno o più delitti previsti dall'articolo 407, comma 2, lettera a) del codice di procedura penale, fatta eccezione per quelli consumati o tentati di cui agli articoli 628, terzo comma e 629, secondo comma, del codice penale. In caso di concorso di reati o di unificazione di pene concorrenti, l'espulsione è disposta anche quando sia stata espiata la parte di pena relativa alla condanna per reati che non la consentono.

5 -*bis* . Nei casi di cui al comma 5, all'atto dell'ingresso in carcere di un cittadino straniero, la direzione dell'istituto penitenziario richiede al questore del luogo le informazioni sulla identità e nazionalità dello stesso.

Nei medesimi casi, il questore avvia la procedura di identificazione interessando le competenti autorità diplomatiche e procede all'eventuale espulsione dei cittadini stranieri identificati. A tal

fine, il Ministro della giustizia ed il Ministro dell'interno adottano i necessari strumenti di coordinamento.

5 -ter . Le informazioni sulla identità e nazionalità del detenuto straniero sono inserite nella cartella personale dello stesso prevista dall'articolo 26 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230.

6. Salvo che il questore comunichi che non è stato possibile procedere all'identificazione dello straniero, la direzione dell'istituto penitenziario trasmette gli atti utili per l'adozione del provvedimento di espulsione al magistrato di sorveglianza competente in relazione al luogo di detenzione del condannato. Il magistrato decide con decreto motivato, senza formalità. Il decreto è comunicato al pubblico ministero, allo straniero e al suo difensore, i quali, entro il termine di dieci giorni, possono proporre opposizione dinanzi al tribunale di sorveglianza. Se lo straniero non è assistito da un difensore di fiducia, il magistrato provvede alla nomina di un difensore d'ufficio. Il tribunale decide nel termine di 20 giorni.

7. L'esecuzione del decreto di espulsione di cui al comma 6 è sospesa fino alla decorrenza dei termini di impugnazione o della decisione del tribunale di sorveglianza e, comunque, lo stato di detenzione permane fino a quando non siano stati acquisiti i necessari documenti di viaggio. L'espulsione è eseguita dal questore competente per il luogo di detenzione dello straniero con la modalità dell'accompagnamento alla frontiera a mezzo della forza pubblica.

8. La pena è estinta alla scadenza del termine di dieci anni dall'esecuzione dell'espulsione di cui al comma 5, sempre che lo straniero non sia rientrato illegittimamente nel territorio dello Stato. In tale caso, lo stato di detenzione è ripristinato e riprende l'esecuzione della pena.

9. L'espulsione a titolo di sanzione sostitutiva o alternativa alla detenzione non si applica ai casi di cui all'articolo 19.”.

Si riporta il testo dell'articolo 407 del codice di procedura penale:

“Art. 407. Termini di durata massima delle indagini preliminari.

1. Salvo quanto previsto all'articolo 393 comma 4, la durata delle indagini preliminari non può comunque superare diciotto mesi.

2. La durata massima è tuttavia di due anni se le indagini preliminari riguardano:

a) i delitti appresso indicati:

1) delitti di cui agli articoli 285, 286, 416 -bis e 422 del codice penale, 291 -ter , limitatamente alle ipotesi aggravate previste dalle lettere a) , d) ed e) del comma 2, e 291 -quater , comma 4, del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43;

2) delitti consumati o tentati di cui agli articoli 575, 628, terzo comma, 629, secondo comma, e 630 dello stesso codice penale [c.p. 575, 628, terzo comma, 629, secondo comma, 630];

3) delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dall'articolo 416 -bis del codice penale ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo;

4) delitti commessi per finalità di terrorismo o di eversione dell'ordinamento costituzionale per i quali la legge stabilisce la pena della reclusione non inferiore nel minimo a cinque anni o nel massimo a dieci anni, nonché delitti di cui agli articoli 270, terzo comma e 306, secondo comma, del codice penale;

5) delitti di illegale fabbricazione, introduzione nello Stato, messa in vendita, cessione, detenzione e porto in luogo pubblico o aperto al pubblico di armi da guerra o tipo guerra o parti di esse, di esplosivi, di armi clandestine nonché di più armi comuni da sparo escluse quelle previste dall'articolo 2, comma terzo, della legge 18 aprile 1975, n. 110;

6) delitti di cui agli articoli 73, limitatamente alle ipotesi aggravate ai sensi dell'articolo 80, comma 2, e 74 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni;

7) delitto di cui all'articolo 416 del codice penale nei casi in cui è obbligatorio l'arresto in flagranza;

7 -bis) dei delitti previsto dagli articoli 600, 600 -bis , primo comma, 600 -ter , primo e secondo comma, 601, 602, 609 -bis nelle ipotesi aggravate previste dall'articolo 609 -ter , 609 -quater , 609 -octies del codice penale, nonché dei delitti previsti dall'articolo 12, comma 3, del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e successive

modificazioni;

b) notizie di reato che rendono particolarmente complesse le investigazioni per la molteplicità di fatti tra loro collegati ovvero per l'elevato numero di persone sottoposte alle indagini o di persone offese;

c) indagini che richiedono il compimento di atti all'estero;

d) procedimenti in cui è indispensabile mantenere il collegamento tra più uffici del pubblico ministero a norma dell'articolo 371.

3. Salvo quanto previsto dall'articolo 415 *-bis*, qualora il pubblico ministero non abbia esercitato l'azione penale o richiesto l'archiviazione nel termine stabilito dalla legge o prorogato dal giudice, gli atti di indagine compiuti dopo la scadenza del termine non possono essere utilizzati."

Si riporta il testo degli articoli 628 e 629 del codice penale:

"Art. 628. Rapina.

Chiunque, per procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto, mediante violenza alla persona o minaccia, s'impadronisce della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, è punito con la reclusione da tre a dieci anni e con la multa da euro 516 a euro 2.065.

Alla stessa pena soggiace chi adopera violenza o minaccia immediatamente dopo la sottrazione, per assicurare a sé o ad altri il possesso della cosa sottratta, o per procurare a sé o ad altri l'impunità.

La pena è della reclusione da quattro anni e sei mesi a venti anni e della multa da euro 1.032 a euro 3.098 :

1) se la violenza o minaccia è commessa con armi, o da persona travisata, o da più persone riunite;

2) se la violenza consiste nel porre taluno in stato di incapacità di volere o di agire;

3) se la violenza o minaccia è posta in essere da persona che fa parte dell'associazione di cui all'articolo 416 *-bis* ;

3 *-bis*) se il fatto è commesso nei luoghi di cui all'articolo 624 *-bis* o in luoghi tali da ostacolare la pubblica o privata difesa;

3 *-ter*) se il fatto è commesso all'interno di mezzi di pubblico trasporto;

3 *-quater*) se il fatto è commesso nei confronti di persona che si trovi nell'atto di fruire ovvero che abbia appena fruito dei servizi di istituti di credito, uffici postali o sportelli automatici adibiti al prelievo di denaro;

3 *-quinquies*) se il fatto è commesso nei confronti di persona ultrasessantacinquenne.

Le circostanze attenuanti, diverse da quella prevista dall'articolo 98, concorrenti con le aggravanti di cui al terzo comma, numeri 3), 3 *-bis*), 3 *-ter*) e 3 *-quater*), non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste e le diminuzioni di pena si operano sulla quantità della stessa risultante dall'aumento conseguente alle predette aggravanti.

Art. 629. Estorsione.

Chiunque, mediante violenza o minaccia, costringendo taluno a fare o ad omettere qualche cosa, procura a sé o ad altri un ingiusto profitto con altrui danno, è punito con la reclusione da cinque a dieci anni e con la multa da euro 1.000 a euro 4.000.

La pena è della reclusione da sei a venti anni e della multa da euro 5.000 a euro 15.000, se concorre taluna delle circostanze indicate nell'ultimo capoverso dell'articolo precedente."

Si riporta il testo dell' articolo 26 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230 (Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà):

"Art. 26. Cartella personale.

1. Per ogni detenuto o internato è istituita una cartella personale, la cui compilazione inizia all'atto dell'ingresso in istituto dalla libertà.

La cartella segue il soggetto in caso di trasferimento e resta custodita nell'archivio dell'istituto da cui il detenuto o l'internato è dimesso. Di tale custodia è data tempestiva notizia al Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria.

2. L'intestazione della cartella personale è corredata dei dati anagrafici, delle impronte digitali, della fotografia e di ogni altro elemento necessario per la precisa identificazione della persona.

3. Nella cartella personale, oltre quanto stabilito dall'articolo 94 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, sono inseriti i dati e le indicazioni previsti dal quarto comma dell'articolo 13 della legge, con specifica menzione delle ricompense, delle sanzioni disciplinari e delle infrazioni che le hanno determinate, nonché della eventuale sospensione, condono ed estinzione delle sanzioni stesse, delle istanze e dei provvedimenti di cui al capo VI del titolo I della legge, della sottoposizione al regime di sorveglianza particolare e del reclamo eventualmente proposto, nonché di ogni altro dato richiesto da disposizioni ministeriali.

4. Tutti i provvedimenti del magistrato di sorveglianza e del tribunale di sorveglianza, di cui all'articolo 14 *-ter* e al capo VI del titolo I della legge, sono comunicati alla direzione dell'istituto per la annotazione nella cartella personale. I provvedimenti relativi all'affidamento in prova al servizio sociale, al regime di semilibertà ed alla detenzione domiciliare, sono, altresì, comunicati al centro di servizio sociale del luogo nel quale viene eseguita la misura alternativa alla detenzione.

5. Allo scadere di ogni semestre di custodia cautelare e di pena detentiva, nella cartella personale di ciascun detenuto è annotato il giudizio espresso dalla direzione sugli elementi indicati nel comma 2 dell'articolo 103.

6. All'atto del trasferimento del detenuto o dell'internato in altro istituto, nella cartella personale è annotato un giudizio complessivo sugli sviluppi del trattamento e sulla condotta tenuta. ".

Art. 7.

Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale

1. È istituito, presso il Ministero della giustizia, il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, di seguito denominato «Garante nazionale».

2. Il Garante nazionale è costituito in collegio, composto dal presidente e da due membri, i quali restano in carica per cinque anni non prorogabili. Essi sono scelti tra persone, non dipendenti delle pubbliche amministrazioni, che assicurano indipendenza e competenza nelle discipline afferenti la tutela dei diritti umani, e sono nominati, previa delibera del Consiglio dei ministri, con *decreto del Presidente della Repubblica*, sentite le competenti commissioni parlamentari.

3. I componenti del Garante nazionale *non possono ricoprire cariche istituzionali, anche elettive, ovvero incarichi in partiti politici*. Sono immediatamente sostituiti in caso di dimissioni, morte, incompatibilità sopravvenuta, accertato impedimento fisico o psichico, grave violazione dei doveri inerenti all'ufficio, ovvero nel caso in cui riportino condanna penale definitiva per delitto non colposo.

Essi non hanno diritto ad indennità od emolumenti per l'attività prestata, fermo restando il diritto al rimborso delle spese.

4. Alle dipendenze del Garante nazionale, che si avvale delle strutture e delle risorse messe a disposizione dal Ministro della giustizia, è istituito un ufficio composto da personale dello stesso Ministero, scelto in funzione delle conoscenze acquisite negli ambiti di competenza del Garante.

La struttura e la composizione dell'ufficio sono determinate con successivo regolamento del Ministro della giustizia, da adottarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

5. Il Garante nazionale, oltre a promuovere e favorire rapporti di collaborazione con i garanti territoriali, ovvero con altre figure istituzionali comunque denominate, che hanno competenza nelle stesse materie:

a) vigila, affinché l'esecuzione della custodia dei detenuti, degli internati, dei soggetti sottoposti a custodia cautelare in carcere o ad altre forme di limitazione della libertà personale sia attuata in conformità alle norme e ai principi stabiliti dalla Costituzione, dalle convenzioni internazionali sui diritti umani ratificate dall'Italia, dalle leggi dello Stato e dai regolamenti;

b) visita, senza necessità di autorizzazione, gli istituti penitenziari, gli ospedali psichiatrici giudiziari e le strutture sanitarie destinate ad accogliere le persone sottoposte a misure di sicurezza detentive, le comunità terapeutiche e di accoglienza o comunque le strutture pubbliche e private dove si trovano persone sottoposte a misure alternative o alla misura cautelare degli arresti domiciliari, gli istituti penali per minori e le comunità di accoglienza per minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, nonché, previo avviso e senza che da ciò possa derivare danno per le attività investigative in corso, le camere di sicurezza delle Forze di polizia, accedendo, senza restrizioni, a qualunque locale adibito o comunque funzionale alle esigenze restrittive;

c) prende visione, previo consenso anche verbale dell'interessato, degli atti contenuti nel fascicolo della persona detenuta o privata della libertà personale e comunque degli atti riferibili alle condizioni di detenzione o di privazione della libertà;

d) richiede alle amministrazioni responsabili delle strutture indicate alla lettera b) le informazioni e i documenti necessari; nel caso in cui l'amministrazione non fornisca risposta nel termine di trenta giorni, informa il magistrato di sorveglianza competente e può richiedere l'emissione di un ordine di esibizione;

e) verifica il rispetto degli adempimenti connessi ai diritti previsti agli articoli 20, 21, 22, e 23 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, e successive

modificazioni, presso i centri di identificazione e di espulsione previsti dall'articolo 14 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e successive modificazioni, accedendo senza restrizione alcuna in qualunque locale;

f) formula specifici che raccomandazioni all'amministrazione interessata, se accerta violazioni alle norme dell'ordinamento ovvero la fondatezza delle istanze e dei reclami proposti ai sensi dell'articolo 35 della legge 26 luglio 1975, n. 354. L'amministrazione interessata, in caso di diniego, comunica il dissenso motivato nel termine di trenta giorni;

g) trasmette annualmente una relazione sull'attività svolta ai Presidenti del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, nonché al Ministro dell'interno e al Ministro della giustizia.

Riferimenti normativi:

Si riporta il testo degli articoli 20, 21, 22 e 23 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999 n. 394 (Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286):

"Art. 20. (Trattenimento nei centri di identificazione ed espulsione).

1. Il provvedimento con il quale il questore dispone il trattenimento dello straniero presso il centro di identificazione ed espulsione più vicino, in relazione alla disponibilità dei posti, ai sensi dell'articolo 14 del testo unico, è comunicato all'interessato con le modalità di cui all'articolo 3, commi 3 e 4, unitamente al provvedimento di espulsione o di respingimento.

2. Con la medesima comunicazione lo straniero è informato del diritto di essere assistito, nel procedimento di convalida del decreto di trattenimento, da un difensore di fiducia, con ammissione, ricorrendone le condizioni, al gratuito patrocinio a spese dello Stato. Allo straniero è dato altresì avviso che, in mancanza di difensore di fiducia, sarà assistito

da un difensore di ufficio designato dal giudice tra quelli iscritti nella tabella di cui all'articolo 29 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, e che le comunicazioni dei successivi provvedimenti giurisdizionali saranno effettuate con avviso di cancelleria al difensore nominato dallo straniero o a quello incaricato di ufficio.

3. All'atto dell'ingresso nel centro lo straniero viene informato che in caso di indebito allontanamento la misura del trattenimento sarà ripristinata con l'ausilio della forza pubblica.

4. Il trattenimento non può essere protratto oltre il tempo strettamente necessario per l'esecuzione del respingimento o dell'espulsione e, comunque, oltre i termini stabiliti dal testo unico e deve comunque cessare se il provvedimento del questore non è convalidato.

5. Lo svolgimento della procedura di convalida del trattenimento non può essere motivo del ritardo dell'esecuzione del respingimento.

5 -bis . Gli avvisi di cui al comma 2 sono altresì dati allo straniero destinatario del provvedimento di accompagnamento alla frontiera, in relazione all'udienza di convalida prevista dall'articolo 13, comma 5 -bis , del testo unico.

Art. 21. (Modalità del trattenimento).

1. Le modalità del trattenimento devono garantire, nel rispetto del regolare svolgimento della vita in comune, la libertà di colloquio all'interno del centro e con visitatori provenienti dall'esterno, in particolare con il difensore che assiste lo straniero, e con i ministri di culto, la libertà di corrispondenza, anche telefonica, ed i diritti fondamentali della persona, fermo restando l'assoluto divieto per lo straniero di allontanarsi dal centro. 2. Nell'ambito del centro sono assicurati, oltre ai servizi occorrenti per il mantenimento e l'assistenza degli stranieri trattenuti o ospitati, i servizi sanitari essenziali, gli interventi di socializzazione e la libertà del culto, nei limiti previsti dalla Costituzione.

3. Allo scopo di assicurare la libertà di corrispondenza, anche telefonica, con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sono definite le modalità per l'utilizzo dei servizi telefonici, telegrafici e postali, nonché i limiti di contribuzione alle spese da parte del centro.

4. Il trattenimento dello straniero può avvenire unicamente presso i centri di identificazione ed espulsione individuati ai sensi dell'articolo 14, comma 1 del testo unico, o presso i luoghi di cura in cui lo stesso è ricoverato per urgenti necessità di soccorso sanitario.

5. Nel caso in cui lo straniero debba essere ricoverato in luogo di cura, debba recarsi nell'ufficio giudiziario per essere sentito dal giudice che procede, ovvero presso la competente rappresentanza diplomatica o consolare per espletare le procedure occorrenti al rilascio dei documenti occorrenti per il rimpatrio, il questore provvede all'accompagnamento a mezzo della forza pubblica.

6. Nel caso di imminente pericolo di vita di un familiare o di un convivente residente in Italia, o per altri gravi motivi di carattere eccezionale, il giudice che procede, sentito il questore, può autorizzare lo straniero ad allontanarsi dal centro per il tempo strettamente necessario, informando il questore che ne dispone l'accompagnamento.

7. Oltre al personale addetto alla gestione dei centri e agli appartenenti alla forza pubblica, al giudice competente e all'autorità di pubblica sicurezza, ai centri possono accedere i familiari conviventi e il difensore delle persone trattenute o ospitate, i ministri di culto, il personale della rappresentanza diplomatica o consolare, e gli appartenenti ad enti, associazioni del volontariato e cooperative di solidarietà sociale, ammessi a svolgere attività di assistenza a norma dell'articolo 22 ovvero sulla base di appositi progetti di collaborazione concordati con il prefetto della provincia in cui è istituito il centro.

8. Le disposizioni occorrenti per la regolare convivenza all'interno del centro, comprese le misure strettamente indispensabili per garantire l'incolumità delle persone, nonché quelle occorrenti per disciplinare le modalità di erogazione dei servizi predisposti per le esigenze fondamentali di cura, assistenza, promozione umana e sociale e le modalità di svolgimento delle visite, sono adottate dal prefetto, sentito il questore, in attuazione delle disposizioni recate nel decreto di costituzione del centro e delle direttive impartite dal Ministro dell'interno per assicurare la rispondenza delle modalità di trattenimento alle finalità di cui all'articolo 14, comma 2, del testo unico.

9. Il questore adotta ogni altro provvedimento e le misure occorrenti per la sicurezza e l'ordine pubblico nel centro, comprese quelle per l'identificazione delle persone e di sicurezza all'ingresso del centro, nonché quelle per impedire l'indebito allontanamento delle persone trattenute e per ripristinare la misura nel caso che questa venga violata. Il questore, anche a mezzo degli uffici di pubblica sicurezza, richiede la necessaria collaborazione da parte del gestore e del personale del centro che sono tenuti a fornirla.

Art. 22. (Funzionamento dei centri di identificazione ed espulsione).

1. Il prefetto della provincia in cui è istituito il centro di identificazione ed espulsione provvede all'attivazione e alla gestione dello stesso, disciplinandone anche le attività, a norma dell'articolo 21, comma 8, in conformità alle istruzioni di carattere organizzativo e amministrativo contabile impartite dal Ministero dell'interno, anche mediante la stipula di apposite convenzioni con l'ente locale o con soggetti pubblici o privati che possono avvalersi dell'attività di altri enti, di associazioni del volontariato e di cooperative di solidarietà sociale.

2. Per le finalità di cui al comma 1, possono essere disposti la locazione, l'allestimento, il riadattamento e la manutenzione di edifici o di aree, il trasporto e il posizionamento di strutture, anche mobili, la predisposizione e la gestione di attività per l'assistenza, compresa quella igienico-sanitaria e quella religiosa, il mantenimento, il vestiario, la socializzazione, e quant'altro occorra al decoroso soggiorno nel centro, anche per le persone che vi prestano servizio. Quando occorre procedere all'acquisto di edifici o aree, il competente ufficio del Ministero delle finanze provvede sulla richiesta del Ministero dell'interno.

3. Il prefetto individua il responsabile della gestione del centro e dispone i necessari controlli sull'amministrazione e gestione del centro.

4. Nell'ambito del centro sono resi disponibili uno o più locali idonei per l'espletamento delle attività delle autorità consolari. Le autorità di pubblica sicurezza assicurano ogni possibile collaborazione all'autorità consolare al fine di accelerare l'espletamento degli accertamenti e il rilascio dei documenti necessari, con spese a carico del bilancio del Ministero dell'interno.

Art. 23. (Attività di prima assistenza e soccorso).

1. Le attività di accoglienza, assistenza e quelle svolte per le esigenze igienico-sanitarie, connesse al soccorso dello straniero possono essere effettuate anche al di fuori dei centri di cui all'articolo 22, per il tempo strettamente necessario all'avvio dello stesso ai predetti centri o all'adozione dei provvedimenti occorrenti per l'erogazione di specifici che forme di assistenza di competenza dello Stato.

2. Gli interventi di cui al comma 1 sono effettuati a cura del prefetto con le modalità e con l'imputazione degli oneri a norma delle disposizioni di legge in vigore, comprese quelle del decreto-legge 30 ottobre 1995, n. 451, convertito dalla legge 29 dicembre 1995, n. 563.".

Si riporta il testo dell'articolo 14 del citato decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286:

"Art. 14. (Esecuzione dell'espulsione) (Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 12).

1. Quando non è possibile eseguire con immediatezza l'espulsione mediante accompagnamento alla frontiera o il respingimento, a causa di situazioni transitorie che ostacolano la preparazione del rimpatrio o l'effettuazione dell'allontanamento, il questore dispone che lo straniero sia trattenuto per il tempo strettamente necessario presso il centro di identificazione ed espulsione più vicino, tra quelli individuati o costituiti con decreto del

Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze. Tra le situazioni che legittimano il trattenimento

rientrano, oltre a quelle indicate all'articolo 13, comma 4 *-bis*, anche quelle riconducibili alla necessità di prestare soccorso allo straniero o di effettuare accertamenti supplementari in ordine alla sua identità o nazionalità ovvero di acquisire i documenti per il viaggio o la disponibilità di un mezzo di trasporto idoneo.

1 *-bis*. Nei casi in cui lo straniero è in possesso di passaporto o altro documento equipollente in corso di validità e l'espulsione non è stata disposta ai sensi dell'articolo 13, commi 1 e 2, lettera c), del presente testo unico o ai sensi dell'articolo 3, comma 1, del decreto-legge 27 luglio 2005, n. 144, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio

2005, n. 155, il questore, in luogo del trattenimento di cui al comma 1, può disporre una o più delle seguenti misure:

a) consegna del passaporto o altro documento equipollente in corso di validità, da restituire al momento della partenza;

b) obbligo di dimora in un luogo preventivamente individuato, dove possa essere agevolmente rintracciato;

c) obbligo di presentazione, in giorni ed orari stabiliti, presso un ufficio della forza pubblica territorialmente competente.

Le misure di cui al primo periodo sono adottate con provvedimento motivato, che ha effetto dalla notifica all'interessato, disposta ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4 del regolamento, recante l'avviso che lo stesso ha facoltà di presentare personalmente o a mezzo di difensore memorie o deduzioni al giudice della convalida. Il provvedimento è comunicato entro 48 ore dalla notifica al giudice di pace competente per territorio. Il giudice, se ne ricorrono i presupposti, dispone con decreto la convalida nelle successive 48 ore. Le misure, su istanza dell'interessato, sentito il questore, possono essere modificate o revocate dal giudice di pace. Il contravventore anche solo ad una delle predette misure è punito con la multa da 3.000 a 18.000 euro. In tale ipotesi, ai fini dell'espulsione dello straniero non è richiesto il rilascio del nulla osta di cui all'articolo 13, comma 3, da parte dell'autorità giudiziaria competente all'accertamento del reato. Qualora non sia possibile l'accompagnamento immediato alla frontiera, con le modalità di cui all'articolo 13, comma 3, il questore provvede ai sensi dei commi 1 o 5 *-bis* del presente articolo

2. Lo straniero è trattenuto nel centro con modalità tali da assicurare la necessaria assistenza ed il pieno rispetto della sua dignità. Oltre a quanto previsto dall'articolo 2, comma 6, è assicurata in ogni caso la libertà di corrispondenza anche telefonica con l'esterno.

3. Il questore del luogo in cui si trova il centro trasmette copia degli atti al pretore, senza ritardo e comunque entro le quarantotto ore dall'adozione del provvedimento.

4. L'udienza per la convalida si svolge in camera di consiglio con la partecipazione necessaria di un difensore tempestivamente avvertito.

L'interessato è anch'esso tempestivamente informato e condotto nel luogo in cui il giudice tiene l'udienza. Lo straniero è ammesso all'assistenza legale da parte di un difensore di fiducia munito di procura speciale. Lo straniero è altresì ammesso al gratuito patrocinio a spese dello Stato, e, qualora sia sprovvisto di un difensore, è assistito da un difensore designato dal giudice nell'ambito dei soggetti iscritti nella tabella di cui all'articolo 29 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, nonché, ove necessario, da un interprete. L'autorità che ha adottato il provvedimento può stare in giudizio personalmente anche avvalendosi di funzionari appositamente delegati. Il giudice provvede alla convalida, con decreto motivato, entro le quarantotto ore successive, verifica l'osservanza dei termini, la sussistenza dei requisiti previsti dall'articolo 13 e dal presente articolo, escluso il requisito della vicinanza del centro di identificazione e di espulsione di cui al comma 1, e sentito l'interessato, se comparso. Il provvedimento cessa di avere ogni effetto qualora non sia osservato il termine per la decisione. La convalida può essere disposta anche in occasione della convalida del decreto di accompagnamento alla frontiera, nonché in sede di esame del ricorso avverso il provvedimento di espulsione.

5. La convalida comporta la permanenza nel centro per un periodo di complessivi trenta giorni. Qualora l'accertamento dell'identità e della nazionalità ovvero l'acquisizione di documenti per il viaggio presenti gravi difficoltà, il giudice, su richiesta del questore, può prorogare il termine di ulteriori trenta giorni. Anche prima di tale termine, il questore esegue l'espulsione o il respingimento, dandone comunicazione senza ritardo al giudice. Trascorso tale termine, qualora permangano le condizioni indicate al comma 1, il questore può chiedere al giudice di pace la proroga del trattenimento per un periodo ulteriore di sessanta giorni.

Qualora persistono le condizioni di cui al quarto periodo, il questore può chiedere al giudice un'ulteriore proroga di sessanta giorni. Il periodo massimo complessivo di trattenimento non può essere superiore a centottanta giorni. Qualora non sia stato possibile procedere all'allontanamento, nonostante sia stato compiuto ogni ragionevole sforzo, a causa della mancata cooperazione al rimpatrio del cittadino del Paese terzo interessato o di ritardi nell'ottenimento della necessaria documentazione dai Paesi terzi, il questore può chiedere al giudice di pace la proroga del trattenimento, di volta in volta, per periodi non superiori a sessanta giorni, fino ad un termine massimo di ulteriori dodici mesi. Il questore, in ogni caso, può eseguire l'espulsione e il respingimento anche prima della scadenza del termine prorogato, dandone comunicazione senza ritardo al giudice di pace.

5 *-bis* . Allo scopo di porre fine al soggiorno illegale dello straniero e di adottare le misure necessarie per eseguire immediatamente il provvedimento di espulsione o di respingimento, il questore ordina allo straniero di lasciare il territorio dello Stato entro il termine di sette giorni, qualora non sia stato possibile trattenerlo in un Centro di identificazione ed espulsione, ovvero la permanenza presso tale struttura non ne abbia consentito l'allontanamento dal territorio nazionale. L'ordine è dato con provvedimento scritto, recante l'indicazione, in caso di violazione, delle conseguenze sanzionatorie. L'ordine del questore può essere accompagnato dalla consegna all'interessato, anche su sua richiesta, della documentazione necessaria per raggiungere gli uffici della rappresentanza diplomatica del suo Paese in Italia, anche se onoraria, nonché per rientrare nello Stato di appartenenza ovvero, quando ciò non sia possibile, nello Stato di provenienza, compreso il titolo di viaggio.

5 *-ter* . La violazione dell'ordine di cui al comma 5 *-bis* è punita, salvo che sussista il giustificato motivo, con la multa da 10.000 a 20.000 euro, in caso di respingimento o espulsione disposta ai sensi dell'articolo 13, comma 4, o se lo straniero, ammesso ai programmi di rimpatrio volontario ed assistito, di cui all'articolo 14 *-ter* , vi si sia sottratto. Si applica la multa da 6.000 a 15.000 euro se l'espulsione è stata disposta in base all'articolo 13, comma 5. Valutato il singolo caso e tenuto conto dell'articolo 13, commi 4 e 5, salvo che lo straniero si trovi in stato di detenzione in carcere, si procede all'adozione di un nuovo provvedimento di espulsione per violazione all'ordine di allontanamento adottato dal questore ai sensi del comma 5 *-bis* del presente articolo. Qualora non sia possibile procedere all'accompagnamento alla frontiera, si applicano le disposizioni di cui ai commi 1 e 5 *-bis* del presente articolo, nonché, ricorrendone i presupposti, quelle di cui all'articolo 13, comma 3.

5 *-quater* . La violazione dell'ordine disposto ai sensi del comma 5 *-ter* , terzo periodo, è punita, salvo giustificato motivo, con la multa da 15.000 a 30.000 euro. Si applicano, in ogni caso, le disposizioni di cui al comma 5 *-ter* , quarto periodo.

5 *-quater* .1. Nella valutazione della condotta tenuta dallo straniero destinatario dell'ordine del questore, di cui ai commi 5 *-ter* e 5 *-quater* , il giudice accerta anche l'eventuale consegna all'interessato della documentazione di cui al comma 5 *-bis* , la cooperazione resa dallo stesso ai fini dell'esecuzione del provvedimento di allontanamento, in particolare attraverso l'esibizione di idonea documentazione.

5 *-quinquies* . Al procedimento penale per i reati di cui agli articoli 5 *-ter* e 5 *-quater* si applicano le disposizioni di cui agli articoli 20 *-bis* , 20 *-ter* e 32 *-bis* , del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274.

5 *-sexies* . Ai fini dell'esecuzione dell'espulsione dello straniero denunciato ai sensi dei commi 5 *-ter* e 5 *-quater* , non è richiesto il rilascio del nulla osta di cui all'articolo 13, comma 3, da parte dell'autorità giudiziaria competente all'accertamento del medesimo reato. Il questore comunica l'avvenuta esecuzione dell'espulsione all'autorità giudiziaria competente all'accertamento del reato.

5 *-septies* . Il giudice, acquisita la notizia dell'esecuzione dell'espulsione, pronuncia sentenza di non luogo a procedere. Se lo straniero rientra illegalmente nel territorio dello Stato prima del termine previsto dall'articolo 13, comma 14, si applica l'articolo 345 del codice di procedura penale.

6. Contro i decreti di convalida e di proroga di cui al comma 5 è proponibile ricorso per cassazione. Il relativo ricorso non sospende l'esecuzione della misura.

7. Il questore, avvalendosi della forza pubblica, adotta efficaci misure di vigilanza affinché lo straniero non si allontani indebitamente dal centro e provvede, nel caso la misura sia violata, a ripristinare il trattenimento mediante l'adozione di un nuovo provvedimento di trattenimento.

Il periodo di trattenimento disposto dal nuovo provvedimento è computato nel termine massimo per il trattenimento indicato dal comma 5.

8. Ai fini dell'accompagnamento anche collettivo alla frontiera, possono essere stipulate convenzioni con soggetti che esercitano trasporti di linea o con organismi anche internazionali che svolgono attività di assistenza per stranieri.

9. Oltre a quanto previsto dal regolamento di attuazione e dalle norme in materia di giurisdizione, il Ministro dell'interno adotta i provvedimenti occorrenti per l'esecuzione di quanto disposto dal presente articolo, anche mediante convenzioni con altre amministrazioni dello Stato, con gli enti locali, con i proprietari o concessionari di aree, strutture e altre installazioni, nonché per la fornitura di beni e servizi. Eventuali deroghe alle disposizioni vigenti in materia finanziaria e di contabilità sono adottate di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica. Il Ministro dell'interno promuove inoltre le intese occorrenti per gli interventi di competenza di altri Ministri.”.

Per il testo dell'articolo 36 della citata legge 26 luglio 1975, n. 354 si veda nelle note all'articolo 3.

Art. 8.

Disposizioni di proroga per l'adozione dei decreti relativi alle agevolazioni e agli sgravi per l'anno 2013 da riconoscersi ai datori di lavoro in favore di detenuti ed internati.

1. È prorogato per un periodo massimo di sei mesi, a decorrere dall'entrata in vigore del presente decreto, il termine per l'adozione, per l'anno 2013, dei decreti del Ministro della Giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, previsti dall'articolo 4 della legge 22 giugno 2000, n. 193, come successivamente modificata, e dall'articolo 4, comma 3 -bis, della legge 8 novembre 1991, n. 381, come successivamente modificata, ai fini rispettivamente della determinazione delle modalità e dell'entità delle agevolazioni e degli sgravi fiscali, concessi per l'anno 2013 sulla base delle risorse destinate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in attuazione dell'articolo 1, comma 270, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, in favore delle imprese che assumono lavoratori detenuti o internati, anche ammessi al lavoro all'esterno, e per l'individuazione della misura percentuale della riduzione delle aliquote complessive della contribuzione per l'assicurazione obbligatoria previdenziale ed assistenziale dovute alle cooperative sociali per la retribuzione corrisposta ai lavoratori detenuti o internati, anche ammessi al lavoro all'esterno, o ai lavoratori ex degenti degli ospedali psichiatrici giudiziari.

2. L'ammontare massimo dei crediti di imposta mensili concessi a norma dell'articolo 3 della legge 22 giugno 2000, n. 193, e successive modificazioni, deve intendersi esteso all'intero anno 2013.

Riferimenti normativi:

Si riporta il testo degli articoli 3 e 4 della legge 22 giugno 2000, n. 193 (Norme per favorire l'attività lavorativa dei detenuti.):

“Art. 3.

1. Alle imprese che assumono, per un periodo di tempo non inferiore ai trenta giorni, lavoratori detenuti o internati, anche quelli ammessi al lavoro all'esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, o che svolgono effettivamente attività formative nei loro confronti, è concesso un credito di imposta mensile nella misura massima di settecento euro per ogni lavoratore assunto.

2. Alle imprese che assumono, per un periodo di tempo non inferiore ai trenta giorni, detenuti semiliberi provenienti dalla detenzione, o che svolgono effettivamente attività formative nei loro confronti, è concesso un credito d'imposta mensile nella misura massima di trecentocinquanta euro per ogni lavoratore assunto.

3. I crediti d'imposta di cui ai commi 1 e 2 sono utilizzabili esclusivamente in compensazione ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241, e successive modificazioni, e si applicano per un periodo di diciotto mesi successivo alla cessazione dello stato di detenzione per i detenuti ed internati che hanno beneficiato di misure alternative alla detenzione o del lavoro all'esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, e di ventiquattro mesi per i detenuti ed internati che non ne hanno beneficiato.

Art. 4.

1. Le modalità ed entità delle agevolazioni e degli sgravi di cui all'articolo 3 sono determinate annualmente, nei limiti delle risorse finanziarie di cui all'articolo 6, con apposito decreto del Ministro della giustizia da emanare, di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con il

Ministro delle finanze, entro il 31 maggio di ogni anno. Lo schema di decreto è trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari.".

Si riporta il testo dell' articolo 4 della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali.).

"Art. 4. Persone svantaggiate.

1. Nelle cooperative che svolgono le attività di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b) , si considerano persone svantaggiate gli invalidi fisici, psichici e sensoriali, gli ex degenti di ospedali psichiatrici, anche giudiziari, i soggetti in trattamento psichiatrico, i tossicodipendenti, gli alcolisti, i minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, le persone detenute o internate negli istituti penitenziari, i condannati e gli internati ammessi alle misure alternative alla detenzione e al lavoro all'esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni. Si considerano inoltre persone svantaggiate i soggetti indicati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, con il Ministro dell'interno e con il Ministro per gli affari sociali, sentita la commissione centrale per le cooperative istituita dall'articolo 18 del citato decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 14 dicembre 1947, n. 1577, e successive

modificazioni.

2. Le persone svantaggiate di cui al comma 1 devono costituire almeno il trenta per cento dei lavoratori della cooperativa e, compatibilmente con il loro stato soggettivo, essere socie della cooperativa stessa.

La condizione di persona svantaggiata deve risultare da documentazione proveniente dalla pubblica amministrazione, fatto salvo il diritto alla riservatezza.

3. Le aliquote complessive della contribuzione per l'assicurazione obbligatoria previdenziale ed assistenziale dovute dalle cooperative sociali, relativamente alla retribuzione corrisposta alle persone svantaggiate di cui al presente articolo, con l'eccezione delle persone di cui al comma 3 -bis , sono ridotte a zero.

3 -bis . Le aliquote di cui al comma 3, dovute dalle cooperative sociali relativamente alle retribuzioni corrisposte alle persone detenute o internate negli istituti penitenziari, agli ex degenti di ospedali psichiatrici giudiziari e alle persone condannate e internate ammesse al lavoro esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, sono ridotte nella misura percentuale individuata ogni due anni con decreto del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica. Gli sgravi contributivi di cui al presente comma si applicano per un periodo successivo alla cessazione dello stato di detenzione di diciotto mesi per i detenuti ed internati che hanno beneficiato di misure alternative alla detenzione o del lavoro all'esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, e di ventiquattro mesi per i detenuti ed internati che non ne hanno beneficiato.".

Il testo della legge 24 dicembre 2012 n. 228 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato) è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 29 dicembre 2012, n. 302, S.O.

Art. 9.

Copertura finanziaria

1. All'attuazione delle disposizioni del presente decreto si provvede mediante l'utilizzo delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

Art. 10.

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

DECRETO 13 febbraio 2014 .-Ulteriore differimento al 30 aprile 2014 del termine per la

deliberazione del bilancio di previsione 2014 degli enti locali.

IL MINISTRO DELL'INTERNO

Visto l'art. 151, comma 1, del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, approvato con decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, il quale fissa al 31 dicembre il termine per la deliberazione del bilancio di previsione per l'anno successivo da parte degli enti locali e dispone che il termine può essere differito con decreto del Ministro dell'interno, d'intesa con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali, in presenza di motivate esigenze;

Visto il precedente decreto in data 19 dicembre 2013, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 302 del 27 dicembre 2013, con il quale il termine per la deliberazione del bilancio di previsione da parte degli enti locali, per l'anno 2014, è stato differito al 28 febbraio 2014;

Viste le successive richieste dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (A.N.C.I.) e dell'Unione delle Province d'Italia (U.P.I.) di ulteriore differimento del predetto termine per tutti gli enti locali, formulate nel corso della seduta della Conferenza Stato-città ed autonomie locali del 6 febbraio 2014;

Considerato che gli enti locali in sede di predisposizione dei bilanci di previsione per l'anno 2014, non dispongono ancora in maniera completa di dati certi in ordine alle risorse finanziarie disponibili;

Considerato altresì che non è stato ancora definito il provvedimento con il quale si devono stabilire, per l'anno 2014, i criteri di formazione e di riparto del Fondo di solidarietà comunale, da emanarsi entro il 30 aprile 2014 con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dell'interno, previo accordo da sancire in sede di Conferenza Stato-città e autonomie locali, ai sensi dell'art. 1, comma 730 della legge 27 dicembre 2013, n. 143 (legge di stabilità 2014);

Ritenuto pertanto necessario e urgente differire ulteriormente, per i suddetti motivi, il termine della deliberazione del bilancio di previsione degli enti locali per

l'anno 2014; Acquisita l'intesa del Ministro dell'economia e delle finanze;

Sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali nella seduta del 6 febbraio 2014;

Decreta:

Articolo unico

Ulteriore differimento del termine per la deliberazione del bilancio di previsione 2014 degli enti locali

Il termine per la deliberazione del bilancio di previsione per l'anno 2014 da parte degli enti locali è ulteriormente differito dal 28 febbraio al 30 aprile 2014

GIOVANI

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

DIPARTIMENTO DELLA GIOVENTÙ E DEL SERVIZIO CIVILE NAZIONALE

DECRETO 19 novembre 2013 -Riparto delle risorse finanziarie del fondo nazionale per le politiche giovanili, per l'anno 2013. ((BUR n. 39 del 17.2.14)

Art. 1.

Ripartizione del Fondo

1. Il Fondo per le politiche giovanili, istituito al fine di promuovere il diritto dei giovani alla formazione culturale e professionale e all'inserimento nella vita sociale, anche attraverso interventi volti ad agevolare la realizzazione del diritto dei giovani all'abitazione, nonché a facilitare l'accesso al credito per l'acquisto e l'utilizzo di beni e servizi, è destinato a finanziare le azioni ed i progetti di rilevante interesse nazionale, specificamente indicati all'art. 2, nonché le azioni ed i progetti destinati al territorio, individuati di intesa con gli enti territoriali, secondo i criteri di riparto indicati negli articoli seguenti.

Art. 2.

Azioni e progetti di rilevante interesse nazionale

1. Per l'anno 2013, alle «Azioni e progetti di rilevante interesse nazionale» è destinata una quota del Fondo pari ad euro 1.055.672,00.

2. Le risorse di cui al comma 1 sono destinate ad azioni ricadenti nelle seguenti aree di intervento prioritarie:

a) Compartecipazione finanziaria, ai sensi della normativa vigente (art. 12 della legge 7 agosto 1990, n. 241; art. 2, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 22 novembre 2010), per la realizzazione di progetti-pilota, di rilevanza sociale, attuati da enti no-profit, ovvero da enti pubblici, aventi ad oggetto l'integrazione e l'inserimento sociale e lavorativo dei giovani;

b) Implementazione dell'iniziativa «Campi Giovani», destinata a ragazzi e ragazze residenti in Italia di età compresa tra i 14 ed i 22 anni, consistente nella partecipazione degli stessi ad attività, da realizzarsi in collaborazione con Enti e Corpi militari che hanno già manifestato la propria disponibilità in merito (Vigili del Fuoco, Guardia Costiera, Marina Militare; Croce Rossa Italiana), di: difesa dell'ambiente, aiuto alla popolazione, prevenzione dagli incendi, apprendimento di nozioni di primo soccorso e gestione delle emergenze in materia di sicurezza sul lavoro, avvicinamento alla cultura del mare e alla protezione dell'ambiente marino, educazione alla salute, di servizio verso la comunità e cooperazione, anche internazionale;

c) Iniziative volte alla rimozione degli ostacoli al pieno esercizio dei diritti dei giovani, anche in condizioni di disagio, e alla promozione di azioni positive per il rafforzamento del ruolo attivo dei giovani nella vita sociale, istituzionale, culturale ed economica;

d) Iniziative relative al rafforzamento ed all'implementazione delle attività in materia di «dialogo strutturato» e di politiche giovanili, nel quadro del semestre di Presidenza italiana del Consiglio europeo e dei relativi eventi.

3. Costituiscono, altresì, azioni e progetti di rilevante interesse nazionale l'attività dell'Agenzia Nazionale per i Giovani, l'organizzazione di eventi, convegni, tavole rotonde, incontri di studio ed altre iniziative istituzionali di discussione o approfondimento, da realizzarsi, previa autorizzazione del Ministro delegato ove ricorrano i presupposti di cui all'art. 6, comma 8, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, anche in collaborazione con enti locali, università, enti pubblici e privati di ricerca, organizzazioni ed associazioni rappresentative di istanze della società civile ed associazioni di categoria e professionali, nonché tutte le altre iniziative finalizzate alla verifica, sul territorio, dei fabbisogni in materia di politiche giovanili ed alle conseguenti definizione, implementazione e divulgazione di efficaci azioni e modelli di intervento. Con separato successivo decreto possono inoltre individuarsi ulteriori azioni da realizzarsi a valere sulle risorse di cui al presente articolo

4. In considerazione della precipua finalizzazione delle risorse del Fondo per le politiche giovanili, come individuata dall'art. 19, comma 2, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, e considerata in particolare la circostanza che comunicare ai giovani le opportunità loro offerte dal quadro normativo vigente, ovvero da iniziative del Governo e del Ministro delegato ad essi rivolte, mediante canali comunicativi innovativi e piattaforme tecnologiche avanzate, costituisce intrinsecamente strumento preferenziale per la realizzazione degli obiettivi fissati dalla legge, le attività informative realizzate mediante piattaforme web, anche tecnicamente gestite da terzi, ma comunque riconducibili alla titolarità del Dipartimento della Gioventù e del Servizio civile nazionale, si intendono non rientranti nell'ambito di applicazione dell'art. 41 del decreto legislativo 31 luglio 2005, n. 177, in conformità a quanto sancito dai punti 1.1, ultimo capoverso, ed 1.3, ultimo capoverso, della direttiva approvata con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 settembre 2009, recante «Indirizzi interpretativi ed applicativi in materia di destinazione delle spese per l'acquisto di spazi pubblicitari da parte delle Amministrazioni dello Stato ai sensi dell'art. 41 del decreto legislativo 31 luglio 2005, n. 177».

5. Per la realizzazione delle azioni e dei progetti di cui ai commi 2, 3 e 4, il Dipartimento della Gioventù e del Servizio civile nazionale può stipulare con l'Agenzia Nazionale per i Giovani, di cui

all'art. 5 del decreto-legge 27 dicembre 2006, n. 297, convertito, con modificazioni, nella legge 23 febbraio 2007, n. 15, ed 8 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, agenzia di diritto pubblico vigilata dal Ministro per l'integrazione, specifici accordi ai sensi dell'art. 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, che definiscano analiticamente gli obiettivi da perseguire ed i tempi e le modalità di attuazione, a tal fine trasferendo, in tutto o in parte, le risorse finanziarie necessarie all'attuazione degli interventi concordati. Accordi possono essere stipulati con altre Pubbliche Amministrazioni, ivi incluse le Regioni e le Province Autonome e gli Enti Locali, aventi specifica competenza nella materia in cui le azioni ed i progetti, volta per volta, intervengano.

6. L'individuazione delle azioni di rilevante interesse nazionale e delle connesse modalità di utilizzazione delle risorse finanziarie, come definite dal presente articolo, continuano a trovare applicazione, anche per gli anni successivi al 2013, fino all'emanazione del successivo decreto ministeriale recante la disciplina del Fondo per le politiche giovanili.

7. In considerazione dell'integrale assolvimento, con l'emanazione del presente decreto, ed in particolare ai sensi degli articoli 3 e 4, degli obblighi assunti dallo Stato in sede di Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013 nei confronti delle Regioni e Province Autonome e degli Enti Locali, eventuali incrementi e riduzioni, nel corrente esercizio finanziario, delle risorse iscritte al capitolo n. 853 del bilancio di previsione della Presidenza del Consiglio dei ministri, denominato «Fondo per le politiche giovanili», disposte successivamente alla data di adozione del presente decreto in virtù di successive manovre di finanza pubblica, incideranno sulla quota del «Fondo» destinata alle azioni e progetti di rilevante interesse nazionale di cui al presente articolo.

Art. 3.

Azioni e progetti destinati alle Regioni e alle Province Autonome

1. Una quota pari ad euro 3.298.447,16 è ripartita fra le Regioni e le Province Autonome secondo i criteri indicati nell'Intesa sottoscritta nella Conferenza unificata del 17 ottobre 2013.

2. Ai sensi dell'art. 2, comma 5, della citata Intesa i finanziamenti alle Regioni e alle Province Autonome saranno erogati in un'unica soluzione alla presentazione di un provvedimento di Giunta che approvi i progetti da realizzare, i tempi di realizzazione, l'impegno alla realizzazione e l'indicazione del cofinanziamento, come determinato ai sensi del comma 4 dello stesso art. 2. Il progetto e la relativa documentazione dovranno essere allegati al provvedimento della Giunta.

3. Si applicano altresì le disposizioni di cui ai commi 6, 7 e 8 dell'art. 2 della ripetuta Intesa.

4. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, ed in applicazione della Circolare n. 128699 del 5 febbraio 2010 del Ministero dell'economia e delle finanze, le somme riferite alle Province Autonome sono rese indisponibili.

Art. 4.

Azioni e progetti destinati al territorio

1. A valere sugli stanziamenti per l'esercizio finanziario 2013, quali risultanti dalla legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di stabilità 2013) e dai successivi aggiornamenti e riallocazioni disposti da successive manovre di finanza pubblica, citati nelle premesse, la quota parte del Fondo destinata a cofinanziare interventi proposti dai Comuni, in conformità all'art. 3 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza Unificata il 17 ottobre 2013, è pari ad euro 659.795,00, mentre la quota parte destinata a cofinanziare azioni ed interventi proposti dalle Province, in conformità all'art. 4 della citata Intesa, è pari ad euro 264.445,84.

2. Ai fini dell'attuazione e del monitoraggio del cofinanziamento degli interventi proposti da Comuni e Province, trovano applicazione, rispettivamente, l'art. 3, comma 2, e l'art. 4, comma 2, della ripetuta Intesa in data 17 ottobre 2013.

Art. 5.

Attività strumentali

1. Una quota, non superiore al 10% delle risorse di interesse nazionale di cui all'art. 2, è destinata alle attività strumentali necessarie per l'efficace realizzazione delle iniziative previste dal presente decreto e, in particolare, alle attività di studio e ricerca ed a quelle di supporto specialistico e di

valutazione tecnica dei progetti, quando non siano disponibili presso il Dipartimento della Gioventù e del Servizio civile nazionale adeguate professionalità.

Roma, 19 novembre 2013

GIUSTIZIA

DECRETO LEGISLATIVO 19 febbraio 2014, n. 14.

Disposizioni integrative, correttive e di coordinamento delle disposizioni di cui ai decreti legislativi 7 settembre 2012, n. 155, e 7 settembre 2012, n. 156, tese ad assicurare la funzionalità degli uffici giudiziari. (GU n. 48 del 27.2.14)

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Approvazione della delibera n. 3 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti, in data 26 novembre 2013. (GU n. 46 del 25.2.14)

Con ministeriale n. 36/0001588/MA004.A007/FAR-L-84 del 31 gennaio 2014, è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 3 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti (ENPAF) in data 26 novembre 2013, concernente la modifica dell'art. 21 del «Regolamento di previdenza ed assistenza».

Approvazione della delibera n. 4 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti, in data 26 novembre 2013. (GU n. 46 del 25.2.14)

Con ministeriale n. 36/0001321/MA004.A007/FAR-L-85 del 28 gennaio 2014, è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 4 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti (ENPAF) in data 26 novembre 2013, concernente l'adeguamento, per l'anno 2014, delle pensioni e dei coefficienti economici, ai sensi degli articoli 7 e 27 del «Regolamento di previdenza ed assistenza».

Approvazione della delibera n. 2/2013 adottata dal Consiglio di indirizzo generale dell'Ente di previdenza ed assistenza pluricategoriale, in data 10 aprile 2013. (GU n. 46 del 25.2.14)

Con ministeriale n. 36/0001844/MA004.A007/PLUR-L-18 del 6 febbraio 2014 è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 2/2013 adottata dal Consiglio di indirizzo generale dell'Ente di previdenza ed assistenza pluricategoriale (EPAP) in data 10 aprile 2013, mediante la quale l'organo collegiale ha approvato la nuova formulazione dell'art. 10 del «Regolamento per l'attuazione delle attività statutarie», proposta dal Consiglio di Amministrazione con il provvedimento n. 14 del 13 marzo 2013, in materia di regime sanzionatorio.

Approvazione della delibera n. 31 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei veterinari, in data 30 luglio 2013. (GU n. 46 del 25.2.14)

Con ministeriale n. 36/0001659/MA004.A007/VET-L-49 del 3 febbraio 2014 è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 31/30LUG2013/VIIICdA adottata dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei veterinari (ENPAV) in data 30 luglio 2013, concernente la determinazione del contributo di maternità per l'anno 2014.

Approvazione della delibera n. 6 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti, in data 26 novembre 2013. (GU n. 47 del 26.2.14)

Con ministeriale n. 36/0001590/MA004.A007/FAR-L-88 del 31 gennaio 2014, è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 6 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti (ENPAF) in data 26 novembre 2013, con la quale è stato stabilito in € 29.00 l'ammontare del contributo per la Sezione assistenza dovuto dagli iscritti per l'anno 2014.

Approvazione della delibera n. 7 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti, in data 26 novembre 2013. (GU n. 47 del 26.2.14)

Con ministeriale n. 36/0001589/MA004.A007/FAR-L-87 del 31 gennaio 2014, è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 7 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti (ENPAF) in data 26 novembre 2013, concernente la determinazione del contributo di maternità per l'anno 2014.

Approvazione della delibera n. 5 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti, in data 26 novembre 2013. (GU n. 47 del 26.2.14)

Con ministeriale n. 36/0001650/MA004.A007/FAR-L-86 del 3 febbraio 2014, è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 5 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza farmacisti (ENPAF) in data 26 novembre 2013, concernente l'adeguamento ISTAT delle quote contributive per l'anno 2014, ai sensi dell'articolo 4 del Regolamento di previdenza ed assistenza.

REGIONI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 5 febbraio 2014 .

Sospensione del sig. Nicolò Scialfa dalla carica di consigliere regionale della regione Liguria.(GU n. 48 del 27.2.14)

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visti gli articoli 7 e 8 del decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235;

Vista la nota della Prefettura - Uffici Territoriali del Governo di Genova, prot. 0002208 del 16 gennaio 2014, con la quale sono stati inviati gli atti trasmessi dal Tribunale di Genova - Sezione del Giudice per le indagini preliminari, relativi ai fascicoli processuali n. 6445/12/21 R.G.N.R., n. 10416/12 R.G.G.I.P. e n. 980-981/13 R. Mis.caut. a carico del signor Nicolò Scialfa, consigliere regionale della Regione Liguria, ai sensi dell'art. 8, comma 4, del citato decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235;

Vista l'ordinanza con la quale è stata disposta l'applicazione della misura cautelare degli arresti domiciliari, emessa in data 7 gennaio 2014 dal giudice per le indagini preliminari presso il Tribunale di Genova, ai sensi dell'art. 284 del codice di procedura penale, nei confronti del signor Nicolò Scialfa, consigliere regionale della Regione Liguria per le fattispecie delittuose di cui agli articoli 81, cpv. 110-117, 314, 61 n. 2 e 476-479 del codice penale;

Considerata l'intervenuta entrata in vigore dal 5 gennaio 2013 del decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235 che, all'art. 8, comma 2, prevede la sospensione di diritto dalla carica di consigliere regionale, quando è disposta l'applicazione della misura cautelare degli arresti domiciliari, di cui all'art. 284 del codice di procedura penale;

Rilevato, pertanto, che dalla data di emanazione dell'ordinanza con la quale è stata disposta l'applicazione della misura cautelare degli arresti domiciliari, emessa in data 7 gennaio 2014, decorre la sospensione prevista dall'art. 8, comma 2 del decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235;

Sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie e il Ministro dell'interno;

Decreta:

A decorrere dal 7 gennaio 2014 è accertata la sospensione del signor Nicolò Scialfa dalla carica di consigliere regionale della regione Liguria, ai sensi degli articoli 7 e 8 del decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235.

La sospensione cessa a decorrere dalla data della revoca del provvedimento di cui all'art. 8, comma 2, del decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235.

Roma, 5 febbraio 2014

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 27 FEBBRAIO 2014, arretrati compresi

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

BASILICATA

DGR 30.1.14, n. 92 - Approvazione Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014/2016. (BUR n. 4 del 16.2.14)

Note

Viene approvato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014/2016, e i suoi allegati:

- Allegato A Pubblicazioni obbligatorie nella sezione "Amministrazione Trasparente"
- Allegato B Semplificazione e trasparenza
- Allegato C I referenti della trasparenza
- Allegato D Il coinvolgimento degli stakeholder e il questionario di custode satisfaction

NB

Viene pubblicato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014/2016 della Regione Basilicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente";

LAZIO

DGR 28.1.14, n. 38 - Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità per gli anni 2014-2016. (BUR n. 12 dell'11.2.14)

Note

Viene adottato l'allegato Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione per gli anni 2014-2016 e il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

Deliberazione UFFICIO DI PRESIDENZA DEL CONSIGLIO REGIONALE

ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLA LIGURIA 6.2.14, n. 18 - Piano triennale di prevenzione della corruzione (P.T.P.C) del Consiglio regionale – Assemblea legislativa (anni 2013 - 2016). (BUR n. 9 del 26.2.14)

Note

Viene approvato il Piano triennale per la prevenzione della corruzione (P.T.P.C.) del Consiglio regionale Assemblea legislativa per gli anni 2013-2016, con i relativi allegati, quale parte integrante e sostanziale della presente delibera;

Deliberazione DELL'UFFICIO DI PRESIDENZA DEL CONSIGLIO REGIONALE

ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLA LIGURIA 06.02.2014 N. 19 - Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità del Consiglio regionale Assemblea legislativa della Liguria per gli anni dal 2013 al 2016. (BUR n. 9 del 26.2.14)

Note

Viene approvato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità per il periodo 2013 - 2016, contenuto nel documento Allegato A alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale;

VENETO

DELIBERAZIONE DELL'UFFICIO DI PRESIDENZA DEL CONSIGLIO REGIONALE N. 5 DEL 23 GENNAIO 2014 - Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni": nomina del responsabile per la trasparenza. (BUR n. 18 del 14.2.14)

ASSISTENZA PENITENZIARIA
LAZIO

Determinazione 30 dicembre 2013, n. G06311 - L.R. n. 7/2007. Impegno per complessivi € 292.500,00, capitolo R45908, esercizio finanziario 2013, in favore del Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Provveditorato Regionale del Lazio - CUP F89G13001350002.(BUR n. 13 del 13.2.14)

Note**PREMESSA**

La legge regionale 8 giugno 2007, n. 7: "Interventi a sostegno dei diritti della popolazione detenuta della Regione Lazio", ed in particolare l'art. 12 pone i seguenti obiettivi:

- a) favorire il ricorso a misure alternative alla detenzione, potenziando il sistema integrato di rete sociale regionale;
- b) migliorare la qualità del trattamento intramurario, cofinanziando attività culturali, in coordinamento con l'amministrazione penitenziaria;
- c) incentivare gli enti locali a promuovere corsi di preparazione al reinserimento sociale;
- d) favorire il diritto allo studio dei detenuti e degli internati, ivi compresi i minori, incentivando, in particolare, la creazione di poli universitari;
- e) promuovere iniziative finalizzate a valorizzare la professionalità e a migliorare le condizioni di lavoro degli operatori penitenziari;
- f) favorire l'attività motoria e la pratica sportiva della popolazione detenuta ed internata, ivi compresi i minori, avvalendosi della collaborazione di organizzazioni e associazioni operanti nel settore;
- g) migliorare la vita affettiva e relazionale dei detenuti e degli internati, ivi compresi i minori, previa verifica dell'esistenza di una relazione affettiva;
- h) tutelare la salute dei praticanti e contribuire alla realizzazione, alla riqualificazione e all'ammodernamento delle strutture sportive interne.

La Regione ai sensi dell'art. 1 della suddetta legge regionale 7/2007, adotta, in collaborazione con l'amministrazione Penitenziaria misure di carattere Sanitario, sociale e istituzionale idonee a garantire i diritti delle persone in esecuzione penale prevedendo, in armonia con la legge n.328/2000 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), conformemente ai provvedimenti adottati dallo Stato in attuazione dell'articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione, un sistema integrato di interventi in cui enti territoriali, istituzioni dello Stato, aziende sanitarie, organismi del terzo settore e del volontariato concorrono al perseguimento degli obiettivi comuni.

In base all'art. 15 della legge 241/90 le amministrazioni possono concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune e che la riforma dell'Amministrazione pubblica impone la costruzione di reti tecnico-operative per progettualità integrate realizzate da più soggetti istituzionali e locali;

In sede di audizione collegiale, presso l'Assessorato Pari Opportunità, Autonomie Locali, Sicurezza, tutte le parti interessate dal Protocollo d'Intesa hanno manifestato e condiviso la necessità di realizzare interventi volti al miglioramento delle condizioni dei detenuti e/o ex detenuti e/o persone in esecuzione penale esterna, sia adulti che minori, del territorio della Regione Lazio nonché di assumere iniziative volte ad assicurare l'istruzione e la formazione professionale ed ogni

altra prestazione finalizzata al recupero, alla reintegrazione sociale e all'inserimento nel mondo del lavoro.

La problematica inerente alla vita detentiva in genere costituisce un aspetto rilevante nelle relazioni sociali collocandosi all'interno dei processi di sicurezza integrata intesi nella loro più ampia accezione.

Gravano sul sistema carcerario nazionale numerosi problemi che pongono all'attenzione dell'opinione pubblica il tema generale delle condizioni di vita nelle carceri sia per gli operatori penitenziari sia per i detenuti.

La cultura al lavoro è leva fondamentale per la riabilitazione delle persone detenute o in esecuzione penale esterna e va sostenuta con iniziative a diversi livelli: in primo luogo fornendo informazioni, quindi coinvolgendole nella riprogettazione del sé in un'ottica della legalità, inserendo via via nel processo tutti gli operatori che possono accompagnare la persona nelle varie tappe;

I Servizi della Giustizia Minorile, durante l'attività di assistenza del minore nell'iter giudiziario, mettono a disposizione del minore-vittima e della sua famiglia le figure professionali che operano nel settore ciascuna con le proprie competenze professionali;

La DGR n. 507 del 30/12/2013 concerne: "Legge regionale 8 giugno 2007, n. 7". Approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio, il Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Provveditorato Regionale del Lazio, Ministero della Giustizia - Dipartimento Giustizia Minorile - Centro per la Giustizia Minorile del Lazio e il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale a favore dei detenuti e/o ex detenuti e/o delle persone in esecuzione penale esterna, sia adulti che minori della Regione Lazio per l'attivazione di procedure e strategie condivise finalizzate alla realizzazione degli interventi di cui alla legge regionale 8 giugno 2007, n. 7.

LA CONVENZIONE

Si rende necessario stipulare una convenzione tra i soggetti firmatari del Protocollo d'Intesa al fine di regolamentare i rapporti tra le parti, per disciplinare le modalità di attuazione degli interventi e per la realizzazione degli stessi.

L'IMPEGNO DI SPESA

Viene pertanto impegnato sul capitolo R45908 dell'esercizio finanziario 2013 la somma di € 292.500,00 in favore del Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Provveditorato Regionale del Lazio;

Determinazione 23 dicembre 2013, n. G05869 - progetto CCM "Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e prevenzione dei tentativi suicidari". Impegno e liquidazione di € 36.960,00 - capitolo H13162 - esercizio finanziario 2013. (BUR n. 13 del 13.2.14)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008, concernente "*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*";

DGR del 4 Luglio 2008, n. 470 con la quale si è preso atto del D.P.C.M. sopra indicato;

Legge Regionale n. 2 del 29.04.2013 avente ad oggetto "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2013 (art. 11, legge regionale 20 novembre 2001, n. 25);

Legge Regionale n. 3 del 29.04.2013 avente ad oggetto "Bilancio di previsione della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2013 e Bilancio pluriennale 2013-2015;

Legge del 26 maggio 2004 n. 138 con la quale è stato istituito, presso il Ministero della Salute, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) che opera "in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, gli Istituti zoo profilattici sperimentali, le Università, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con altre strutture di

assistenza e di ricerca pubbliche e private, nonché con gli organi di sanità militare.

PREMESSA

La Regione Toscana con nota del 5 aprile 2012, ha presentato al CCM, il progetto “*Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e prevenzione dei tentativi suicidari*” che ha valenza interregionale in quanto, oltre alla Regione Toscana in qualità di capofila degli stessi, partecipano come unità operative la Regione Lazio, la Regione Umbria, la Regione Veneto, la Regione Liguria e l’Azienda Unità Sanitaria Locale di Salerno.

A tale riguardo è stato stipulato l’Accordo di collaborazione sottoscritto tra il Ministero della Salute e la Regione Toscana in data 28 agosto 2012 riguardante la disciplina degli aspetti operativi e finanziari del progetto in questione, con durata di mesi 24 ed un costo di € 290.000,00-

Alla Regione Lazio è assegnato l’importo complessivo di € 61.600,00 che verranno erogati, in tranche, dall’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana – ARS, individuata dalla Regione Toscana come ente esecutore, con funzioni di coordinamento tecnico-scientifico e gestione di tutte le fasi progettuali.

Con la Determinazione n. B01448 del 9 aprile 2013 è stato approvato lo schema di convenzione recante “Accordo tra Agenzia Regionale di Sanità della Regione Toscana e Regione Lazio” per la realizzazione del progetto dal titolo “*Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e prevenzione dei tentativi suicidari*”.

LA DISPOSIZIONE

A seguito della relativa istruttoria, viene impegnato l’importo pari ad € 36.960,00 sul capitolo H13162 del Bilancio Regionale per l’esercizio finanziario anno 2013.

Tra le Aziende sanitarie locali, dove sono ubicate le strutture penitenziarie, sono ripartiti €35.360,00 ed erogare loro la stessa cifra come saldo per le attività connesse alla realizzazione del progetto CCM

Sono erogati ulteriori € 1.600,00 all’Azienda USL Roma B, per le missioni del coordinatore scientifico relative al progetto medesimo.

Determinazione 24 dicembre 2013, n. G06105 -Accertamento di € 17.543.570,00 sul Capitolo 227159 - Esercizio finanziario 2013. Risorse destinate al finanziamento della sanità penitenziaria per l'anno 2013, sulla base di quanto stanziato dalla Deliberazione CIPE n. 49/2013 per l'anno 2012 per la Regione Lazio. (BUR n. 13 del 13.2.14)

Determinazione 24 dicembre 2013, n. G06107 -Impegno, riparto ed erogazione a favore delle Aziende Sanitarie Locali del Lazio per l'importo complessivo di € 17.543.570,00 - Capitolo H11122 - Esercizio Finanziario 2013. CIPE 49/2013 "Fondo Sanitario Nazionale 2012 - Ripartizione tra le regione delle risorse destinate al finanziamento della sanità penitenziaria".(BUR n. 13 del 13.2.14)

Note

Viene impegnato l’importo pari ad € 17.543.570,00 sul capitolo H11122 del Bilancio Regionale per l’esercizio finanziario 2013.

Si procede alla ripartizione dell’importo complessivo di €17.543.570,00, risorse destinate al finanziamento della sanità penitenziaria per l’anno 2012, 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.

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA . ISEE
--

FRIULI V.G.

DGR 31.1.14, n. 149 - LR 14/1991, art 3, comma 3. Assegni di studio per la frequenza di scuole dell'obbligo e secondarie non statali. Determinazione della misura massima degli assegni di studio e differenziazione in base al grado di scuola. 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. 8 del 19.2.14)

Note

Legge regionale 2 aprile 1991, n. 14 “Norme integrative in materia di diritto allo studio” e successive modifiche ed integrazioni, che prevede la concessione di assegni di studio a favore degli alunni iscritti a scuole dell'obbligo e secondarie non statali, parificate o paritarie o riconosciute con titolo di studio avente valore legale, istituite senza fine di lucro che siano in possesso dei requisiti previsti dalla legge stessa.

In particolare l'art. 3, comma 3, lettera a) della citata legge regionale 14/1991, stabilisce che la misura massima degli assegni di studio è fissata annualmente con deliberazione di Giunta regionale in un importo differenziato per la scuola primaria, per la scuola secondaria di primo grado e per la scuola secondaria di secondo grado e che lo stesso è determinato sulla base della stima del costo medio complessivo di iscrizione e frequenza ai rispettivi corsi di studio-

L'articolo 6 la legge regionale 8 aprile 2013, n. 5 “Disposizioni urgenti in materia di attività economiche, tutela ambientale, difesa del territorio, gestione del territorio, infrastrutture, lavori pubblici, edilizia e trasporti, attività culturali, ricreative e sportive, relazioni internazionali e comunitarie, istruzione, corregionali all'estero, ricerca, cooperazione e famiglia, lavoro e formazione professionale, sanità pubblica e protezione sociale, funzione pubblica, autonomie locali, affari istituzionali, economici e fiscali generali”, in deroga al disposto di cui all'articolo 3 della succitata L.R. 14/91, come modificato, da ultimo, dall'articolo 313 della legge regionale 21 dicembre 2012, n. 26 “Legge di manutenzione dell'ordinamento regionale 2012”, limitatamente per l'anno scolastico 2012/2013, ha fissato la misura massima degli assegni di studio come di seguito indicato:

scuola primaria euro 1.445,00

scuola secondaria di primo grado euro 2.050,00

scuola secondaria di secondo grado euro 2.880,00

Con riferimento all'anno scolastico 2013/2014 le comunicazioni trasmesse dalle Province, contenenti l'indicazione dei costi di iscrizione e frequenza effettivamente richiesti dalle scuole frequentate degli alunni dei rispettivi territori, forniscono i seguenti costi medi complessivi:

scuola primaria 2.912,00 euro

scuola secondaria di primo grado 4.069,00 euro

scuola secondaria di secondo grado 4.883,00 euro

Rispetto all'anno scolastico 2012/2013, i costi di iscrizione e frequenza per l'anno scolastico 2013/2014 segnalano un aumento che oscilla tra il 2,55 per cento delle scuole primarie e l'1,67 per cento delle scuole secondarie di secondo grado;

Ai sensi del comma 3, lettere b), c) e d), del richiamato art. 3 della LR 14/1991, con deliberazione della Giunta regionale sono altresì determinati annualmente:

- il limite massimo dell'ISEE ai fini dell'ammissibilità del beneficio;
- le fasce dell'ISEE da considerarsi ai fini dell'applicazione dell'ordine di priorità decrescente di cui al precedente comma 2;
- la misura percentuale dell'assegno da concedersi ai richiedenti il cui nucleo familiare rientra in ciascuna delle fasce ISEE;

Viene fissato in euro 35.000,00 il limite massimo dell'ISEE ai fini dell'ammissibilità del beneficio e di individuare le seguenti fasce di ISEE da considerarsi ai fini dell'applicazione dell'ordine di priorità di cui all'art. 3, comma 2, della LR 14/1991:

Fascia Valore ISEE minimo Valore ISEE Massimo

Prima fascia euro 0,00 euro 15.000,00

Seconda fascia euro 15.000,01 euro 25.000,00

Terza fascia euro 25.000,01 euro 35.000,00

La misura massima degli assegni di studio previsti dalla legge regionale 2 aprile 1991, n 14, e successive modificazioni e integrazioni, è la seguente:

scuola primaria euro 730,00

scuola secondaria di primo grado euro 1.030,00

scuola secondaria di secondo grado euro 1.430,00

CONCERTAZIONE

TOSCANA

DGR 3.2.14, n. 61 -Approvazione schema di Protocollo d'Intesa tra Regione Toscana - Giunta regionale e Organizzazioni Sindacali Confederali Regionali inerente l'attuazione delle azioni previste dalla proposta di Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 e dalla DGR 1235/2012.(BUR n. 6 del 12.2.14)

Note

PRESENTAZIONE

Nel contesto di una adeguata visione di democrazia partecipata e di definizione di un percorso volto a costruire il welfare responsabile, avuto riguardo ai soggetti istituzionalmente titolati a svolgere, ciascuno per il proprio ruolo e competenze, la propria "parte", il presente documento rappresenta un modello prototipale di assoluto rilievo ed interesse, e costituisce un primo esempio di "concertazione" (cum certare) che mette in evidenza la necessità, per la autentica costruzione di una società comunitaria, di rendere permanenti e condivisi i percorsi comuni (per nella distinzione dei ruoli) per l'effettivo e reale sistema di governo politico della "cosa" pubblica (res pubblica) (N.d. R).

INTRODUZIONE NORMATIVA

Decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con legge 7 agosto 2012, n. 135;

Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale", come successivamente modificata ed integrata;

Legge regionale 27 dicembre 2012, n. 81 "Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla L.R. 51/2009, alla L.R. 40/2005 ed alla L.R. 8/2006";

Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015 adottato dal Consiglio regionale con risoluzione n. 49 del 29 giugno 2011;

Documento di Programmazione Economica e Finanziaria 2014 adottato dal Consiglio regionale con risoluzione n. 219 del 18 dicembre 2013;

Proposta di Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2012 - 2015, approvata dalla Giunta regionale in data 19 dicembre 2011, come emendata con deliberazione n. ... del ... gennaio 2014;

DGR n. 754 del 10 agosto 2012, che approva le azioni di indirizzo per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) immediatamente adottabili in attuazione del DL 95/2012 ed individua ulteriori azioni di riordino dei servizi del SSR, avviando nel contempo il necessario processo di concertazione con le organizzazioni sindacali al fine di realizzare le eventuali riforme normative e programmatiche necessarie;

DGR n. 1235 del 28 dicembre 2012, che approva indirizzi alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste per il riordino del SSR, impegnando le competenti strutture della Giunta regionale ad attivare, a partire dal mese di gennaio 2013, un tavolo di lavoro con le Organizzazioni Sindacali interessate, al fine di monitorare l'andamento delle iniziative inerenti gli aspetti contrattuali, analizzare le criticità e proporre soluzioni omogenee a livello regionale;

Legge regionale 2 agosto 2013, n. 45 "Interventi di sostegno finanziario in favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione e per il contrasto al disagio sociale".

PREMESSA

In una fase di transizione del sistema socio-sanitario regionale, il sistema di relazione consolidato con le Organizzazioni Sindacali (OO.SS.) Confederali Regionali costituisce una risorsa ai fini dell'accompagnamento di tale processo di cambiamento a tutela dei cittadini e dei lavoratori del SSR.

Nell'ambito del dibattito sulla proposta di PSSIR 2012-2015, la Regione Toscana e le OO.SS. Confederali Regionali hanno condiviso l'esigenza di valorizzare e rafforzare ulteriormente tale sistema di relazione a tutti i livelli (regionale, di Area vasta, aziendale), quale strumento fondamentale per l'attuazione delle politiche regionali.

La Regione Toscana e le OO.SS. Confederali Regionali hanno, inoltre, condiviso l'opportunità di individuare i temi prioritari del confronto reciproco.

Lo Schema di Protocollo di intesa tra Regione Toscana - Giunta regionale e le Organizzazioni Sindacali Confederali Regionali individua i temi prioritari e le modalità di attuazione del confronto reciproco tra detti soggetti, al fine di valorizzare il sistema di relazioni in essere quale supporto essenziale nell'attuazione delle politiche regionali in ambito socio-sanitario.

Viene approvato lo schema di Protocollo di intesa suddetto, di cui all'allegato A, che individua i temi prioritari e le modalità di attuazione del confronto reciproco tra detti soggetti, al fine di valorizzare il sistema di relazioni in essere quale supporto essenziale nell'attuazione delle politiche regionali in ambito socio-sanitario.

**Protocollo di intesa
tra Regione Toscana - Giunta regionale**

**e
le Organizzazioni Sindacali Regionali CGIL, CISL e UIL**

Il giorno, presso,
la Regione Toscana, rappresentata dal Presidente della Giunta regionale o suo delegato

e
le Organizzazioni Sindacali Confederali Regionali CGIL, CISL e UIL, rispettivamente
rappresentate

da.....
.....
.....
.....

Premesso che

il nostro Paese sta affrontando una grave crisi economica e sociale che produce un crescente impoverimento dei soggetti sociali più deboli. Anche in Toscana la crisi si è fatta sentire: lo dimostra l'aumento delle famiglie che hanno ridotto i consumi alimentari e sanitari;

la Regione Toscana e le parti sociali si sono attivati, per i rispettivi ruoli, attraverso la delibera della Giunta regionale n. 1235 del 28 dicembre 2012 (Indirizzi alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste per il riordino del SSR), la legge regionale 2 agosto 2013, n. 45 (Interventi di sostegno finanziario in favore delle famiglie e dei lavoratori in difficoltà, per la coesione e per il contrasto al disagio sociale) e la proposta di Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 - 2015 (PSSIR) per contenere e arginare i costi sociali derivanti da questa situazione; la delibera della Giunta regionale n. 1235/2012 impegna le competenti strutture della Giunta regionale ad attivare un tavolo di lavoro con le Organizzazioni Sindacali interessate, al fine di monitorare l'andamento delle iniziative inerenti gli aspetti contrattuali, analizzare le criticità e proporre soluzioni omogenee a livello regionale; è stato realizzato un percorso di confronto tra l'Assessorato al Diritto alla salute e l'Assessorato al Welfare e politiche per la casa della Regione Toscana e le OO.SS. Confederali Regionali sui principali temi e aree di lavoro previsti dalla proposta di PSSIR 2012 - 2015, che proseguirà nei prossimi mesi ai vari livelli (regionale, aree vaste e aziendale);

Tutto ciò premesso

La Regione Toscana - Giunta regionale e le Organizzazioni Sindacali Confederali Regionali CGIL, CISL e UIL, di seguito indicate come "le Parti", ritengono utile, per un proficuo lavoro

di medio periodo, definire le modalità e le priorità del confronto reciproco rispetto ai contenuti degli atti sopra richiamati.

Le Parti convengono che il sistema di relazioni sindacali che ha portato alla definizione delle azioni contenute negli atti sopra richiamati sia uno strumento politico essenziale anche nella realizzazione delle stesse. Di conseguenza, a livello regionale, territoriale di Area vasta ed aziendale, la concertazione e la contrattazione devono diventare pratica costante ed obbligatoria.

Al fine di garantire un confronto proficuo ed omogeneo, le Parti concordano che eventuali scelte incongruenti sia a livello aziendale sia agli altri livelli, rispetto ai principi e agli indirizzi della proposta di PSSIR 2012-2015 e della DGR 1235/2012 possano essere poste in discussione, da ognuna della OO.SS., a livello aziendale o di Area vasta. Qualora la questione posta non trovi riscontro a tali livelli entro 10 giorni, le OO.SS. potranno riportarla al tavolo di lavoro costituito a livello regionale nell'ambito del quale dovrà essere aperto il confronto entro sette giorni. A seguito della richiesta di riesame a livello regionale di una o più OO.SS., il competente livello (aziendale o di Area vasta) dovrà astenersi dal procedere ed attenderà l'esito del confronto regionale. Durante il periodo del confronto, le Parti non assumeranno alcuna decisione unilaterale e si asterranno da ogni azione diretta. In assenza di condivisione, al termine del confronto, ognuna delle Parti, si riterrà libera di intraprendere le proprie determinazioni. Tale percorso potrà essere attivato anche dalla Parte pubblica.

Le Parti convengono che, prioritariamente, i seguenti punti qualificanti siano oggetto di concertazione e contrattazione al relativo livello di competenza (regionale, di Area vasta, aziendale e territoriale):

1. Integrazione sociosanitaria

La Regione Toscana si impegna ad individuare entro il mese di marzo 2014 il soggetto di riferimento che garantisca l'integrazione dei servizi, istituzionale e delle risorse, nonché le modalità di *governance* e tempi certi per la sua realizzazione. L'integrazione deve avvenire, nel rispetto delle competenze dei Comuni, individuando in maniera chiara le funzioni di programmazione e le funzioni gestionali; entrambe le funzioni devono vedere il pieno coinvolgimento dei Comuni e delle aziende USL e devono essere assicurate senza costi di sistema.

2. Riduzione dei costi strutturali del sistema e relativo piano di realizzazione

La Regione Toscana si impegna a verificare entro il 30 marzo le possibilità di riduzione dei costi generali di funzionamento del sistema sanitario regionale con l'obiettivo di finalizzare le risorse così liberate ai servizi ai cittadini. In particolare saranno esaminate: modalità di funzionamento, efficienza degli enti presenti nel sistema, composizione professionale degli addetti, apparati dirigenziali, acquisti (livelli di standardizzazione raggiunti ed obiettivi), locazioni, consulenze esterne, incarichi professionali, ecc. La Parte pubblica si impegna monitorarne l'andamento, anche disponendo di dati aggregati relativi alle voci suddette per singola azienda USL, a partire dal mese di marzo 2014, e ad effettuare con le OO.SS. una periodica verifica.

3. Risorse per il sociale e organizzazione del sociale di comunità

Obiettivo del confronto, che coinvolgerà anche Anci Toscana, sarà quello di verificare la possibilità di concordare strumenti atti a ampliare le risposte di welfare territoriale.

4. Liste d'attesa

Oggetto del confronto saranno il monitoraggio sui tempi e sui costi di produzione della diagnostica e l'individuazione di interventi urgenti per la riduzione dei tempi d'attesa. Il monitoraggio dovrà avere cadenza mensile con l'individuazione per azienda delle aree di miglioramento del sistema pubblico e/o eventuali buone pratiche. In particolare la Regione si impegna a verificare la possibilità di aumentare l'efficienza delle tecnologie diagnostiche anche attraverso un loro maggiore utilizzo e attivando un tavolo di confronto di categoria.

5. Non autosufficienza

La Regione Toscana si impegna a fornire entro il mese di marzo 2014 i dati della spesa del Fondo per la non autosufficienza relativi all'annualità 2011 e 2012, suddivisa per tipologia di prestazione ed a rispettare tale cadenza per gli anni successivi.

La Regione Toscana si impegna a fornire, con cadenza periodica, i dati relativi alle prestazioni effettuate nell'ambito della non autosufficienza, suddivise per singole fasi

(segnalazione bisogno, presa in carico, erogazione della prestazione, liste di attesa ..) e per azienda USL.

La Regione Toscana si impegna altresì a implementare ulteriormente il sistema informativo regionale, quale strumento di governo del sistema e condivisione dei risultati raggiunti.

6. Rete ospedaliera e territorio

La Regione Toscana si impegna a verificare i tempi dell'applicazione della DGR 1235/2012 in particolare per il rafforzamento dei servizi territoriali (Case della salute, AFT, cure intermedie, A.D.I. ecc.). Ogni ulteriore razionalizzazione dei posti letto ospedalieri sarà oggetto di preventivo confronto con le OO.SS. territoriali. Solo successivamente, dopo verifica positiva sul territorio di competenza ed in riferimento ad un effettiva disponibilità delle risposte necessarie (Case della salute, cure intermedie, A.D.I.), si procederà ad ulteriori azioni di ottimizzazione. Il complessivo processo di razionalizzazione della rete ospedaliera dovrà tener conto dei risultati di esito del relativo programma nazionale.

7. Cure intermedie

La Regione Toscana si impegna a riavviare da febbraio 2014 il confronto per la definizione delle linee guida del modello "cure intermedie" a garanzia della degenza post acuta, della continuità ospedale territorio definendo indicatori chiari che garantiscano omogeneità tra i diversi territori. La Regione Toscana si impegna inoltre a promuovere l'attivazione, entro il mese di giugno 2014, di confronti territoriali per la definizione del numero dei posti letto e relativa allocazione.

8. Personale

Le Parti riconoscono come priorità in tale ambito:

- l'applicazione dell'Intesa tra l'Assessorato al Diritto alla Salute e le OO. SS. Regionali del comparto dell' 8 agosto 2013;
- il mantenimento del Tavolo di confronto sugli effetti occupazionali prodotti dalla riduzione delle risorse negli appalti di servizio;
- la valorizzazione del personale, quale risorsa nei processi di qualificazione del Sistema Sanitario Regionale: in particolare saranno promossi processi formativi e di aggiornamento continuo collegati alle funzioni e al raggiungimento degli obiettivi di Piano a partire dalla esigenza di riconfermare ed aggiornare le disposizioni previste dal punto 8 dell'allegato 2) al PSR 2008-2010, previa intesa con le OO.SS. del comparto.

9. Telemedicina applicata all'assistenza domiciliare e alla continuità delle cure

Le Parti condividono l'opportunità di avviare un confronto sul tema dell'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e comunicazione per il potenziamento dell'assistenza domiciliare e della continuità ospedale-territorio.

La Giunta regionale Regione si impegna inoltre a:

- emanare disposizioni per realizzare una organizzazione omogenea su tutto il territorio regionale dei servizi territoriali ed in particolare delle AFT, delle UCCP e delle unità di cure intermedie;
- dare priorità assoluta alla realizzazione del sistema informativo sanitario integrato regionale secondo quanto stabilito con la DGR 752/2013 che ne definisce l'architettura tecnologica, i contenuti e tempi di sviluppo, stabilendo periodiche verifiche tra le Parti. Risultano prioritari lo sviluppo della Tessera Sanitaria Elettronica e la disponibilità della documentazione clinica informatizzata che accompagni i pazienti nei servizi territoriali ed ospedalieri;
- verificare che gli strumenti previsti dall'accordo con la medicina generale, con particolare riferimento alla razionalizzazione della spesa farmaceutica, diagnostica strumentale e specialistica ottimizzino il sistema della prevenzione e della cura e seguano i principi di efficienza e di appropriatezza anche attraverso specifici report periodici, anche al fine di prevenire effetti indesiderati;
- concordare con le organizzazioni rappresentative dei medici e dei pediatri di famiglia le azioni di formazione che risultino necessarie al buon andamento dei servizi;
- organizzare e gestire per tutti i medici e pediatri di famiglia del territorio regionale una azione diretta di informazione sui nuovi compiti e funzioni previsti dagli accordi firmati e emanare disposizioni per realizzare una organizzazione omogenea su tutto il territorio regionale dei servizi territoriali ed in particolare delle AFT, delle UCCP e delle unità di cure intermedie. Ai medici ed ai pediatri di famiglia sarà inoltre richiesto di svolgere una

costante azione di informazione ed orientamento dei cittadini rispetto alle nuove modalità di organizzazione dei servizi;

- disporre che le aziende sanitarie diffondano, attraverso i rispettivi siti web e materiale illustrativo da distribuire in tutti i principali luoghi di aggregazione, tutte le informazioni, costantemente aggiornate e facilmente comprensibili, su come e dove curarsi per le principali patologie e per usufruire dei servizi di emergenza-urgenza;

- predisporre strumenti di monitoraggio per verificare, in rapporto alla nuova organizzazione dei servizi di prevenzione, che non si producano riduzioni della qualità e quantità di controlli necessari a garantire la sicurezza dei lavoratori e la salute dei cittadini;

- definire, in accordo con le OO.SS. di categoria riconducibili alle OO.SS. Confederali firmatarie del presente protocollo d'intesa, documenti che, relativamente alle diverse innovazioni organizzative introdotte nello svolgimento di attività sanitarie, definiscano funzioni e prestazioni coerenti con quanto previsto dalla normativa vigente.

La Regione predisporrà azioni di costante monitoraggio sull'attuazione di quanto sopra indicato che saranno rese periodicamente disponibili alle OO.SS. regionali firmatarie del presente protocollo d'intesa.

Le Parti nel confermare la validità complessiva del modello della sanità toscana, riaffermano il principio dell'esclusività del sistema pubblico nella programmazione dei servizi ai vari livelli di competenza, garantendo la giusta distinzione dei ruoli e dei compiti tra i soggetti preposti alla programmazione rispetto ai soggetti attuatori.

Luogo, data

REGIONE TOSCANA

CGIL.....

CISL

UIL

DIPENDENZE

FRIULI V.G.

L.R. 14.2.14, n. 1 - Disposizioni per la prevenzione, il trattamento e il contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo, nonché delle problematiche e patologie correlate. (BUR n. 8 del 19.2.14)

Art. 1 finalità

1. Con la presente legge la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia detta disposizioni per la prevenzione, il trattamento e il contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo e da gioco praticato con apparecchi per il gioco lecito, nell'osservanza delle indicazioni in materia provenienti dall'Organizzazione mondiale della sanità e dalla Commissione europea e nel rispetto del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

2. La presente legge intende inoltre promuovere la consapevolezza dei rischi correlati al gioco d'azzardo e al gioco praticato con apparecchi per il gioco lecito, al fine di salvaguardare le fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione e stabilire misure volte a contenere l'impatto negativo sulla vita della popolazione delle attività connesse alla pratica di tali giochi, con particolare riferimento ai profili concernenti la sicurezza urbana, la viabilità, l'inquinamento acustico e luminoso, nonché il governo del territorio.

Art. 2 definizioni

1. Ai fini della presente legge si intende per:

- a) “apparecchi per il gioco lecito”: gli apparecchi idonei per il gioco lecito di cui all’articolo 110, comma 6, del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773 (Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza);
- b) “gioco d’azzardo patologico (GAP)”: la patologia legata all’azzardo riconosciuta a livello internazionale dall’Organizzazione mondiale della sanità;
- c) “sala da gioco”: un luogo pubblico o aperto al pubblico o un circolo privato in cui siano presenti e accessibili gli apparecchi per il gioco lecito di cui alla lettera a).

Art. 3 destinatari

1. Gli interventi di cui alla presente legge sono rivolti all’intera popolazione della regione e in particolare alle fasce più deboli e maggiormente esposte ai rischi di GAP.
2. Gli interventi di prevenzione sono rivolti in particolare alle famiglie e alle persone, adulte e di minore età, che a vario titolo possono essere coinvolte in culture e prassi che favoriscono il GAP.
3. Gli interventi di cura e di sostegno sono rivolti alle persone affette da GAP e ai loro familiari mediante l’apporto della rete dei servizi territoriali sociosanitari.

Art. 4 soggetti attuatori

1. La Regione valorizza, promuove la partecipazione e realizza iniziative negli ambiti di intervento di cui alla presente legge in collaborazione con:

- a) i Comuni, singoli e associati;
- b) le Aziende per i servizi sanitari e in particolare i servizi deputati alla cura delle dipendenze in età adulta e in età evolutiva;
- c) le istituzioni scolastiche;
- d) le associazioni di rappresentanza delle imprese e degli operatori di settore;
- e) le associazioni di tutela dei diritti dei consumatori e utenti;
- f) altri soggetti, enti e associazioni non aventi scopo di lucro che, a qualsiasi titolo, operano negli ambiti e per le finalità di cui alla presente legge.

Art. 5 competenze della Regione

1. Per l’attuazione delle finalità di cui all’articolo 1, la Regione svolge le seguenti funzioni:

- a) garantisce l’attività di progettazione territoriale sociosanitaria per la prevenzione e il contrasto della dipendenza da gioco d’azzardo e da gioco praticato con apparecchi per il gioco lecito, agendo in collaborazione con le Aziende per i servizi sanitari, i Comuni e le altre componenti sociali attraverso lo strumento dei Piani di zona e intervenendo in particolare nel contesto del piano di azione regionale per le dipendenze;
- b) assicura la conoscenza e il monitoraggio dei fenomeni di dipendenza da gioco d’azzardo e da gioco praticato con apparecchi per il gioco lecito, mediante il Tavolo tecnico di cui all’articolo 8;
- c) collabora con gli Osservatori istituiti a livello nazionale, allo scopo di sviluppare e promuovere metodiche di intervento e prevenzione a tutela delle persone più esposte;
- d) collabora con i competenti organi dello Stato e con le Forze dell’Ordine nel contrasto al gioco illegale.

2. La Regione, per il tramite delle Aziende per i servizi sanitari, promuove interventi di contrasto, prevenzione e riduzione del rischio della dipendenza da gioco d’azzardo e da gioco praticato con apparecchi per il gioco lecito, attraverso iniziative, anche transfrontaliere, rivolte in particolare a:

- a) concorrere alla rimozione delle cause sociali e culturali che possono favorire le forme di dipendenza da gioco, sensibilizzando ed educando ad azioni positive rivolte a una cultura del gioco inteso come forma di gratuità e divertimento positivo, orientato alla condivisione di relazioni, anche tra diverse generazioni;
- b) promuovere luoghi di socializzazione per contrastare la solitudine in particolare delle persone anziane e dei giovani;
- c) informare sulle conseguenze derivanti dall’abuso patologico del gioco;
- d) promuovere la formazione e l’aggiornamento degli esercenti e degli operatori dei servizi pubblici e della Polizia locale, nonché degli operatori delle Forze dell’Ordine, d’intesa con le autorità statali competenti;

e) promuovere la formazione del personale sociale e sociosanitario impegnato nei problemi legati al GAP in età adulta e in età evolutiva;

f) facilitare l'accesso delle persone affette da dipendenza da gioco a trattamenti sanitari e assistenziali adeguati;

g) promuovere forme di collaborazione con il privato sociale senza scopo di lucro e con le associazioni di auto-mutuo aiuto finalizzate a prevenire e ridurre l'incidenza del GAP e dei comportamenti a rischio a esso correlati.

3. Nell'ambito delle azioni di cui al comma 2, la Regione promuove l'istituzione del marchio regionale "Slot-Free-FVG", da rilasciare, per il tramite dei Comuni, agli esercizi pubblici, commerciali, ai circoli privati e ad altri luoghi deputati all'intrattenimento, che scelgono di non installare o disinstallano apparecchi per il gioco lecito.

4. Con deliberazione della Giunta regionale, da adottarsi entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta dell'Assessore competente in materia di tutela della salute e politiche sociali, previo parere della Commissione consiliare competente, sono definite:

a) le caratteristiche ideografiche del marchio;

b) i criteri e le modalità di concessione in uso del marchio, nonché i casi di sospensione, decadenza e revoca della concessione stessa;

c) le modalità d'uso del marchio.

5. Il marchio di cui al comma 3 è altresì rilasciato dalla Regione ai Comuni sul cui territorio non siano presenti apparecchi per il gioco lecito.

6. Nella concessione di finanziamenti, benefici e vantaggi economici comunque denominati, la Regione considera titolo di preferenza l'assenza, all'interno degli esercizi pubblici, commerciali, dei circoli privati e di altri luoghi deputati all'intrattenimento, di apparecchi per il gioco lecito, attestata dall'esposizione del marchio di cui al comma 3.

7. La legge finanziaria regionale può determinare, a decorrere dal periodo d'imposta in corso all'1 gennaio successivo all'entrata in vigore della presente legge, riduzioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) a favore delle attività che conseguono il marchio di cui al comma 3.

8. La Regione promuove accordi con gli enti di servizio del trasporto pubblico locale e regionale per favorire l'adozione di un codice di autoregolamentazione che non preveda spazi pubblicitari relativi al gioco lecito.

Art. 6 competenze dei Comuni

1. Al fine di tutelare i soggetti maggiormente vulnerabili e di prevenire i fenomeni di dipendenza da gioco d'azzardo e da gioco praticato con apparecchi per il gioco lecito, non è consentito l'insediamento di attività che prevedano locali da destinare a sala da gioco o all'installazione di apparecchi per il gioco lecito a una distanza, determinata con deliberazione della Giunta regionale, entro il limite di cinquecento metri, misurati lungo la via pedonale più breve, da istituti scolastici di ogni ordine e grado, luoghi di culto, impianti sportivi, strutture residenziali o semiresidenziali operanti in ambito sanitario o sociosanitario, strutture ricettive per categorie protette, luoghi di aggregazione giovanile o altri luoghi di aggregazione.

2. La deliberazione di cui al comma 1 è adottata entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta dell'Assessore competente in materia di tutela della salute e politiche sociali, previo parere del Consiglio delle autonomie locali.

3. I Comuni possono individuare ulteriori luoghi sensibili in cui si applica il divieto di cui al comma 1, tenuto conto dell'impatto degli insediamenti di cui al medesimo comma sul contesto e sulla sicurezza urbana, nonché dei problemi connessi con la viabilità, l'inquinamento acustico e il disturbo della quiete pubblica.

4. I Comuni intervengono nella presa in carico delle persone affette da GAP e nel sostegno ai loro familiari per gli aspetti di tutela sociale, anche promuovendo qualora necessario l'attivazione dell'istituto dell'amministratore di sostegno.

5. I Comuni promuovono reti di collaborazione con associazioni, volontari, Aziende per i servizi sanitari, mediante l'attivazione di iniziative culturali e di socializzazione, formazione e informazione, condivise nei Piani di zona, per la prevenzione e il contrasto al GAP.

6. I Comuni assicurano alle autorità statali competenti informazioni rispetto alle situazioni presenti sul proprio territorio al fine di garantire il migliore espletamento degli interventi di prevenzione e contrasto al GAP di competenza delle Forze dell'Ordine e delle Polizie locali.

7. I Comuni possono prevedere forme premiali per i soggetti che espongono il marchio di cui all'articolo 5, comma 3.

8. È vietata qualsiasi attività pubblicitaria relativa all'apertura o all'esercizio di sale da gioco che si ponga in contrasto con l'articolo 7, commi 4, 4 bis e 5, del decreto legge 158/2012.

9. Al fine di evitare la diffusione del fenomeno del GAP e di garantirne il monitoraggio, i Comuni esercitano le funzioni di vigilanza e controllo sui locali di cui al comma 1.

Art. 7 competenze delle Aziende per i servizi sanitari

1. Le Aziende per i servizi sanitari assicurano attività di monitoraggio, prevenzione, diagnosi e trattamento della sindrome da GAP.

2. Le Aziende per i servizi sanitari collaborano con i Comuni e con gli altri soggetti di cui all'articolo 4 per la realizzazione di azioni dirette alla prevenzione primaria e secondaria del rischio di GAP. Le azioni di prevenzione possono prevedere in particolare interventi formativi e informativi relativi ai rischi connessi con il gioco rivolti agli studenti delle istituzioni scolastiche di secondo grado.

3. Le Aziende per i servizi sanitari garantiscono l'accoglienza, la valutazione diagnostica e il trattamento terapeutico delle persone che soffrono di GAP e delle eventuali patologie correlate, assicurando inoltre il sostegno ai familiari e la collaborazione con i Comuni e con altri enti e associazioni non a scopo di lucro, in vista del reinserimento nella vita sociale e lavorativa.

4. Le Aziende per i servizi sanitari assicurano, mediante appositi interventi di formazione, la presenza di operatori con competenze specifiche a supporto dei servizi impegnati nella prevenzione e nel trattamento terapeutico rivolto alle persone coinvolte nelle dinamiche del GAP e ai loro familiari. Le prestazioni previste sono medico-specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, socio educative e riabilitative.

Art. 8 Tavolo tecnico regionale GAP

1. La Regione assicura, attraverso il Tavolo tecnico regionale Gioco d'Azzardo Patologico, presso l'Osservatorio regionale sulle dipendenze, le seguenti funzioni:

a) studio e monitoraggio del GAP in ambito regionale, in collaborazione con i soggetti di cui all'articolo 4, per la raccolta delle esperienze e l'individuazione di buone prassi, in vista sia di campagne informative e di sensibilizzazione sia della elaborazione di protocolli diagnostico terapeutici applicativi, anche in raccordo con gli organismi operanti a livello nazionale;

b) informazione alla Direzione centrale competente in materia di tutela della salute e politiche sociali, attraverso relazioni di cadenza annuale, sull'esito del monitoraggio svolto nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria e delle attività terapeutiche prestate ai soggetti affetti da GAP;

c) formulazione di proposte e pareri alla Direzione centrale competente in materia di tutela della salute e politiche sociali e agli altri organi interessati per il miglioramento della prevenzione, del trattamento e del contrasto della dipendenza da gioco.

2. Il Tavolo tecnico regionale Gioco d'Azzardo Patologico è composto da rappresentanti dei soggetti di cui all'articolo 4 ed è nominato con decreto del Direttore centrale della Direzione competente in materia di tutela della salute e politiche sociali, che ne determina altresì la durata.

3. La partecipazione ai lavori del Tavolo tecnico è a titolo gratuito e senza rimborso spese e non comporta alcun onere aggiuntivo a carico del bilancio regionale.

Art. 9 sanzioni amministrative

1. L'inosservanza dei divieti di cui all'articolo 6, commi 1 e 3, è soggetta all'applicazione di sanzioni amministrative pecuniarie nella misura compresa tra 5.000 e 15.000 euro, nonché in caso di reiterazione delle violazioni alla sospensione dell'esercizio dell'attività da dieci a sessanta giorni.

2. L'inosservanza del divieto di cui all'articolo 6, comma 8, è soggetta all'applicazione di sanzioni amministrative pecuniarie nella misura compresa tra 1.000 e 5.000 euro.

3. L'accertamento delle violazioni e l'applicazione delle sanzioni di cui al presente articolo spettano al Comune territorialmente competente. I proventi delle sanzioni sono destinati al finanziamento dei Piani di zona per la realizzazione delle finalità di cui alla presente legge.

Art. 10 clausola valutativa

1. Il Consiglio regionale esercita il controllo sull'attuazione della presente legge e valuta i risultati ottenuti in termini di contrasto, trattamento e prevenzione della dipendenza da gioco. A tal fine, la Giunta regionale presenta con cadenza triennale, entro il mese di febbraio dell'anno successivo al triennio di riferimento, una relazione informativa, integrata dagli esiti delle attività di monitoraggio previste, che documenta tra i vari aspetti:

- a) l'andamento della diffusione delle sale da gioco e dei locali con apparecchi per il gioco lecito nel territorio regionale, rispetto alla situazione preesistente;
- b) il numero annuo delle sanzioni amministrative comminate dai Comuni, l'ammontare dei proventi acquisiti e la loro destinazione alle finalità previste;
- c) il grado di diffusione del marchio Slot-Free-FVG e le eventuali forme di premialità attivate a favore dei soggetti che lo espongono;
- d) l'andamento e la distribuzione territoriale della domanda e dell'offerta di servizi di assistenza e trattamento della dipendenza da gioco.

2. In sede di prima applicazione, decorso un anno dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta presenta al Consiglio una relazione che dà conto dello stato delle iniziative e degli interventi avviati, evidenziando le eventuali criticità emerse.

3. Le relazioni previste ai commi 1 e 2 sono rese pubbliche, insieme ai documenti consiliari che ne concludono l'esame, in particolare mediante pubblicazione sul sito web del Consiglio.

Art. 11 disposizioni finanziarie

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si fa fronte con i fondi già previsti nel finanziamento del Servizio sanitario regionale e trasferiti alle Aziende per i servizi sanitari per le attività di prevenzione, a carico dell'unità di bilancio 7.1.1.1131 e del capitolo 4362 dello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale per gli anni 2014-2016 e del bilancio per l'anno 2014.

MARCHE

Dgr 20.1.14, n. 22 -Attuazione DGR 1506/2013 - Indirizzi integrativi per le attività territoriali di reinserimento socio-lavorativo di persone svantaggiate tossicodipendenti in trattamento o da attrarre in trattamento. (BUR n. 14 del 7.2.14)

Sono approvati i seguenti indirizzi integrativi a quelli definiti con DGR 1506/2013 per le attività territoriali di reinserimento socio-lavorativo di persone svantaggiate tossicodipendenti in trattamento o da attrarre in trattamento:

- a) per la progettazione dei tirocini formativi da realizzare nell'anno 2014 e seguenti si deve far riferimento a quanto stabilito dalla DGR 1134/2013;
- b) per "soggetti promotori" si intendono i soggetti autorizzati a proporre il progetto di tirocinio formativo ed a sottoscrivere le relative convenzioni con le aziende ospitanti;
- c) i tirocini formativi possono essere promossi dai soggetti, anche tra loro associati, indicati nella DGR 1134/2013, Allegato A, art. 5;
- d) non essendo indicata tra i soggetti promotori, al fine di realizzare i progetti di tirocinio l'ASUR attraverso le Aree Vaste adotta forme di collaborazione con i "soggetti promotori" sopra indicati territorialmente competenti;
- e) il progetto formativo individuale deve essere redatto secondo lo schema in Allegato C alla DGR 1134/2013;

f) il Comitato di monitoraggio di cui alla DGR 1725/2010 svolge anche funzioni di supporto alla progettazione da parte dell'ASUR - Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche.
L' onere finanziario è di Euro 225.000,

EDILIZIA

LAZIO

DGR 4.2.14, n. 48 - Rettifica deliberazione di Giunta Regionale n. 519 del 30/12/2013 concernente: Attuazione di iniziative finalizzate a promuovere il recupero edilizio del patrimonio dell'IPAB "Istituto Romano S. Michele" per la realizzazione di interventi residenziali sociali a favore delle famiglie con disagio economico nella città di Roma".

Note

Viene data attuazione a quanto disposto con la DGR n.519/13 attraverso lo schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Lazio e l'IPAB "Istituto Romano S. Michele" per l'attuazione di iniziative finalizzate a promuovere il recupero edilizio del patrimonio dell'Istituto per la realizzazione di interventi residenziali sociali a favore delle famiglie con disagio economico nella città di Roma, allegato e parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione.

ENTI LOCALI

TOSCANA

DGR 19.2.14, n. 111 - Approvazione termini e modalità per la concessione e l'erogazione dei contributi ai piccoli comuni in situazione di maggiore disagio a norma dell'articolo 82 della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 68.

LA GIUNTA REGIONALE

l'articolo 82 della l.r. n. 68/ 2011 concernente "Norme sul sistema delle autonomie locali", come da ultimo modificata dalla legge regionale 24 dicembre 2013, n. 77 (Legge finanziaria per l'anno 2014) prevede la concessione di un contributo annuale ai comuni con dimensione demografica inferiore a 5.000 abitanti che risultano nella graduatoria di cui all'articolo 80, comma 3, della l.r. 68/2011 in situazione di maggior disagio e che esercitano esclusivamente mediante unione di comuni almeno cinque funzioni fondamentali tra quelle indicate nel medesimo all'articolo 82, nonché ai comuni derivanti da fusione ai sensi dell'articolo 65 della l.r. 68/2011.

Viene stabilito in euro 25.000,00 la misura massima del contributo attribuibile a ciascun comune e che detta somma costituisce riferimento per l'individuazione dei comuni beneficiari a norma dell'articolo 82, comma 2, lettera a);

Viene fissato al 30 settembre di ogni anno il termine di avvio del procedimento per la concessione del contributo, termine da considerarsi congruo per adottare, da parte dei comuni interessati, gli atti necessari per accedere al contributo.

FAMIGLIA

TOSCANA

DGR 19.2.14, n. 104 - L.R. 77/2013. Articolo 46. Approvazione condizioni e modalità di assegnazione ed erogazione del contributo finalizzato a sostenere le famiglie i cui figli frequentano le scuole dell'infanzia paritarie per gli anni scolastici 2013/2014 e 2014/2015. (BUR n.8 del 26.2.14

Note

Sono approvate le condizioni e le modalità di assegnazione ed erogazione, di cui all'allegato A parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, del contributo finalizzato a sostenere le famiglie i cui figli frequentano le scuole

dell'infanzia paritarie di cui all'articolo 46 della Legge regionale 24 dicembre 2013, n. 77 "Legge finanziaria per l'anno 2014", per gli anni scolastici 2013/2014 e 2014/2015.

Viene destinata la somma di € 1.500.000,00,

Allegato A

Condizioni e modalità di assegnazione ed erogazione del contributo finalizzato a sostenere le famiglie i cui figli frequentano le scuole dell'infanzia paritarie di cui all'articolo 46 della Legge regionale 24 dicembre 2013, n. 77 "Legge finanziaria per l'anno 2014", per gli anni scolastici 2013/2014 e 2014/2015

Con il presente atto si definiscono le condizioni e le modalità di assegnazione ed erogazione dei contributi, di cui all'articolo 46 della Legge regionale 24 dicembre 2013, n. 77 "Legge finanziaria per l'anno 2014", per gli anni scolastici 2013/2014 e 2014/2015.

Tale sostegno si realizza attraverso l'erogazione a soggetti residenti in Toscana, la cui famiglia sia in possesso di un indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore a euro 30.000,00, di un contributo economico finalizzato alla riduzione delle rette mensili per la frequenza, da parte dei propri figli, di una scuola dell'infanzia paritaria con sede in un Comune della Toscana. Hanno titolo al contributo i cittadini italiani e dell'Unione europea e i soggetti ad essi equiparati, come definiti dall'articolo 5, comma 1, lettera a) della legge regionale 2 agosto 2013, n. 45. La struttura regionale competente approva un avviso pubblico rivolto alle amministrazioni comunali per la presentazione di Progetti finalizzati all'assegnazione di buoni scuola, da utilizzarsi per gli anni scolastici 2013/2014 (settembre 2013-giugno 2014) e 2014/2015 (settembre 2014-giugno 2015) a parziale o totale copertura delle spese sostenute dalle famiglie i cui bambini siano in età utile per la frequenza di:

- scuole dell'infanzia paritarie comunali;
- scuole dell'infanzia paritarie private convenzionate con le amministrazioni comunali, singolarmente o in forma associata.

I progetti sono presentati dalle amministrazioni comunali toscane ove ha sede la scuola dell'infanzia paritaria.

La Regione Toscana assegna le risorse disponibili ai Comuni, proporzionalmente alla consistenza numerica dei soggetti residenti interessati ai buoni scuola, in possesso dei requisiti fissati dall'avviso regionale.

I buoni scuola sono commisurati al valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del nucleo familiare riferita alla dichiarazione dei redditi dell'anno 2012 (per l'anno scolastico 2013/2014) e all'anno 2013 (per l'anno scolastico 2014/2015), secondo i seguenti parametri:

- a) con ISEE fino a euro 17.999,99, un contributo fino a un massimo di euro 100,00 mensili per bambino frequentante;
- b) con ISEE da euro 18.000,00 a euro 23.999,99, un contributo fino a un massimo di euro 50,00 mensili per bambino frequentante;
- c) con ISEE da euro 24.000,00 a euro 30.000,00, un contributo fino a un massimo di euro 30,00 mensili per bambino frequentante.

Non sono soggette a rimborso le spese di iscrizione e di refezione scolastica.

Per l'anno scolastico 2013/2014:

- i Buoni scuola sono erogati dai Comuni alle famiglie quale rimborso delle spese dalle stesse già sostenute;

- il contributo massimo riconosciuto alle amministrazioni comunali è fissato in € 295 complessivi per ogni bambino avente diritto; tale limite massimo è fissato in quanto importo già assegnato alle amministrazioni comunali con il Decreto Dirigenziale n. 5781/2013; - non possono aderire all'avviso regionale le amministrazioni comunali già assegnatarie dei contributi di cui al Decreto Dirigenziale n. 5781/2013;

- la misura massima delle risorse da rendere disponibili alle amministrazioni comunali a seguito dell'emanazione dell'avviso regionale è fissata in € 200.000.

Per l'anno scolastico 2014/2015:

- il beneficio dei buoni scuola è riconosciuto attraverso una riduzione del costo sostenuto dalle famiglie per le rette, applicata dai soggetti titolari e/o gestori delle scuole dell'infanzia paritarie;

- il contributo regionale viene assegnato ai Comuni che lo erogheranno ai soggetti titolari e/o gestori delle scuole dell'infanzia paritarie per l'importo pari ai buoni scuola riconosciuti

VENETO

DGR 20.12.13. N. 2578 - Affidamento all'osservatorio regionale politiche sociali, per le annualità 2014-2015, delle attività per l'implementazione del progetto nido in famiglia (dgr n. 1502/11).(BUR n. 19 del 18.2.14)

Note

PREMESSA

La Regione del Veneto, con DGR n. 674/08 e DGR n. 1502/11, ha individuato la tipologia dei servizi Nido in Famiglia idonei ad operare nel territorio regionale.

Al momento attuale sono attivi n. 313 nidi in Famiglia, e idonei ad operare n. 39 Organizzatori e n. 467 Collaboratori Educativi.

La DGR n. 1502/11 ha delineato le Linee Guida "Nido in Famiglia, unità d'offerta educativa, di cura e di socializzazione", tuttora in vigore, che consentono un soddisfacente governo dei servizi per i quali, alcune famiglie hanno l'opportunità di fruire dei Buoni Famiglia, se in possesso dei requisiti e dei criteri individuati con la DGR n. 4252/08.

Con la DGR n. 1404/12 avente per oggetto "Recepimento dell'Intesa del 2.02.2012 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie Locali, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L. 5.06.2003, n. 131, concernente l'utilizzo di risorse da destinare al finanziamento di azioni per le politiche a favore della famiglia", la Giunta Regionale ha disposto, tra le altre, la ripartizione finanziaria così indicata:

S.04 "diffusione servizi per l'infanzia" (% di Comuni con servizi per l'infanzia): DGR n. 674/08 e DGR n. 1502/11 "Nido in famiglia-unità d'offerta educativa, di cura e di socializzazione" € 300.000,00.

Con Atto di Giunta Regionale n. 1623/13, € 96.380,00 sono stati impegnati ed erogati a favore della Azienda ULSS 3 di Bassano del Grappa, affinché provvedesse all'erogazione dei Buoni Famiglia di cui al DDR n. 285/13.

La DGR n. 1623/13 dispone che il rimanente importo della quota riservata, di cui al punto S.04 "diffusione servizi per l'infanzia" della citata DGR n. 1404/12, pari a € 203.620,00, possa essere destinato all'implementazione del Sistema dei Nidi in Famiglia con particolare attenzione alla formazione, all'aggiornamento e alle attività di supporto ai servizi medesimi, già previsti dalla DGR n. 1502/11.

Con provvedimento n. 2077 del 3 agosto 2010, la Giunta Regionale del Veneto ha deliberato di costituire l'"*Osservatorio Regionale Politiche Sociali*", definendone le finalità, gli obiettivi e le funzioni, nonché l'articolazione della Direzione Strategica e i relativi compiti.

IL RUOLO DELL' OSSERVATORIO REGIONALE POLITICHE SOCIALI

Nel Piano Socio-Sanitario Regionale (Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23) viene individuato nell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali uno degli strumenti a supporto della programmazione regionale in quanto organismo che svolge attività di studio, ricerca, documentazione e consulenza sulle problematiche sociali e socio-sanitarie, nonché di gestione ed elaborazione di banche dati tematiche, nell'ottica di ottimizzare il sistema di conoscenze, di monitoraggio e di valutazione degli interventi e delle azioni regionali, anche attraverso lo sviluppo del sistema informativo sociale regionale. Tra le tematiche di studio e di ricerca del citato Osservatorio rientrano, tra le altre, le aree relative a minori e a famiglia.

Una funzione che il medesimo Osservatorio è chiamato a svolgere, riguarda il supporto tecnico-scientifico per l'elaborazione delle politiche sociali e socio-sanitarie regionali, ed ha un'importante funzione di interazione e di supporto rispetto alle strutture regionali nella predisposizione di piani e progetti attuativi in materia sociale e socio-sanitaria.

IL PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 522 del 16 aprile 2013 è stato in particolare approvato il Protocollo di collaborazione 2013/2015 tra la Regione del Veneto e l'Azienda ULSS n. 7 di Pieve di Soligo (TV), e il programma delle attività dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali per l'anno 2013/2014, all'interno delle quali sono previste funzioni di coordinamento di progettualità specifiche, sviluppo e gestione di progetti pilota regionali, percorsi formativi e campagne di sensibilizzazione nonché lo sviluppo del sistema informativo sociale regionale.

IL PROGRTO NIDO IN FAMIGLIA

In questa logica sono incluse le attività correlate al progetto Nido in Famiglia, che rientra nella progettualità più complessiva del Marchio Famiglia, anche in relazione alla istituzione delle Banche dati per l'area tematica "minori, giovani e famiglia".

Viene affidata all'Osservatorio Regionale Politiche Sociali l'attuazione dello sviluppo del progetto Nidi in Famiglia adottando, laddove lo si terrà favorevole, modalità sperimentali inerenti la formazione, il monitoraggio e la comunicazione.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato il programma relativo al supporto all'attività dell'Ufficio Politiche e coordinamento Piani e Programmi per la Famiglia della Regione del Veneto, **Allegato A** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante ed essenziale,

Viene affidato all'Osservatorio Regionale Politiche Sociali la realizzazione delle attività di cui all'**Allegato A**;

Viene impegnata, a favore della Azienda ULSS 7 di Pieve di Soligo (TV), ente incaricato della gestione amministrativo-contabile dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali, la somma di € 203.620,00

DGR 30.12.13, N.2831 - Progetto di percorsi formativi per addetti all'assistenza alla famiglia e di primo soccorso. edizione anno 2014. incarico tramite convenzione all'ulss 13 dolo mirano (art. 30 azioni di politica attiva del lavoro legge regionale 3/2009). (BUR N 19 DEL 10.2.14)

Note

PREMESSA

Da quasi 10 anni l'ULSS 13 Dolo Mirano, con il supporto finanziario della Regione del Veneto, realizza due tipologie di percorsi formativi destinati a persone che intendono sviluppare conoscenze e abilità in ambito socio sanitario:

- il primo percorso è rivolto a quelle persone che si apprestano a svolgere attività di cura e di assistenza alla famiglia (c.d. badanti),
- il secondo invece riguarda attività di primo soccorso (BSL - Basic Life Support) ed è rivolto principalmente a coloro che operano in organizzazioni di volontariato ed istituzionali.

Le motivazioni, che fin dal 2004 hanno spinto a dar vita e a far proseguire negli anni la realizzazione di tali percorsi sono riscontrabili, in particolare per il primo percorso, nella difficoltà per le famiglie di reperire personale veramente esperto nell'accudire ed assistere le persone anziane e non più autosufficienti.

Posto che le famiglie devono poter contare su persone specializzate e adeguatamente formate, risulta perciò importante offrire a chi svolge un ruolo di assistenza alle persone anziane non autosufficienti un adeguato bagaglio di conoscenze e competenze socio sanitarie.

Nel merito, per i percorsi di assistenza alla famiglia, va evidenziato che fino a qualche anno fa le persone che si avvicinavano a questa professione erano per la gran parte lavoratrici straniere entrate nel territorio regionale con il preciso obiettivo di operare nel settore assistenziale come badanti. Oggi invece, perdurando la crisi economica, le persone che si avvicinano a questa professione sono sempre di più lavoratrici venete, mentre è contestualmente in atto una trasformazione del ruolo, che da assistenziale a tempo pieno si va attestando sul recupero della figura della c.d. "dama di compagnia", alla quale vengono richieste conoscenze sanitarie di base e soprattutto buone capacità di relazione e di supporto e accompagnamento nella vita quotidiana dei propri assistiti.

Il secondo percorso relativo alle attività di primo soccorso ha invece come obiettivo l'addestramento e la sensibilizzazione della popolazione interessata, così da prevenire e rispondere prontamente, in qualsiasi ambiente, a esigenze emergenziali di carattere sanitario.

In tale ambito giova ricordare quanto una preparazione adeguata possa risolvere positivamente episodi sanitari che possono rivelarsi mortali come purtroppo accade ad esemplificazione nel mondo sportivo-agonistico.

Negli ambiti di intervento sopra definiti, va rilevato da un lato che L'ULSS 13 Dolo Mirano, nel corso di questi anni, ha dimostrato competenza e maturato un'importante esperienza nell'organizzazione e gestione dei progetti formativi, conseguendo ottimi risultati e, dall'altro lato, che continuano ad essere numerose le richieste, da parte del territorio veneto, di erogazione di percorsi formativi specifici rivolti a tutti coloro che vogliano operare nell'ambito dell'assistenza alla famiglia o delle attività di primo soccorso

L'intervento, che nel tempo è stato rimodulato e aggiornato, è stato finanziato dal 2004 al 2013 per 8 volte coinvolgendo complessivamente oltre 5.000 persone. I percorsi di assistente familiare per essere avviati devono prevedere come minimo 20 iscritti mentre i percorsi di primo soccorso e di aggiornamento dello stesso almeno 5 allievi.

Nel 2013, con la DGR 2648 del 18 dicembre 2012, la Giunta regionale ha finanziato un intervento che ha consentito lo svolgimento di 5 corsi per addetti all'assistenza familiare e complessivamente 53 corsi di primo soccorso, interessando, come da rendicontazione trasmessa e depositata agli atti della Direzione Lavoro, 400 persone nei corsi di addetto all'assistenza e 285 nei corsi di primo soccorso, ben oltre i numeri minimi previsti.

Viene approvata una nuova edizione dell'intervento, che realizzerà l'ULSS 13 secondo quanto già approvato con DGR 2421 del 14 ottobre 2010 e ripetuto anche lo scorso anno con DGR 2648 del 18.12.2012, con i medesimi contenuti e con lo stesso schema di convenzione, vista anche la richiesta di riedizione del progetto presentata dall'Ente in data 3 settembre 2013 protocollo n. 61877 agli atti della Direzione Lavoro.

Come nella passata edizione si chiede pertanto all'ULSS 13 di realizzare i percorsi formativi all'interno del territorio regionale e di realizzare almeno 556 ore di formazione.

Il finanziamento assegnato è pari, come con la DGR 2648/2012, a euro 100.000,00 con i quali l'ULSS 13, realizzerà almeno 5 corsi di formazione per addetti all'assistenza familiare di 32 ore ciascuno, almeno 47 corsi di formazione di primo soccorso (basic life support defibrillation) di 8 ore ciascuno e almeno 5 corsi BLS di aggiornamento, per chi ha già frequentato il predetto corso, di 4 ore ciascuno.

Per il buon esito dell'iniziativa, come nelle passate edizioni del progetto, l'ULSS 13 dovrà porre in essere in aggiunta all'attività formativa anche azioni di politica attiva del lavoro:

- analisi del fabbisogno e raccolta vacancy presso i soggetti interessati (Aziende sanitarie, case di cura e riposo, RSA - Residenza Sanitaria Assistenziale, altri enti, associazioni e aziende);
- individuazione dei soggetti attivi nel reclutamento e selezione del personale interessato;
- preselezione, direttamente e in collaborazione con i soggetti sopraindicati, di addetti all'assistenza familiare nel territorio veneto;

- sportelli di assistenza e informazione per personale proveniente dall'estero e per tutti coloro che hanno interesse a svolgere questa nuova attività;
- gestione rapporti con Regione del Veneto, Province, Comuni, Questure, Aziende sanitarie e altri soggetti;
- analisi dei fabbisogni formativi e formazione del personale nel territorio veneto;
- monitoraggio del progetto;
- diffusione dei risultati.

Preliminarmente all'avvio delle attività, tra l'ULSS 13 e la Regione del Veneto verrà stipulata una apposita convenzione, di cui all'**Allegato A**, che regolerà l'esecuzione delle attività con particolare riferimento agli adempimenti per la realizzazione e la conclusione delle attività, nonché agli aspetti finanziari.

Al termine del progetto l'ULSS 13 presenterà, entro e non oltre 60 gg. dalla chiusura dell'attività programmata per il 2014, una relazione descrittiva delle attività realizzate che consenta di verificare il rispetto dei requisiti sopra indicati e una relazione tecnico-finanziaria corredata da autocertificazione, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, attestante che gli oneri in essa contenuti sono pertinenti all'attività in oggetto. La Direzione regionale Lavoro provvederà ad effettuare la verifica, anche tramite campionamento, delle spese effettivamente sostenute dall'ULSS 13.

Il progetto dovrà iniziare entro il 31.01.2014 e concludersi entro il 30.10.2014, salvo eventuali differimenti stabiliti con decreto del Dirigente Regionale della Direzione Lavoro.

L'erogazione del contributo sarà subordinata alla realizzazione delle attività previste, anche in termini quantitativi, e dei termini per l'avvio e la conclusione delle attività. In caso di attività realizzata parzialmente il contributo verrà ridotto proporzionalmente.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2831 del 30 dicembre 2013 pag. 1/4

SCHEMA DI CONVENZIONE

Tra

La Regione Veneto C.F. 80007580279, di seguito denominata Regione, rappresentata da nato a il in qualità di....., il quale interviene al presente atto in nome e per conto della Regione autorizzato alla sottoscrizione del presente atto con Deliberazione di Giunta Regionale n. del

e

l'ULSS 13 Dolo-Mirano, di seguito denominata ULSS 13, rappresentata da nato a il in qualità di....., il quale interviene al presente atto in nome e per conto dell'Ente stesso.

Premesso

- Che dal 2004 Regione Veneto e ULSS 13 Dolo Mirano collaborano per la realizzazione di azioni finalizzate alla formazione del personale da destinare alle attività di assistenza familiare e per l'attuazione di percorsi formativi di primo soccorso;
- Che le azioni si sono regolarmente svolte con ottimi risultati sia per la formazione del personale da destinare alle attività di assistenza familiare sia per l'attuazione di percorsi formativi di primo soccorso;

Considerato

- Che è interesse della Regione proseguire nelle attività, avvalendosi delle strutture e delle competenze maturate da parte dell'ULSS 13 nel corso di questi ultimi anni;
- Che per tale motivo, con Deliberazione n. del la Regione ha incaricato l'ULSS 13 a realizzare il medesimo progetto di formazione per addetti all'assistenza e di primo soccorso già approvato con DGR n. 3798 del 09.12.2009 e rimodulato con la DGR n. del

Tutto ciò premesso e ritenuto parte integrante del presente atto,

Si conviene e si stipula quanto segue

-

Art. 1 – Oggetto

Oggetto della presente convenzione è la realizzazione e gestione da parte dell'ULSS 13 di un progetto finalizzato all'integrazione dei migranti regolari e alla formazione di operatori da impiegare nell'ambito dell'assistenza familiare e per la formazione destinata al primo intervento, mediante l'insegnamento delle tecniche Basic Life Support (di seguito BLS), secondo quanto previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. del

Le attività dovranno essere rivolte:

- per quanto riguarda l'ambito dell'assistenza familiare, a migranti regolari o a cittadini italiani residenti nel territorio della Regione Veneto;
- per quanto riguarda l'ambito BLS a categorie professionali che per la loro specifica attività, che si svolge in contesti a forte concentrazione di persone, possono più frequentemente trovarsi nella condizione di dover affrontare situazioni di emergenza che necessitano di interventi di primo soccorso rapidi, qualificati ed efficaci (ad esempio, ma non solo, corpi di Polizia municipale, addetti della Protezione Civile, istruttori di attività motorie ecc.).

In particolare l'ULSS 13 è responsabile della realizzazione delle seguenti attività:

- analisi del fabbisogno e raccolta vacancy presso i soggetti interessati (Aziende sanitarie, case di cura e riposo, RSA, altri enti, associazioni e aziende);
- individuazione soggetti attivi nel reclutamento e selezione del personale interessato;
- preselezione, direttamente e in collaborazione con i soggetti sopraindicati, di addetti all'assistenza familiare sia nel territorio veneto e nazionale, che all'estero;
- sportelli di assistenza e informazione per personale proveniente dall'estero per il supporto informativo e amministrativo (permessi di soggiorno, pratiche di assunzione in collaborazione con le istituzioni competenti);
- gestione rapporti con Regione Veneto, Province, Comuni, Questure, Aziende sanitarie e altri soggetti per pratiche finalizzate all'ingresso e all'assunzione del personale proveniente dall'estero;
- analisi dei fabbisogni formativi e formazione del personale, sia nei paesi d'origine che nel territorio veneto;
- monitoraggio del progetto;
- diffusione dei risultati.

Art. 2 - Risorse

L'onere per la realizzazione delle suddette attività è stato quantificato nella misura massima di € 100.000,00=, che verranno trasferiti all'ULSS 13 secondo le seguenti modalità:

- 1° acconto pari al 50% del costo dell'intervento come sopra quantificato, su specifica richiesta dell'ULSS 13 da presentarsi non prima di 30 giorni dalla data di effettivo avvio delle attività;
- 2° acconto pari al 30% del costo dell'intervento al superamento del 50% del percorso;
- Saldo finale a seguito della presentazione delle relazioni conclusive come sotto specificate sulla base delle spese dichiarate, vagliate ed approvate con atto del Dirigente della Direzione Lavoro con riferimento specifico al rispetto delle attività da realizzare e dei parametri di spesa. Per la realizzazione del progetto, sono ammesse le seguenti voci di spesa:

- progettazione dell'intervento;
- costi di personale di sportello;
- docenza;
- tutoraggio;
- materiali didattici;
- costi per il monitoraggio delle attività.

Art. 3 – Gestione delle attività

L'ULSS 13 si impegna a:

- comunicare l'avvio delle attività con almeno tre giorni di anticipo rispetto alla data prevista per l'inizio;
- realizzare almeno n. 5 corsi di formazione per addetti all'assistenza familiare di 32 ore ciascuno, almeno n. 47 corsi di formazione per BLS di 8 ore ciascuno e almeno n. 5 corsi di aggiornamento di

BLS in scadenza di 4 ore ciascuno. La distribuzione delle attività formative potrà essere variata in corso d'opera previa specifica richiesta autorizzata dal Dirigente Regionale della Direzione Lavoro, competente per materia; dovranno comunque essere realizzate complessivamente almeno 556 ore di formazione;

- realizzare le attività di cui sopra all'interno del territorio regionale;
- registrare le attività formative realizzate attraverso l'utilizzo di appositi registri presenza preventivamente vidimati presso la Regione; la tenuta e la compilazione dei registri dovranno avvenire secondo le modalità previste dal Fondo Sociale Europeo;
- destinare alle attività formative e di sportello (compensi docenti, tutor formativi e operatori di sportello e costi riferiti ai materiali didattici), sia a preventivo che a consuntivo, almeno il 50% della spesa complessivamente sostenuta.

In ogni caso, l'attività non dovrà essere finanziata mediante fondi destinati ad attività istituzionali o comunque mediante altri fondi pubblici o privati.

L'ULSS 13 si impegna inoltre a presentare, entro 60 giorni dal termine delle attività:

- una relazione generale sulle attività realizzate;
- una relazione tecnico-finanziaria con indicazione delle spese sostenute, facendo riferimento alla classificazione di cui all'art. 2, corredata da autocertificazione, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, attestante che gli oneri in essa contenuti sono pertinenti all'attività in oggetto. La Direzione regionale Lavoro provvederà ad effettuare la verifica, anche tramite campionamento, delle spese effettivamente sostenute dall'ULSS 13;
- i registri presenza delle attività, debitamente compilati.

Art. 4 - Durata

Le attività di cui all'art. 1 dovranno iniziare entro il 31 gennaio 2014 e dovranno concludersi entro il 30 ottobre 2014.

Le relazioni di cui al precedente art. 3 dovranno essere presentate dall'ULSS 13 alla Regione Veneto – Direzione Lavoro – protocollo.generale@pec.regione.veneto.it entro 60 giorni dalla conclusione delle attività.

Letto, confermato e sottoscritto.

Venezia,

Per la Regione del Veneto Per l'ULSS 13 di Dolo e Mirano

GIOVANI

LOMBARDIA

DGR 7.2.14 - n. X/1340 - Approvazione del bando "Voucher leva civica regionale – Percorsi di cittadinanza attiva per il potenziamento delle opportunità dei giovani" (BUR n. 7 dell'11.2.14)

Note

PREMESSA

Con DGR n. VIII/10923 del 29 dicembre 2009, avente ad oggetto «Accordo di Programma Quadro Nuova Generazione di idee: ulteriori iniziative da attivarsi a favore dei giovani», e vista altresì la d.g.r. n. IX/2508 del 16 novembre 2011 sono state approvate le «Linee di indirizzo per una governance delle politiche giovanili in Lombardia 2012-2015» che prevedono, tra gli asset di intervento, le «Politiche per la responsabilità e la cittadinanza attiva in una dimensione di costruzione e sviluppo del senso di comunità», ponendo tra gli obiettivi a regia regionale la promozione del concetto di legalità attraverso forme di cittadinanza attiva.

«Cittadinanza attiva» e «senso di comunità» sono concetti su cui più volte l'Unione Europea si è espressa invitando gli Stati membri a svolgere delle politiche attive rivolte ai giovani che favoriscano la piena espressione di una cittadinanza europea, fondata sui valori della democrazia e della solidarietà.

L'attuale contesto di crisi occupazionale colpisce in maniera sempre più incisiva i giovani escludendoli dal circuito educativo, formativo o lavorativo, e per i quali, pertanto, risulta necessario e urgente sostenere ed adottare politiche attive di partecipazione, formazione e lavoro.

La Regione Lombardia rivolge da sempre una particolare attenzione ai giovani e al loro coinvolgimento attivo, incentivato attraverso strumenti legislativi innovativi ed una programmazione mirata.

Viene ravvisata, pertanto, la necessità di rafforzare e rilanciare percorsi innovativi in grado di sostenere la partecipazione attiva dei giovani coniugandola ad opportunità di crescita formativa e occupazionale, tenendo conto delle esperienze già consolidate in tema di partecipazione giovanile e in una prospettiva di sviluppo anche in funzione di Expo 2015.

La realizzazione di progetti di cittadinanza attiva attraverso percorsi formativi destinati ai giovani, da svolgersi all'interno degli enti locali lombardi, può rappresentare una concreta modalità di acquisizione di conoscenze e competenze professionali spendibili nel mercato del lavoro, nonché un incentivo alla partecipazione dei giovani alla vita sociale e istituzionale delle comunità locali.

Coerentemente con la finalità sopra descritte e sulla base della positiva esperienza della sperimentazione effettuata lo scorso anno, viene individuato nello strumento della «Leva Civica Regionale» il modello attuativo attraverso il quale sarà possibile per gli enti locali lombardi (Comuni, Unioni di Comuni, Comunità Montane e Consorzi di Comuni) ottenere un contributo per attivare sul proprio territorio progetti sperimentali di Leva Civica destinati ai giovani;

Tali percorsi formativi sono destinati ai giovani di età compresa tra i 18 e i 35 anni, residenti o domiciliati in Lombardia all'atto di presentazione della domanda, individuati dagli enti locali beneficiari del contributo a seguito delle relative procedure pubbliche di selezione dei giovani interessati, i quali potranno così osservare direttamente come vengono gestiti i servizi comunali.

LA DISPOSIZIONE

Viene data concreta attuazione all'iniziativa sopra descritta in attuazione della deliberazione n. VIII/10923 del 29 dicembre 2009 sopra richiamata con l'approvazione del bando «Voucher Leva Civica Regionale - Percorsi di cittadinanza attiva per il potenziamento delle opportunità dei giovani – anno 2014», così come riportato nell'allegato 1), che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

Viene destinato per il finanziamento del bando di cui all'allegato 1) della presente deliberazione l'importo di € 2.000.000,00 per la creazione di percorsi di cittadinanza attiva all'interno delle istituzioni locali e per lo sviluppo di opportunità formative sia a livello di educazione civica che in settori di interesse della comunità stessa, riservando una particolare attenzione al mondo sportivo, secondo quanto espressamente previsto dallo «Schema di Accordo di Programma Quadro per lo sviluppo e il rilancio dello sport in Lombardia» approvato con d.g.r. n. X/668 del 16 settembre 2013.

ALLEGATO 1 BANDO "VOUCHER LEVA CIVICA REGIONALE – PERCORSI DI CITTADINANZA ATTIVA PER IL POTENZIAMENTO DELLE OPPORTUNITA' DEI GIOVANI" – ANNO 2014 1. Finalità dell'intervento

Regione Lombardia intende favorire la partecipazione dei giovani alla vita della comunità locale e sviluppare il senso di responsabilità individuale e collettivo dei giovani. Accanto ai tradizionali temi su cui intervengono le politiche giovanili, la cittadinanza attiva diventa uno strumento importante per la partecipazione dei giovani alla vita sociale quale contributo alla "costruzione del bene collettivo". A tal fine, il presente bando, promuove progetti di cittadinanza attiva attraverso percorsi formativi destinati ai giovani da realizzarsi all'interno degli enti locali lombardi in un'ottica di sostegno e rilancio di percorsi innovativi in grado di coniugare la partecipazione attiva dei giovani ad opportunità di crescita formativa e occupazionale.

L'iniziativa si pone in continuità rispetto agli interventi già realizzati nell'ambito dei progetti già inseriti nell'Accordo di Programma Quadro "Nuova Generazione di Idee" di cui alla D.G.R. n. VIII/10923 del 29 dicembre 2009 e in particolare con l'esperienza del "Voucher di leva civica

regionale” del 2012/2013. Per questa seconda edizione Regione Lombardia ha aggiunto al finanziamento statale anche risorse proprie.

Gli obiettivi che si intendono raggiungere sono:

- ▣ sostenere la creazione o il consolidamento di percorsi ed esperienze di coinvolgimento dei giovani in attività di sperimentazione sul campo dei servizi erogati e delle attività realizzate dalle comunità locali, di acquisizione di competenze nelle istituzioni e di conoscenza del territorio e dei suoi bisogni;
- ▣ rappresentare uno strumento di alternanza studio/lavoro per accrescere le competenze dei giovani e favorire il loro inserimento nel mondo del lavoro.

2. Modello di riferimento

Il modello di riferimento per la realizzazione della presente iniziativa è denominato “Leva Civica Regionale”, quale esperienza di cittadinanza attiva, nonché investimento della comunità lombarda sulle nuove generazioni.

Aderendo al presente bando è possibile per gli enti locali lombardi, secondo le limitazioni e con le modalità di seguito descritte, ottenere un contributo (il cosiddetto voucher leva civica regionale) per attivare sul loro territorio progetti sperimentali di leva civica.

Nello specifico il quadro delle attività di formazione è volto alla certificazione di competenze secondo quanto previsto dal “Quadro Regionale degli Standard Professionali” della Regione Lombardia.

Le azioni dell’intervento dovranno essere finalizzate a:

- ▣ creare iniziative formative nell’ambito degli enti locali che favoriscano la crescita umana e professionale dei giovani attraverso la partecipazione attiva alla vita delle comunità locali;
- ▣ promuovere la collaborazione fra istituzioni sussidiarie orizzontali e verticali nell’organizzazione di iniziative formative in aree d’intervento e servizi rivolti alla persona, con riferimento anche al mondo dello sport;
- ▣ sperimentare, presso gli enti locali, la realizzazione di nuove modalità formative, rivolte alla valorizzazione delle esperienze dei giovani, al riconoscimento e alla certificazione delle competenze acquisite sul campo, anche con riferimento alle professioni sportive;
- ▣ attuare la sperimentazione e valutarne i risultati rispetto ai modelli di coinvolgimento giovanile in percorsi formativi e di certificazione delle competenze già sperimentati dagli enti locali.

3. Soggetti abilitati alla presentazione della domanda

Possono presentare la domanda per l’ottenimento del “voucher leva civica regionale” , previa registrazione utilizzando la procedura on-line, disponibile all’indirizzo web: <https://gefo.servizirl.it/>, i seguenti enti territoriali della Lombardia definiti ai sensi del Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267 “Testo Unico delle leggi sull’ordinamento degli enti locali”:

- ▣ Comuni;
- ▣ Unioni di Comuni;
- ▣ Comunità montane;
- ▣ Consorzi di Comuni.

I progetti presentati dagli enti locali sopra indicati possono essere redatti d’intesa con associazioni sportive, cooperative sociali, organizzazioni di volontariato, scuole e oratori.

4. Risorse disponibili e massimali

Per la concessione del voucher le risorse finanziarie disponibili sono pari a € **2.000.000** a valere sulla dotazione finanziaria derivante dall’Accordo di Programma Quadro “Nuova Generazione di Idee” sottoscritto il 14 dicembre 2007 da Regione Lombardia, Ministero dello Sviluppo Economico e Dipartimento per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive della Presidenza del Consiglio dei Ministri nonché specificamente individuata nell’ambito della D.G.R. n. VIII/10923 del 29 dicembre 2009.

Regione Lombardia riconosce per ciascun progetto avviato del valore di almeno € 6.400 – così come indicato ai successivi punti 6 e 7 - un contributo pari a € 3.900 delle spese ammissibili secondo i massimali previsti nella seguente tabella.

Ente richiedente	Cofinanziamento minimo a carico di ciascun ente per singola posizione	Cofinanziamento regionale per singola posizione	N. massimo di voucher assegnabili	Cofinanziamento regionale massimo erogabile
Comuni fino a 3.000 abitanti	€ 2.500	€ 3.900	1	€ 3.900
Comuni da 3.001 a 15.000 abitanti	€ 2.500	€ 3.900	2	€ 7.800
Comuni da 15.001 a 50.000 abitanti	€ 2.500	€ 3.900	4	€ 15.600
Comuni da 50.001 a 100.000 abitanti	€ 2.500	€ 3.900	6	€ 23.400
Comuni da 100.001 a 500.000 abitanti	€ 2.500	€ 3.900	8	€ 31.200
Comuni oltre 500.001 abitanti	€ 2.500	€ 3.900	16	€ 62.400

IMMIGRATI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 21.1., n. 35 - Assegnazione dello Stato per l'attuazione dei programmi di assistenza per le vittime dei reati ed integrazione sociale degli stranieri. Variazione di bilancio (BUR n. 44 del 12.2.14)

PIEMONTE

DD 17.2.14, n. 36 - Avvisi pubblici per la selezione di partner per la progettazione e realizzazione del progetto regionale "Petrarca 4". (BUR n. 8 del 20.2.14)

Note

PREMESSA

Il Ministero dell'Interno in data 15/01/2014, ha pubblicato l'Avviso per la presentazione di progetti a carattere territoriale finanziati a valere sul Fondo europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi - Azione 1/2013 *Piani regionali per la formazione civico linguistica dei cittadini di Paesi terzi* articolati in due Aree 1) Azioni formative e Servizi mirati e 2) Azioni di supporto gestionale e servizi strumentali.

Il predetto Avviso, in continuità con le progettualità degli anni precedenti, prevede che la Regione proponente possa, in qualità di capofila, costituire un partenariato per la progettazione e, in caso di approvazione da parte del ministero, per la realizzazione del progetto.

Per quanto concerne l'area 1) Azioni formative e Servizi mirati, come previsto dal Ministero, ruolo centrale nell'erogazione dei corsi di formazione civico linguistica è ricoperto dai Centri Territoriali Permanenti.

La Regione, pertanto, ha immediatamente coinvolto l'Ufficio Scolastico Regionale, partner obbligatorio di progetto, al fine di interpellare i CTP piemontesi e valutarne l'interesse ad aderire in qualità di partner al piano regionale, denominato "Petrarca 4".

Tuttavia, considerata l'ampiezza del territorio regionale, al fine di garantire la massima efficienza, diffusione e capillarità dei corsi di formazione civico linguistica, si rende necessario selezionare ulteriori partner che collaboreranno alla progettazione e realizzazione dell'Area 1.

Per quanto concerne l'area 2) Azioni di supporto gestionale e servizi strumentali si rende necessario individuare soggetti per l'assistenza tecnica del progetto.

LA DISPOSIZIONE

Sono approvati i due Avvisi pubblici relativi alla selezione di partner per la messa a punto del Piano regionale per la formazione civico-linguistica dei cittadini dei paesi terzi, denominato Petrarca 4" che la Regione Piemonte intende candidare sull'Azione 1/2013 dell'Avviso del Ministero dell'Interno prot. n. 0240 del 15/01/2014, a valere sul Fondo europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi - Annualità 2013, come risulta dagli allegati a) e b) che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

I suddetti due Avvisi sono pubblicati sul sito della Regione Piemonte – sezione Bandi e finanziamenti e al seguente indirizzo <http://www.regione.piemonte.it/polsoc/index.htm>.

La data di scadenza è fissata il giorno 7 marzo 2014.

Sono nominati per le domande che perverranno una Commissione di valutazione così composta:

- il dirigente del Settore Servizio Civile, Terzo settore ed enti di diritto pubblico e privato, politiche per la famiglia e per i soggetti deboli;
- n. 2 funzionari del Settore Servizio Civile, Terzo settore ed enti di diritto pubblico e privato, politiche per la famiglia e per i soggetti deboli;
- n. 1 istruttore amministrativo del Settore Servizio Civile, Terzo settore ed enti di diritto pubblico e privato, politiche per la famiglia e per i soggetti deboli

All. a

AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PARTNER PER LA PROPOSTA PROGETTUALE "PIANO REGIONALE PER LA FORMAZIONE CIVICO LINGUISTICA DEI CITTADINI DI PAESI TERZI - PETRARCA 4"

AREA AZIONI FORMATIVE E SERVIZI MIRATI

Fondo europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi - Azione 1/2013

Il Ministero dell'Interno in data 15/01/2014, prot. n. 0240 ha pubblicato l'Avviso per la presentazione di progetti a carattere territoriale finanziati a valere sul Fondo europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi - Azione 1/2013 Piani regionali per la formazione civico linguistica dei cittadini di Paesi terzi.

Il testo dell'Avviso e le relative linee guida (A-B-C) sono reperibili sul sito www.interno.it.

Come previsto dal Ministero, ruolo centrale nell'erogazione dei corsi di formazione civico linguistica è ricoperto dai Centri Territoriali Permanenti.

Tuttavia, considerata l'ampiezza del territorio regionale, al fine di garantire la massima efficienza, diffusione e capillarità dei corsi di formazione civico linguistica, la Regione Piemonte ha necessità di selezionare dei partner che collaboreranno alla progettazione dell'Area 1) **Azioni formative e Servizi mirati** e che, se il progetto sarà approvato, la realizzeranno.

Nelle more della definitiva candidatura dei CTP, al momento dell'uscita del presente bando i CTP partner di progetto risultano essere:

Provincia di Asti: CTP di Asti e CTP di Canelli

Provincia Vercelli: CTP di Vercelli

Provincia di Verbania: CTP di Verbania

Provincia di AL : CTP di Acqui terme, CTP di Casale Monferrato e CTP di Alessandria

Provincia di Biella: CTP di Biella

Provincia di Cuneo: CTP di Cuneo e CTP di Saluzzo

Provincia di Novara: CTP di Romentino e CTP di Novara

Torino Città: CTP Castello di Mirafiori, CTP Drovetti, CTP Saba e CTP Croce Morelli

Provincia di Torino: CTP di Grugliasco, CTP di Piossasco, CTP di Settimo T.se

Sono quindi oggetto del bando i territori non coperti dai CTP di cui sopra e specificatamente:

Provincia di Cuneo relativamente al territorio di competenza dei CTP di Alba-Bra e CTP di Mondovì;

Provincia di Novara relativamente al territorio di competenza del CTP di Borgomanero;

Per la Provincia di Torino e per la città di Torino i territori non soddisfatti dai CTP sopra specificati.

Soggetti

I Soggetti ammessi a presentare manifestazione di interesse sono elencati all'art. 4 dell'Avviso ministeriale.

I soggetti che presentano la propria candidatura:

- devono avere esperienza nel campo oggetto del presente Avviso;
- devono avere sede operativa in Piemonte;
- devono esser in possesso della firma digitale ai fini della candidatura

Per ogni territorio provinciale non soddisfatto da CTP verrà selezionato un solo soggetto, ad eccezione della Provincia di Torino per cui verranno selezionati tre soggetti.

Ogni soggetto dovrà indicare l'ambito territoriale per cui si candida a realizzare l'intervento. Non ci si può candidare per più di due ambiti territoriali. Per la Provincia di Torino ci si può candidare al massimo per un ambito territoriale.

Compiti dei partner

Ogni soggetto selezionato diventerà partner della Regione Piemonte nel progetto "Petrarca 4" da candidare, entro la data del 15/03/2014, sul citato Avviso del Ministero dell'Interno.

Ogni soggetto selezionato dovrà:

- provvedere, insieme alla Regione Piemonte, alla messa a punto del progetto esecutivo.

In caso di approvazione del progetto ogni soggetto dovrà:

- coordinarsi con la Regione Piemonte, capofila del progetto;
- rispettare le scadenze previste dalle attività di monitoraggio e valutazione;
- coordinarsi con gli attori coinvolti nel progetto a livello di nodi di rete provinciali;
- coordinarsi con i CTP del territorio di riferimento;
- garantire la realizzazione delle azioni previste e organizzare le attività progettuali di propria competenza;
- farsi carico di tutti i procedimenti amministrativi necessari
- farsi garante della documentazione amministrativa e della rendicontazione del progetto.

Criteri di valutazione e relativi punteggi.

Il punteggio minimo per l'ammissione è di 30 punti.

Criteri indicatori Punteggi

Esperienze nella formazione linguistica

agli stranieri

da 1 a 3 anni

da 4 a 6 anni

più di 6 anni

12

15

20

Progetti sulle tematiche migratorie realizzati negli ultimi 3 anni, esclusi i FEI

da 1 a 3 progetti

da 4 a 6 progetti

più di 6 progetti

6

10

15

Progetti realizzati nell'ambito del Fondo Europeo Integrazione

da 1 a 3 progetti

più di 3 progetti

4

5

Progetti di formazione linguistica per gli stranieri realizzati in partenariato con Scuole, CTP.

da 1 a 3 progetti

più di 3 progetti

5

7

Presenza di sedi dell'ente nel territorio per cui si candida

Si

-

No
3
0

In caso di presentazione di due enti associati la valutazione sarà complessiva.

In seguito alla valutazione delle domande pervenute, si provvederà a stilare una graduatoria per ogni territorio. Verrà selezionato il soggetto che avrà ottenuto il punteggio più alto e, per il territorio di Torino i primi 3 soggetti in graduatoria.

Risorse programmate

Sulla base delle risorse finanziarie previste dall'Avviso ministeriale, la Regione Piemonte intende dedicare una somma, pari ad almeno il 60% del budget, alle azioni previste nell'Area 1) Azioni formative e Servizi mirati.

Tale somma sarà suddivisa tra tutti i soggetti partner previsti per la realizzazione dell'Area 1 e sarà ripartita tra i territori provinciali sulla base delle presenze di immigrati.

Contenuto delle domande e relative modalità di presentazione

Le domande di candidatura, sottoscritte dal legale rappresentante dell'ente proponente, dovranno essere redatte utilizzando il modello 1 "Domanda di candidatura".

Nel caso l'ente abbia natura privata, la domanda di candidatura dovrà risultare in regola con le norme vigenti in materia di imposta di bollo.

Al modello 1 "Domanda di candidatura" dovrà essere allegata, a pena di inammissibilità, copia fotostatica di un documento di identità del legale rappresentante in corso di validità.

Dovrà, altresì, essere allegato:

- CV dell'ente proponente, della lunghezza massima di 2 pagine, riportante le esperienze più significative, anche in relazione ai criteri di valutazione che verranno usati. In caso di partenariato va allegato un CV unico.

Le domande di candidatura, redatte secondo le modalità sopra indicate e i relativi allegati dovranno essere presentati in busta chiusa, recante l'indicazione del mittente e la seguente dicitura:

PROGETTO PETRARCA 4

SELEZIONE PARTNER AVVISO A –

AZIONI FORMATIVE E SERVIZI MIRATI

e pervenire entro e non oltre le ore 12:00 del giorno 7 marzo 2014

(NON fa fede il timbro postale)

all'Ufficio Protocollo della Direzione Politiche Sociali e Politiche per la famiglia

Via Bertola, 34 – 10122 Torino

Torino

Riferimenti:

Chiara Murazzano tel. 0114322703 chiara.murazzano@regione.piemonte.it

Sonia Vono tel. 0114322108 sonia.vono@regione.piemonte.it

Daniela Simone tel. 0114323079 daniela.simone@regione.piemonte.it

MODELLO 1 - DOMANDA DI CANDIDATURA

AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PARTNER PER LA PROPOSTA PROGETTUALE "PETRARCA 4" – AREA 1) "AZIONI FORMATIVE E SERVIZI MIRATI"

Fondo europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi – Azione 1/2013 Piani regionali per la formazione civico linguistica dei cittadini di Paesi terzi.

Alla Regione Piemonte

Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia Settore servizio civile, terzo settore ed enti di diritto pubblico e privato, politiche per la famiglia e per i soggetti deboli

Via Bertola, 34

10122 Torino

Il sottoscritto _____

nato a: _____ (prov) _____ il ___/___/___

residente a _____ (prov.) _____

in qualità di legale rappresentante di _____

avente la seguente natura giuridica _____

avente sede operativa in _____
 Comune _____
 (Prov) _____ cap. _____ tel. _____
 fax _____ e-mail _____
 Codice Fiscale _____ Partita Iva _____
 (dati riferiti all'Ente)

CANDIDA

l'ente che rappresenta all'Avviso pubblico per la selezione di partner relativa all'Area 1) Azioni formative e Servizi mirati nell'ambito della proposta progettuale "PetRARCA 4" per i seguenti ambiti territoriali:

- 1) _____
- 2) _____

Consapevole della sanzione della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., nel caso di dichiarazioni mendaci e formazione di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver preso integralmente visione dell'Avviso pubblico per la selezione di partner per la proposta progettuale "PetRARCA 4" – Area 1) Azioni formative e Servizi mirati;
- di aver presentato la propria candidatura in partenariato con.....

Si allega alla presente:

(si prega di barrare le caselle interessate)

- la copia fotostatica di un documento di identità del legale rappresentante in corso di validità;
- CV dell'ente proponente, della lunghezza massima di 2 pagine, riportante le esperienze più significative, anche in relazione ai criteri di valutazione che verranno usati;
- altro.....

Luogo e data

 Timbro e firma del Legale Rappresentante

 (firma per esteso leggibile)

INFORMATIVA per il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali": i dati sopra riportati sono inerenti al procedimento amministrativo per il quale sono richiesti e verranno utilizzati per tale scopo.

All. b

**AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PARTNER
 PER LA PROPOSTA PROGETTUALE "PIANO REGIONALE PER LA FORMAZIONE
 CIVICO LINGUISTICA DEI CITTADINI DI PAESI TERZI - PETRARCA 4"
 AREA 2) AZIONI DI SUPPORTO GESTIONALE E SERVIZI STRUMENTALI.**

Fondo europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi - Azione 1/2013

Premessa

Il Ministero dell'Interno in data **15/01/2014, prot. n. 0240** ha pubblicato l'Avviso per la presentazione di progetti a carattere territoriale finanziati a valere sul Fondo europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi - Azione 1/2013 Piani regionali per la formazione civico linguistica dei cittadini di Paesi terzi.

Il testo dell'Avviso e le relative linee guida (A-B-C) sono reperibili sul sito www.interno.it.

La Regione Piemonte prevede di candidare il proprio Piano regionale, dando continuità alle progettualità degli anni precedenti, e a tal fine intende individuare partner per la progettazione e, in caso di approvazione ministeriale, per la realizzazione delle attività previste nell'Area 2) limitatamente alle azioni di supporto gestionale.

Le attività da realizzare sono le seguenti:

- a) supporto alla governance e gestione amministrativo-contabile del progetto
- b) monitoraggio quali-quantitativo e valutazione del progetto secondo le modalità previste dal Ministero e dal partenariato

Soggetti

-

I Soggetti ammessi a presentare manifestazione di interesse sono elencati all'art. 4 dell'Avviso ministeriale.

I soggetti interessati possono candidarsi per la realizzazione di una o di entrambe le suddette attività e devono avere esperienza nel campo oggetto del presente Avviso.

Ogni soggetto selezionato diventerà partner della Regione Piemonte nel progetto "Petrarca 4" da candidare, entro la data del 15/03/2014, sul citato Avviso del Ministero dell'Interno.

Ogni soggetto selezionato dovrà:

- provvedere, insieme alla Regione Piemonte, alla messa a punto del progetto esecutivo.

In caso di approvazione del progetto ogni soggetto dovrà:

– garantire la collaborazione con la Regione Piemonte anche relativamente alle azioni di coordinamento con i componenti dei Nodi di rete territoriale già istituiti con le precedenti edizioni del progetto;

– garantire il supporto/accompagnamento ai partner di progetto;

– assicurare il rispetto di tutte le procedure per l'attuazione del progetto.

A) Criteri di selezione dei partner che si candidano per l'Attività a) supporto alla governance e gestione amministrativo-contabile del progetto

Il punteggio minimo per l'ammissione è di 30 punti

Criteri sottocriteri indicatori Punteggi

Numero progetti da 1 a 3 progetti

più di 3 progetti

7

10

Progetti realizzati nell'ambito del Fondo Europeo Integrazione

Media dei budget Fino a 200.000 €

Da 200.001 € a 500.000 €

Oltre 500.000€

10

15

18

Numero progetti

da 1 a 3 progetti

più di 3 progetti

5

7

Progetti sulle tematiche migratorie realizzati negli ultimi 3 anni (esclusi i FEI)

Media dei budget

Fino a 200.000 €

Da 200.001 € a 500.000 €

Oltre 500.000€

5

7

10

Progetti realizzati in collaborazione con soggetti pubblici

Numero progetti da 1 a 3 progetti

più di 3 progetti

3

5

In seguito alla valutazione delle domande pervenute, si provvederà a stilare una graduatoria e verrà selezionato il soggetto con il punteggio più alto.

B) Criteri di selezione dei partner che si candidano per l'Attività b) monitoraggio qualitativo e valutazione del progetto secondo le modalità previste dal Ministero e dal partenariato

Il punteggio minimo per l'ammissione è di 30 punti

Esperienza nella valutazione di progetti sulle tematiche migratorie realizzati negli ultimi 3 anni

Numero progetti da 1 a 3 progetti

più di 3 progetti

-

15

25

Progetti realizzati nell'ambito del Fondo Europeo Integrazione

Numero progetti da 1 a 3 progetti

più di 3 progetti

10

15

Esperienza nella valutazione di progetti di enti pubblici e locali

Numero progetti da 1 a 3 progetti

più di 3 progetti

5

10

In seguito alla valutazione delle domande pervenute, si provvederà a stilare una graduatoria e verrà selezionato il soggetto con il punteggio più alto.

Risorse programmate

Sulla base delle risorse finanziarie previste dall'Avviso ministeriale, la Regione Piemonte intende dedicare una somma, pari ad almeno il 10% del budget, a tutte le azioni previste nell'Area 2)

Azioni di supporto gestionale.

Tale somma sarà suddivisa tra tutti i soggetti partner previsti per la realizzazione dell'Area 2).

Contenuto delle domande e relative modalità di presentazione

Le domande di candidatura, sottoscritte dal legale rappresentante dell'ente proponente, dovranno essere redatte utilizzando il modello 1 "Domanda di candidatura".

Nel caso l'ente abbia natura privata, la domanda di candidatura dovrà risultare in regola con le norme vigenti in materia di imposta di bollo.

Al modello "Domanda di candidatura" dovrà essere allegata, a pena di inammissibilità, copia fotostatica di un documento di identità del legale rappresentante in corso di validità.

Dovrà, altresì, essere allegato:

- CV dell'ente proponente, della lunghezza massima di 2 pagine, riportante le esperienze più significative, anche in relazione ai criteri di valutazione che verranno usati.

Le domande di candidatura, redatte secondo le modalità sopra indicate e i relativi allegati dovranno essere presentati in busta chiusa, recante l'indicazione del mittente e la seguente dicitura:

PROGETTO PETRARCA 4

SELEZIONE PARTNER AVVISO B –

AZIONI DI SUPPORTO GESTIONALE

(Specificando se ci si candida per l'attività a) supporto alla governance e gestione amministrativo-contabile del progetto e/o per l'attività b) monitoraggio quali-quantitativo e valutazione del progetto secondo le modalità previste dal Ministero e dal partenariato)

e pervenire entro e non oltre le ore 12:00 del giorno 7 marzo 2014

(NON fa fede il timbro postale)

all'Ufficio Protocollo

della Direzione Politiche Sociali e Politiche per la famiglia Via Bertola, 34 - Torino

Torino

Riferimenti:

Chiara Murazzano tel. 0114322703 chiara.murazzano@regione.piemonte.it

Sonia Vono tel. 0114322108 sonia.vono@regione.piemonte.it

Daniela Simone tel. 0114323079 daniela.simone@regione.piemonte.it

MODELLO 1 - DOMANDA DI CANDIDATURA

AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PARTNER PER LA PROPOSTA

PROGETTUALE "PIANO REGIONALE PER LA FORMAZIONE CIVICO LINGUISTICA DEI CITTADINI DEI PAESI TERZI -PETRARCA 4"

AREA "AZIONI DI SUPPORTO GESTIONALE E SERVIZI STRUMENTALI"

Fondo europeo per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi – Azione 1/2013 -

Alla Regione Piemonte

Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia Settore servizio civile, terzo settore

ed enti di diritto pubblico e privato, politiche per la famiglia e per i soggetti deboli Via Bertola, 34

10122 Torino

Il sottoscritto _____

nato a: _____ (prov) _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ (prov.) _____

in qualità di legale rappresentante di _____

avente la seguente natura giuridica _____

avente sede operativa in _____

Comune _____

(Prov) _____ cap. _____ tel. _____

fax _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____ Partita Iva _____

(dati riferiti all'Ente)

CANDIDA

l'ente che rappresenta all'Avviso pubblico per la selezione di partner relativa all'Area 2) Azioni di supporto gestionale e servizi strumentali, e specificatamente per le attività di:

a) supporto alla governance e gestione amministrativo-contabile del progetto

b) monitoraggio quali-quantitativo e valutazione del progetto secondo le modalità previste dal Ministero e dal partenariato

Consapevole della sanzione della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., nel caso di dichiarazioni mendaci e formazione di atti falsi,

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver preso integralmente visione dell'Avviso pubblico per la selezione di partner per la proposta progettuale "Petrarca 4" – area 2) Azioni di supporto gestionale e servizi strumentali;

- di aver presentato la propria candidatura in partenariato con.....

Si allega alla presente:

(si prega di barrare le caselle interessate)

la copia fotostatica di un documento di identità del legale rappresentante in corso di validità;

CV dell'ente riportante le esperienze più significative, anche in relazione ai criteri di valutazione che verranno usati. In caso di partenariato va allegato un CV unico;

CV delle professionalità di cui l'ente intende avvalersi competenti in materia di monitoraggio e metodologie di valutazione (ogni CV dovrà essere della lunghezza massima di 2 pagine). In caso di partenariato ogni ente allega i CV delle proprie professionalità;

altro.....

Luogo e data

Timbro e firma del Legale Rappresentante

(firma per esteso leggibile)

INFORMATIVA per il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali": i dati sopra riportati sono inerenti al procedimento amministrativo per il quale sono richiesti e verranno utilizzati per tale scopo.

MINORI

SICILIA

DASS 7.11.13 - Istituzione del Team regionale per l'infanzia e l'adolescenza-T.R.I.A. (bur N. 7 DEL 14.2.13)

Art. 1

È istituito, per le finalità di cui in premessa, il “Team regionale per l’infanzia e l’adolescenza – T.R.I.A.” con sede in Palermo, presso l’Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro, via Trinacria nn. 34-36.

Art. 2

Il “Team regionale per l’infanzia e l’adolescenza – T.R.I.A.”, presieduto dall’Assessore per la famiglia, le politiche sociali e il lavoro, o da un suo delegato, è così composto:

- dirigente generale del Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali;
- dirigente generale del Dipartimento pianificazione strategica;
- prefetto di Palermo;
- direttore del centro per la giustizia minorile della Sicilia;
- presidente del tribunale per i minorenni di Palermo;
- direttore dell’Ufficio scolastico regionale per la Sicilia.

I componenti designati potranno formalmente delegare un proprio sostituto alla partecipazione delle relative sedute.

Fanno parte del T.R.I.A., in qualità di esperti:

- don Fortunato Di Noto;
- dott.ssa Mirella Agliastro;
- dott.ssa Francesca Balsamo;
- dott. Alessio Fasulo.

La partecipazione al Team regionale per l’infanzia e l’adolescenza è a titolo gratuito e non è previsto alcun rimborso spese.

Art. 3

Le funzioni di segreteria saranno espletate dal servizio 6° - Politiche familiari, giovanili e per la tutela dei minori del Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali.

NON AUTOSUFFICIENTI

ABRUZZO

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA - 20/01/2014 - N° 02 Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni in residenze sanitarie assistenziali (RSA) erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l’anno 2014 Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni in residenze sanitarie assistenziali (RSA) erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l’anno 2014. (BUR n. 6 del 12.2.14)

Note

Viene ravvisata la necessità di procedere in tempo utile alla definizione dei tetti di spesa programmati per l’acquisto delle prestazioni sanitarie in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l’anno 2014.

La definizione dei summenzionati tetti di spesa va effettuata per singola struttura.

I citati tetti di spesa sono stabiliti con riferimento all’acquisto delle prestazioni sanitarie in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) da erogare in favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo.

Condizione necessaria per l’esercizio del potere di fissazione dei tetti di spesa per l’acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati è la concreta individuazione delle somme che la Regione ha a disposizione per tali finalità.

L’art. 17 comma 1 lett. a) del D.L. 6 luglio 2011 n°98, convertito – con modificazioni – in Legge 15 luglio 2011 n°11 prevede che le Regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati.;

La definizione dei tetti di spesa, in relazione al fabbisogno regionale accertato di cui al decreto commissariale n. 52 dell’11.10.2012, deve ragionevolmente essere effettuata sulla base della capacità produttiva massima di ciascuna struttura, in base ai posti letto provvisoriamente accreditati,

calcolata con le modalità indicate nella L.R.31.03.2008 n°5 recante “Piano Sanitario Regionale 2008/2010.

I citati tetti di spesa – di cui nell’allegato 1 “Tetti di spesa” sono stabiliti in base al criterio corrispondente al tasso di occupazione del 95% dei posti letto presenti all’interno di ciascuna struttura residenziale definito ex ante sulla base di parametri valutativi che contemplano, in via generale ed astratta, le dinamiche relative all’occupazione delle strutture con riferimento al tasso di occupazione medio delle medesime strutture, coerentemente alle previsioni contenute nel § 5.2.7.2.6 del menzionato PSR 2008/2010.

Si procede alla definizione di uno schema contrattuale uniforme da sottoscrivere tra la Regione Abruzzo, le quattro Aziende UUSLL insistenti nel territorio regionale e le strutture provvisoriamente accreditate.

Viene dato atto che le strutture private erogatrici di prestazioni nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), con le quali si procede alla negoziazione, sono quelle provvisoriamente accreditate operanti sul territorio all’atto dell’emanazione della L.R.31.07.2007 n° 32, ai sensi dell’art. 12 della stessa.

Viene autorizzato il tetto di spesa complessivo relativo all’annualità 2014 per le prestazioni sanitarie rese nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo nella misura di € 17.935.436,00 (Euro diciassettemilioni novecentotrentacinquemila quattrocentotrentasei/00), così come ripartito tra le strutture private di cui all’allegato 1 “Tetti di spesa”.

Viene approvato lo schema di contratto negoziale di cui all’allegato 2 “Schema contrattuale”, per le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture private provvisoriamente accreditate.

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA - 20/01/2014 - N° 03 - Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni in residenze assistenziali (RA) erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l’anno 2014. (BUR n. 6 del 12.2.14)

Note

Viene dato atto che le strutture private erogatrici di prestazioni nelle Residenze Assistenziali (RA), con le quali si procede alla negoziazione, sono quelle provvisoriamente accreditate operanti sul territorio all’atto dell’emanazione della L.R.31.07.2007 n° 32, ai sensi dell’art. 12 della stessa.

Viene autorizzato il tetto di spesa complessivo relativo all’annualità 2014 per le prestazioni sanitarie rese nelle Residenze Assistenziali (RA) in favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo nella misura di € 14.562.343,00 (Euro quattordici milioni cinquecento sessantaduemila trecentoquarantatre/00), così come ripartito tra le strutture private di cui all’allegato 1 “Tetti di spesa”.

Viene approvato lo schema di contratto negoziale di cui all’allegato 2 “Schema contrattuale” per le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture private provvisoriamente accreditate.

Note

Viene dato atto che le strutture private erogatrici di prestazioni nelle residenze sanitarie psicosociali, con le quali si procede alla negoziazione, sono quelle provvisoriamente accreditate operanti sul territorio all’atto dell’emanazione della L.R. 31.07.2007 n° 32, ai sensi dell’art. 12 della stessa.

Il tetto massimo di spesa che la Regione Abruzzo può sostenere per l’acquisto di prestazioni di assistenza sanitaria in residenze psicosociali per l’anno 2014 in favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo è di Euro 15.935.763,34.

Viene approvato lo schema di contratto negoziale di cui all’allegato 2 “Schema contrattuale” da sottoporre alla sottoscrizione per l’acquisto di prestazioni sanitarie di psicosocializzazione, per il periodo dal 01.01.2014 al 31.12.2014, dalle seguenti strutture private provvisoriamente accreditate:

- Società Villa Serena – Città S. Angelo (PE)
- Società Passaggi – Carsoli (AQ)
- Società il Castello – Anversa degli Abruzzi (AQ)

- Fondazione Padre Alberto Mileno – Vasto (CH)
- Società Quadrifoglio – Rosello (CH)
- Società Villa Pini d’Abruzzo - Chieti

Viene fissata la data del 31 marzo 2014 come termine ultimo per la sottoscrizione di tutti gli accordi contrattuali relativi alle strutture sanitarie di psicoriabilitazione, anche a seguito di eventuale fase di interlocuzione.

Con riferimento agli erogatori privati non intenzionati a sottoscrivere il contratto proposto, non potranno essere erogate a nessun titolo prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale dalla data della mancata stipula del suddetto accordo e verrà data formale comunicazione, ai sensi degli artt. 7 e 8 della Legge 241/1990 e ss. mm. ii., di avvio del procedimento di sospensione dell’accreditamento per effetto dell’art. 8 quinquies, comma 2 quinquies del D. Lsg. 30.12.1992 n° 502 e ss. mm. ii..

Le prestazioni eventualmente erogate nelle more del termine fissato con il presente provvedimento in ordine alla stipula del contratto e che non venissero ricoperte con la sottoscrizione del contratto di che trattasi - che ha decorrenza giuridica a partire dal 01.01.2014 – ove ne venisse accertata da parte del Servizio Sanitario Regionale l’effettiva utilità ricevuta, verranno indennizzate nella misura del 90% delle tariffe stabilite con Deliberazione di Giunta Regionale n°877 del 03.10.2001- nelle more dell’adozione delle nuove tariffe - fatto salvo il diritto del privato interessato di far valere e dimostrare una diversa misura ai sensi dell’art. 2041 del c.c..

PIEMONTE

DGR 27.1.14, n. 5-7035 - Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza. (BUR n. 7 del 13.2.14)

Note

PREMESSA

: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 DGR 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.

Fino al 31.12.2013 il sistema delle cure domiciliari è stato 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 appositi stanziamenti di bilancio;
- C) risorse provenienti dal Fondo Sanitario Regionale per prestazioni riconducibili ai LEA (50% costo OSS);
- D) risorse regionali assegnate alle ASL per prestazioni sanitarie aggiuntive e come tali erogate e contabilizzate dalle ASL stesse.

LA SITUAZIONE ATTUALE

Viene preso atto delle osservazioni presenti nel verbale del “Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali” congiuntamente al “Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza” del 13 novembre 2013 nella quale si rileva come non sia più possibile sostenere spese per prestazioni aggiuntive, di cui al precedente punto D), rispetto a quanto previsto dal D.P.C.M. 22 novembre 2001.

Con provvedimento n. 25-6992 del 30 dicembre 2013 la Giunta regionale ha approvato i Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni con legge n. 135/2012.

LE CONSEGUENZE

Risulta indifferibile ed urgente ottemperare agli adempimenti richiesti dai Programmi Operativi su richiamati e, rivestendo carattere d'urgenza, garantire la continuità delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti.

LA CONFERMA DEGLI IMPEGNI

Fino al 31 dicembre 2013, il sistema delle cure domiciliari ha affiancato le prestazioni sanitarie previste dal citato D.P.C.M. 22 novembre 2001, implementando l'offerta di servizio con prestazioni socio-sanitarie non riconducibili alle previsioni del decreto stesso

Viene ribadito l'impegno di mantenere il sostegno alle famiglie con a carico persone non autosufficienti, promuovendo e sviluppando i servizi di assistenza domiciliare come principale risposta, al fine di evitare o rimandare l'inserimento in struttura residenziale con il conseguente distacco dal contesto familiare e sociale della persona.

IL RUOLO DELLE ASL

In base alla DGR n. 26-6993 del 30.12.2013 è stato previsto che le Aziende Sanitarie Locali possano gestire, mediante delega stabilita da accordi stipulati in sede locale, l'erogazione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza per la parte di rilevanza sociale ferma restando la titolarità sanitaria della presa in carico congiunta della persona non autosufficiente nelle competenti Unità di Valutazione.

NB

I predetti accordi debbono essere predisposti entro e non oltre il 31 gennaio 2014.

LE MODALITÀ DI FINANZIAMENTO

Al fine del mantenimento delle prestazioni domiciliari di lungoassistenza indicate in premessa, viene disposta una diversa modalità di finanziamento delle stesse e precisamente:

A) risorse statali stanziare attraverso il Fondo per le non autosufficienze assegnate ai Soggetti individuati dagli accordi previsti in base alla DGR 26-6993/2013 in base ai criteri individuati dalla DGR 39-11190/2009 e dalla DGR 56-13332/2010;

B) risorse regionali assegnate agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per i servizi domiciliari con appositi stanziamenti di bilancio;

C) risorse provenienti dal Fondo Sanitario Regionale per prestazioni riconducibili ai LEA (50% costo OSS);

D) risorse regionali aggiuntive assegnate agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali o ai Soggetti individuati dagli accordi previsti dalla DGR 26-6993/2013 in base al criterio della spesa storica risultante dalla rilevazione effettuata dai competenti uffici della Direzione Politiche Sociali congiuntamente alla Direzione Sanità.

Il 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 quantifica in euro 52.000.000,00 le risorse relative alle lettere B) e D), di cui 17.000.000,00 relative alla lettera B) e 35.000.000,00 relative alla lettera D);

Viene destinata la somma di euro 35.000.000,00 di cui al precedente punto D), al fine di garantire la continuità delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti.

LA DISPOSIZIONE

A seguito di verifica contabile sono quantificate in euro 29.879.570,55 le risorse per l'anno 2014 assegnabili agli ambiti territoriali corrispondenti alle ASL del Piemonte per garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza, sulla base degli esiti della rilevazione della spesa sostenuta dalle ASL nell'anno 2013

NB

E' rimandata a successivi provvedimenti del Direttore regionale delle Politiche Sociali l'effettiva assegnazione delle somme a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali o dei Soggetti individuati dagli accordi previsti dalla DGR 26-6993/2013.

BOLZANO

DGP 4.2.14, n. 117 Aumento dell'importo dell'assegno di cura mensile del primo livello per l'assistenza alle persone non autosufficienti, di cui all'articolo 8, comma 2, lettera a), legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9. (BUR n. 7 del 18.2.14)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge provinciale del 12.10.2007, n. 9 "Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti"; L'articolo 1, comma 5 della legge sopra citata il quale dispone che l'indennità di accompagnamento di cui all'articolo 3, comma 1, punto 6), della legge 21 agosto 1978, n. 46 e successive modifiche sia computata nell'assegno di cura per l'assistenza alle persone non autosufficienti.

L'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico, istituita con legge provinciale n. 11/2009, gestisce a decorrere dal 01 gennaio 2011, gli interventi in materia di previdenza integrativa e di assistenza ai non autosufficienti; tra cui anche la gestione del fondo di assistenza ai non autosufficienti e la relativa liquidazione dell'assegno di cura.

Con la circolare n. 7 del 17 gennaio 2014 l'INPS ha comunicato che l'indennità di accompagnamento per invalidi civili è stata incrementata per l'anno 2014 a €. 504,07 al mese.

LA DISPOSIZIONE

A seguito dell'avvenuto incremento dell'indennità di accompagnamento sopra richiamato la Giunta provinciale ravvisa la necessità di aumentare ad euro 547,00 l'importo dell'assegno di cura mensile relativo al primo livello, di cui all'articolo 8, comma 2, lettera a), della legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9, affinché l'indennità di accompagnamento possa essere interamente ricompresa nella prestazione per l'assistenza alle persone non autosufficienti. L'indennità di accompagnamento viene erogata per 13 mensilità, mentre l'assegno di cura per 12. Quindi moltiplicando l'importo di euro 504,07 per 13 mensilità e dividendolo per 12, risulterà un importo mensile di euro 546,08 da arrotondare all'unità di Euro superiore per un importo mensile di Euro 547,00.

DGP 28.1.14, n. 73 - Criteri per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, dell'erogazione dell'assegno di cura e dell'amministrazione del fondo per la non autosufficienza - Revoca delle deliberazioni della Giunta n. 1059 del 14 aprile 2009 e n. 346 del 28 febbraio 2011 la legge provinciale del 12.10.2007, n. 9 "Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti". (BUR n. 7 del 18.2.14);

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

DGP del 14 aprile 2009, n. 1059 con la quale sono stati approvati i criteri e le modalità di erogazione delle prestazioni del fondo di assistenza ai non autosufficienti nonché le modalità di gestione del fondo stesso;

Legge provinciale 22 dicembre 2009, n. 11, con la quale è stata istituita l'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico della Provincia autonoma di Bolzano, di seguito definita ASSE.

l'ASSE gestisce a decorrere dall'1 gennaio 2011, gli interventi in materia di previdenza integrativa e di assistenza ai non autosufficienti; tra cui anche la gestione del fondo per l'assistenza ai non autosufficienti e la liquidazione dell'assegno di cura.

DGP del 28 febbraio 2011, n. 346 con la quale sono stati definiti i nuovi criteri per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

DGP del 18 novembre 2013, n. 1744 con la quale sono stati approvati i criteri per la determinazione delle rette nelle case di riposo e centri di degenza, determinando nel contempo sostanziali modifiche nelle procedure di erogazione dell'assegno di cura alle persone non autosufficienti ospitate nelle residenze per anziani.

LA DISPOSIZIONE

Sono riuniti in un unico testo i criteri per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza e quelli per l'erogazione delle prestazioni del fondo di assistenza ai non autosufficienti e la gestione del fondo stesso al fine di garantire maggiore chiarezza, uniformità e trasparenza, nonché adeguare la disciplina alle recenti modifiche regolamentari; visto gli allegati "Criteri per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, l'erogazione dell'assegno di cura e l'amministrazione del fondo per la non autosufficienza" che costituiscono parte integrante della presente deliberazione;

sono approvati gli allegati "Criteri per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, l'erogazione dell'assegno di cura e l'amministrazione del fondo per la non autosufficienza" che

2. di revocare le proprie deliberazioni del 14 aprile 2009, n. 1059, "Criteri e modalità di erogazione delle prestazioni del fondo per l'assistenza ai non autosufficienti e di gestione del fondo stesso" e 28 febbraio 2011, n. 346 "Criteri di riconoscimento dello stato di non autosufficienza".

Criteri per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, l'erogazione dell'assegno di cura e l'amministrazione del fondo per la non autosufficienza

Articolo 1

1. Il presente regolamento disciplina i criteri per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, per l'erogazione dell'assegno di cura e l'amministrazione del fondo per la non autosufficienza ai sensi della legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9, recante "*Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti*", di seguito denominata "legge sulla non autosufficienza".

Capo I

Accertamento dello stato di non autosufficienza e definizioni

Articolo 2

Requisiti di base ed accertamento del fabbisogno di cura e di assistenza

1. L'accertamento del fabbisogno di cura e di assistenza è condotto qualora il richiedente sia in possesso dei seguenti requisiti base:

- a) almeno una diagnosi di malattia/disabilità rilevante ai fini della non autosufficienza;
- b) una limitazione funzionale, che derivi da essa, in almeno uno dei settori di cui a questo articolo 2, comma 4, lettere da a) ad e);
- c) il deficit funzionale deve essere rilevante e permanente.

2. La sussistenza dei requisiti base di cui al comma 1 va attestata con un certificato rilasciato dal medico di medicina generale competente, emesso da non più di tre mesi. Qualora il certificato medico non attestasse la presenza dei requisiti di cui al comma 1, la Ripartizione Politiche sociali, Servizio per la valutazione della non autosufficienza, informa per iscritto la persona richiedente del rigetto e dell'archiviazione della domanda.

3. La diagnosi deve rilevare anche delle limitazioni funzionali non compensabili con gli ausili tecnici forniti dal servizio sanitario, e che costringano la persona interessata ad avvalersi dell'aiuto di terzi in modo continuativo per svolgere le proprie attività quotidiane. Tali limitazioni funzionali devono interessare almeno uno dei seguenti ambiti:

- a) apparato muscolo-scheletrico e locomotorio
- b) organi interni
- c) organi sensoriali
- d) sistema nervoso centrale
- e) capacità psichiche o cognitive.

4. L'unità di valutazione richiede agli operatori dei servizi sociali e sanitari informazioni integrative, che possano essere utili per la valutazione.

5. Un fabbisogno permanente di aiuto sussiste nei casi in cui, per effetto delle limitazioni funzionali, le condizioni della persona interessata perdurino da più di sei mesi, o se è prevedibile che perdurino per più di sei mesi.

6. Un fabbisogno di aiuto *regolare* da parte di terzi sussiste quando tale aiuto dev'essere fornito, in modo ricorrente, almeno una volta al mese.

7. Il fabbisogno d'aiuto nelle attività della vita quotidiana è rilevato in unità di tempo (ore e minuti). È riconosciuto come fabbisogno di cura e di assistenza il tempo nel quale non è possibile svolgere contemporaneamente altre attività.

8. Il fabbisogno d'aiuto per ciascuna attività è riconosciuto all'interno di una fascia temporale predefinita nell'allegato A. Qualora l'assistenza realmente prestata sia inferiore al livello minimo

di tale fascia, il fabbisogno d'assistenza non è riconosciuto. Qualora venga superato il livello massimo della fascia predefinita, viene comunque riconosciuto il livello massimo.

9. Quando il fabbisogno riconosciuto nei 5 ambiti dell'assistenza di base supera i 1.000 minuti, per la gestione delle attività domestiche viene riconosciuto un massimo di 210 minuti. Se nei 5 ambiti dell'assistenza di base si accerta un fabbisogno di almeno 735 minuti fino ad un massimo di 1.000 minuti alla settimana, allora il fabbisogno rilevato nella gestione delle attività domestiche viene riconosciuto in misura pari alla metà e quindi fino ad un massimo di 105 minuti alla settimana.

10. Per le persone che percepivano l'assegno di cura alla data del 28.02.2011, nelle visite di verifica si applica la regola in vigore prima della citata data. Per la gestione delle attività domestiche viene riconosciuto un massimo di 210 minuti solo se nei restanti 5 ambiti dell'assistenza di base si accerta un fabbisogno maggiore di 420 minuti alla settimana.

11. Per le persone che percepivano l'assegno di cura alla data del 01.12.2011 vengono riconosciute, nell'ambito delle visite di verifica effettuate dal 1.12.2011, 20 ore aggiuntive al mese.

12. Il fabbisogno di cura e assistenza s'intende rilevante se ammonta, in media settimanale, a più di due ore giornaliere di cura e di assistenza riconosciuta.

Articolo 3

1. L'assistenza può assumere le seguenti forme:

- a) accompagnamento, nel caso in cui la persona non autosufficiente necessiti, a causa di limitazioni fisiche, sensoriali o psico-cognitive, della presenza fisica di un accompagnatore;
- b) istruzioni per lo svolgimento di determinate attività, nel caso in cui la persona che assiste debba fornire indicazioni, non solo sollecitando un'azione, ma guidandola e spronando la persona assistita ad eseguirla;
- c) sorveglianza e controllo nello svolgimento di determinate attività, in modo che le azioni quotidiane possano essere eseguite dalla stessa persona assistita in modo adeguato e nel rispetto dei criteri di sicurezza;
- d) aiuto o sostegno nello svolgimento di determinate attività, per conservare e stimolare le capacità residue della persona assistita, e per aiutarla a recuperare capacità perdute; nell'aiuto rientra anche l'istruzione della persona non autosufficiente all'uso corretto degli ausili tecnici;
- e) assolvimento parziale o totale di determinate attività da parte della persona che assiste, la quale si sostituisce del tutto o in parte alla persona assistita nell'esecuzione di determinate azioni quotidiane, che la persona non autosufficiente non è in grado di svolgere.

Articolo 4

1. Si considera "curante principale" la persona che provvede più di ogni altra ad assistere e curare la persona non autosufficiente.

2. "Persone di riferimento" sono tutti coloro che stanno a stretto contatto con la persona non autosufficiente, come ad esempio familiari, amici o vicini di casa.

3. Le "persone assistenti" sono tutti coloro che collaborano alla cura e all'assistenza della persona non autosufficiente.

4. I "familiari curanti" sono i parenti che prestano assistenza e che, insieme, costituiscono la "rete" assistenziale familiare.

5. Gli "operatori dell'assistenza" sono tutti coloro che, in virtù di una formazione specifica, assistono la persona non autosufficiente.

Articolo 5

1. Le attività della vita quotidiana rilevanti ai fini della valutazione del fabbisogno d'assistenza, di cui alla legge sulla non autosufficienza, sono le seguenti:

a) settore dell'alimentazione:

- - assunzione di un pasto principale
- Spuntino
- assunzione di liquidi
- - preparazione e somministrazione di alimentazione entrale
- somministrazione di medicinali

b) settore dell'igiene personale:

- - igiene del corpo, doccia, bagno
- igiene intima
- cura dei denti e igiene orale

- Pettinatura
- cura del viso
- cura del corpo, frizione, incrematura, cura delle unghie
- - profilassi antipolmonite e –trombosi
- controllo dei parametri vitali
- c) settore funzioni escretorie:
 - minzione ed evacuazione
 - - cambio e smaltimento degli assorbenti, compresa l'igiene intima
 - cambio e smaltimento dei pannoloni a persone con incontinenza urinaria e fecale, compresa l'igiene intima
 - assistenza alla persona stomatizzata (uro- e colostomia)
- d) settore della mobilità:
 - alzarsi, coricarsi
 - - vestirsi e svestirsi completamente
 - vestire e svestire il busto o gli arti inferiori
 - deambulazione o mobilità per svolgere un'attività
 - trasferimento (p.es. dal letto alla sedia/carrozzella)
 - Posizionamento
 - lasciare e raggiungere l'abitazione
 - esercizi di mantenimento e movimento
- e) settore della vita psico-sociale:
 - sorveglianza continua o interventi
 - comunicazione e rapporti sociali
 - occupazione e gestione della giornata
- f) settore dell'economia domestica:
 - fare la spesa
 - cucinare e preparare i pasti
 - pulizia dell'abitazione
 - lavaggio delle stoviglie
 - cambio e lavaggio di indumenti e della biancheria
 - riscaldamento dell'abitazione
 - - disbrigo di commissioni
 - - attività organizzative in strutture residenziali.

Articolo 6

Livelli assistenziali

1. Per l'assegnazione delle prestazioni previste dalla legge sulla non autosufficienza, le persone richiedenti sono inquadrate, con apposita scheda di rilevamento, in uno dei seguenti livelli assistenziali:

1° livello assistenziale, quando è riconosciuto un fabbisogno complessivo di cura e di assistenza superiore a 60 ore mensili fino ad un massimo di 120 ore mensili;

2° livello assistenziale, quando è riconosciuto un fabbisogno complessivo di cura e di assistenza superiore a 120 mensili fino ad un massimo di 180 ore mensili;

3° livello assistenziale, quando è riconosciuto un fabbisogno complessivo di cura e di assistenza superiore a 180 ore mensili fino ad un massimo di 240 ore mensili;

4° livello assistenziale, quando è riconosciuto un fabbisogno complessivo di cura e di assistenza superiore a 240 ore mensili.

2. Nei bambini, il fabbisogno di cura e di assistenza si rileva confrontando l'interessato con un bambino sano di pari età. Per i bambini malati o disabili va considerato il fabbisogno d'assistenza aggiuntivo che si rileva negli ambiti dell'igiene personale, dell'alimentazione, della mobilità o della cura e dell'assistenza specifiche da prestare.

Capo II

Servizio per la valutazione della non autosufficienza

Articolo 7

Area funzionale servizio per la valutazione della non autosufficienza

1. Il Servizio per la valutazione della non autosufficienza è collocato presso la Ripartizione Politiche sociali.

2. Il Servizio per la valutazione della non autosufficienza è competente per:

- a) per effettuare, attraverso i team di valutazione, gli inquadramenti, ovvero le valutazioni del fabbisogno di cura e di assistenza, volte alla determinazione del livello di non autosufficienza;
- b) per rispondere a qualsiasi domanda in merito all'accertamento dello stato di non autosufficienza
- c) per l'aggiornamento e la consulenza specifica ai team di valutazione;
- d) per lo sviluppo della scheda di valutazione;
- e) per la verifica dell'adeguatezza dell'assistenza e cura prestata alle persone non autosufficienti;
- f) per la prescrizione dei buoni di servizio,
- g) per la collaborazione con i servizi specialistici sociosanitari territoriali;
- h) per la notifica dell'esito delle valutazioni alle persone richiedenti ;
- i) per la collaborazione con la Commissione d'appello nella gestione amministrativa dei ricorsi;
- j) per garantire la qualità della procedura di valutazione dello stato di non autosufficienza e della relativa consulenza prestata durante gli inquadramenti.

Articolo 8

1. Le zone di competenza territoriale dei team di valutazione vengono stabilite dal Servizio per la valutazione della non autosufficienza.

2. La valutazione del fabbisogno di cura e di assistenza, ed il conseguente inquadramento in un livello sono effettuati dai componenti dell'unità congiuntamente.

3. In caso di assenza dal servizio o di conflitto d'interessi di un componente dell'unità di valutazione, quest'ultimo è sostituito da un membro di un altro team di valutazione.

3. Capo III

Domanda per l'assegno di cura e modalità dell'inquadramento

Artikel 9

Domanda per l'assegno di cura

1. La domanda per l'assegno di cura, va inviata tramite il distretto sociosanitario oppure tramite un patronato alla Ripartizione provinciale Politiche sociali.

2. La richiesta deve essere sottoscritta direttamente dalla persona non autosufficiente o da un suo legale rappresentante, genitore, tutore, amministratore di sostegno o procuratore nominato ai sensi dell'art. 1392 cc. In attesa della nomina dell'amministratore di sostegno o del tutore la domanda di assegno può essere presentata dal richiedente della nomina.

3. La richiesta deve essere corredata della seguente documentazione riferita al momento della presentazione:

a) per la cittadinanza:

a1) dichiarazione di possesso della cittadinanza italiana o di un paese membro dell'Unione Europea, oppure

a2) certificazione della condizione di apolide rilasciata dal comune di residenza, oppure

a3) certificazione del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;

b) per la residenza e la dimora:

b1) una dichiarazione di residenza ininterrotta e dimora stabile in un comune della provincia di Bolzano da almeno cinque anni, oppure

b2) una dichiarazione relativa alla residenza e alla dimora stabile della persona non autosufficiente in provincia di Bolzano per un periodo di almeno quindici anni, di cui almeno l'ultimo anno immediatamente precedente la richiesta ininterrottamente;

c) una dichiarazione della persona non autosufficiente relativa all'eventuale percepimento di altre prestazioni economiche in Italia e all'estero aventi analoghe finalità.

4. I periodi di ricovero di persone non autosufficienti presso centri residenziali siti fuori dalla provincia di Bolzano, disposti per mancanza di idonei posti di assistenza a persone non autosufficienti sul territorio provinciale, non interrompono né la residenza né la dimora stabile previsti dall'art. 1 della legge. La prestazione spetta comunque a decorrere dalla data in cui siano presenti tutti i requisiti di legge.

5. Qualora le domande siano presentate tramite un ente di patronato sulla base di apposita delega ai sensi delle disposizioni vigenti, le comunicazioni sono portate a conoscenza anche dell'ente di patronato. La delega non può essere conferita a più patronati.

6. L'eventuale domanda incompleta va completata dalla persona richiedente. Qualora l'integrazione dei dati mancanti non avvenga entro 30 giorni dalla relativa richiesta, la domanda viene archiviata. In caso di archiviazione o di rigetto della domanda di assegno di cura, ne viene data comunicazione scritta alla persona richiedente e al patronato.

7. Qualora la persona non autosufficiente non sia in possesso dei requisiti di cui all'art. 1 della LP 9/2007, nonché dei requisiti base come previsto da questi criteri all'art. 2, comma 1 la domanda viene rigettata dalla Ripartizione Politiche sociali

8. Può essere presentata una nuova domanda non prima di un anno dall'ultima valutazione o verifica, tranne nei casi documentati di peggioramento imprevisto, improvviso e rilevante delle condizioni generali di salute della persona, e a condizione che questo peggioramento sia espressamente comprovato da un nuovo certificato medico emesso dal medico di medicina generale competente.

9. La domanda presentata in base al comma 8 non può comportare l'inquadramento della persona in un livello inferiore a quello in vigore al momento della domanda stessa.

Articolo 10

Inquadramento in ambito domestico

1. L'accertamento del fabbisogno individuale di cura e di assistenza si svolge, di regola, in occasione di una visita domiciliare presso la dimora stabile della persona interessata.

2. Per l'inquadramento si chiede alla persona non autosufficiente o alla persona di riferimento o al curante principale di quantificare in ore il fabbisogno di aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane, in termini di ricorso all'aiuto di terzi. L'unità di valutazione compara quindi i valori indicati con la propria valutazione del fabbisogno di cura e di assistenza, tenendo conto del contesto generale in cui vive la persona da assistere.

3. Per valutare con maggiore precisione il fabbisogno di cura e di assistenza e per fornire successivamente consigli e raccomandazioni più mirati per il caso specifico, va considerato anche il contesto in cui la persona è assistita.

4. La visita a domicilio finalizzata alla valutazione va effettuata, previo appuntamento con la persona di riferimento o con la stessa persona da inquadrare, entro 30 giorni dal ricevimento della domanda, o dalla presentazione di tutta la documentazione richiesta.

5. La visita a domicilio è concordata o annunciata. Se la persona richiedente, il suo legale rappresentante o un familiare curante rifiutano senza giustificato motivo di ricevere la visita a domicilio necessaria per l'inquadramento, la domanda viene archiviata.

6. In caso di ricovero ospedaliero o in altre strutture sanitarie l'inquadramento è effettuato al termine del ricovero e dell'eventuale degenza ai fini del recupero funzionale. Se la valutazione non può essere eseguita entro tre mesi dalla data di presentazione della domanda, perché la persona non autosufficiente era ricoverata presso una struttura sanitaria, la domanda viene rigettata.

7. Entro 30 giorni dalla visita a domicilio l'esito dell'accertamento, con l'indicazione del livello di cura e di assistenza riconosciuto e dei buoni di servizio eventualmente prescritti, viene comunicato per iscritto alla persona richiedente o al suo legale rappresentante nonché al patronato, se coinvolto.

8. Per poter effettuare l'inquadramento di pazienti terminali in tempi rapidi e con priorità, il certificato medico, emesso dal medico curante, deve contenere le seguenti indicazioni:

- a) la diagnosi di una patologia che comporti una probabilità di vita da 90 a 120 giorni (malattie neoplastiche invasive o metastatizzanti, gravi patologie polmonari o cardiache, perdita della funzionalità renale, gravi patologie epatiche);
- b) la nota: "necessità di valutazione urgente".

9. La domanda di reinquadramento di pazienti terminali può essere sostituita da un certificato medico che attesti il peggioramento della situazione assistenziale. La domanda va inoltrato direttamente alla Ripartizione Politiche Sociali, Servizio per la valutazione della non autosufficienza.

In questo caso la data d'emissione del certificato medico vale come data della domanda.

Per il reinquadramento di pazienti terminali si può prescindere dalla visita domiciliare.

10. Qualora la persona da valutare, deceda entro 30 giorni dalla data della domanda, quest'ultima viene archiviata. Qualora la persona, in attesa dell'inquadramento, deceda, decorsi i 30 giorni dalla data di presentazione della domanda, e la causa del ritardo nella valutazione sia imputabile al Servizio per la valutazione della non autosufficienza, il team di valutazione effettua una

valutazione, su apposita richiesta degli eredi, sulla base della documentazione socio-sanitaria fornita dagli stessi richiedenti.

La richiesta da parte degli eredi deve essere inoltrata entro 60 giorni dal decesso della persona.

Articolo 11

Organizzazione dell'assistenza nel contesto familiare

1. L'unità di valutazione fornisce alle persone non autosufficienti ed ai loro familiari raccomandazioni e consigli specifici, a seconda del fabbisogno di cura e di assistenza accertato, che devono servire a:

- a) garantire un'assistenza qualificata;
- b) stabilizzare o migliorare la situazione di vita;
- c) favorire il ricorso ai servizi sociosanitari, e alla riabilitazione;
- d) prevenire l'emarginazione e reintegrare la persona interessata nel proprio contesto sociale;
- e) fare in modo che l'assegno di cura venga utilizzato in modo appropriato;
- f) garantire la qualità di vita dei familiari e degli operatori che prestano assistenza.

Articolo 12

Buoni servizio

1. Il buono servizio di cui all'articolo 8, comma 4 della legge provinciale 9/2007 costituisce un credito di ore mensili di assistenza domiciliare prescritto dall'unità di valutazione oppure dalla commissione d'appello. Il valore unitario del buono servizio corrisponde alla quota oraria di compartecipazione tariffaria al costo del servizio di assistenza a domicilio così come determinata in applicazione del decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche. È possibile prescrivere un numero massimo di buoni servizio per un valore complessivo mensile pari all'importo dell'assegno di cura, calcolando per ogni ora di assistenza domiciliare la tariffa massima.

Qualora non sia stata determinata la quota di compartecipazione tariffaria ai sensi del DPGP 30/2000 si applica la tariffa oraria massima prevista per un'ora di assistenza domiciliare. L'assegno di cura è ridotto del valore complessivo dei buoni servizio prescritti mensilmente.

2. La prescrizione di buoni servizio è prevista nei seguenti casi:

- a) assistiti soli e privi di persone di riferimento,
- b) scarsa garanzia di un'assistenza adeguata,
- c) conflitti nell'organizzazione dell'assistenza,
- d) necessità di sgravare le persone curanti oberate dal peso dell'assistenza,
- e) insufficiente cura dell'ambiente domestico.

3. In caso di ricovero a lungo termine in una struttura residenziale socio-assistenziale la prescrizione dei buoni di servizio è revocata con decorrenza dal mese successivo alla data di ammissione nella struttura. Durante le ammissioni temporanee in una struttura residenziale socio-assistenziale, i buoni servizio non usufruiti sono rimborsati su richiesta dell'avente diritto.

In caso di ricovero in una struttura residenziale sanitaria la prescrizione dei buoni mantiene la sua validità.

4. La persona non autosufficiente o il suo legale rappresentante possono presentare richiesta di modifica o annullamento della prescrizione dei buoni di servizio. La richiesta scritta va inoltrata alla Ripartizione Politiche Sociali, Servizio per la valutazione della non autosufficienza e deve contenere tutte le informazioni relative alle variazioni della situazione assistenziale. Il team di valutazione esegue una visita di verifica e decide sulla possibilità di modificare o annullare la prescrizione dei buoni di servizio.

5. La prescrizione dei buoni servizio è vincolante a partire dal secondo mese dopo la prima erogazione dell'assegno di cura.

6. I buoni servizio sono utilizzabili presso i gestori, pubblici e privati, dei servizi di assistenza accreditati.

7. I buoni servizio non utilizzati scadono alla fine del mese di riferimento e non sono né rimborsabili né cumulabili.

8. I buoni servizio utilizzati sono rendicontati trimestralmente dagli enti erogatori delle prestazioni e inviati all'ASSE per il pagamento.

9. La prescrizione vale fino a revoca.

L'eventuale variazione trova applicazione a partire dal secondo mese successivo a quello della comunicazione all'ASSE.

Articolo 13

Inquadramento in caso di assistenza residenziale in case di riposo e di cura

1. Per la durata del ricovero a tempo indeterminato gli inquadramenti per l'assegnazione di un livello assistenziale e le verifiche ai sensi dei criteri per la valutazione della non autosufficienza sono sospesi.
2. La valutazione del fabbisogno di cura e di assistenza di persone residenti in una casa di riposo o di cura viene effettuata solo qualora la domanda di primo inquadramento sia stata presentata entro la fine del mese che precede il mese di ammissione alla struttura.
3. L'esito della valutazione con l'indicazione del livello di non autosufficienza viene comunicato per iscritto entro 30 giorni dall'inquadramento, alla persona interessata o al suo legale rappresentate nonché al patronato, se coinvolto.
4. I commi 2, 6, 8, 9 e 10 dell'articolo 10 valgono anche per gli inquadramenti in caso di assistenza residenziale.
5. Se il richiedente dovesse trovarsi in casa di riposo per un ricovero temporaneo, la valutazione potrà essere effettuata anche nella struttura residenziale.

Articolo 14

Inquadramento in caso di assistenza residenziale in altre strutture residenziali sociali

1. La valutazione del fabbisogno di cura e di assistenza di persone ospiti di una struttura residenziale sociale viene effettuata dal team competente per territorio.
2. Il personale di assistenza e cura ed altre eventuali persone di riferimento vengono coinvolte nel colloquio di accertamento.
L'accertamento del fabbisogno di assistenza e di cura va integrato dalla pianificazione di assistenza e cura individuale interna e dalla relativa documentazione.
3. L'esito della valutazione con l'indicazione del livello di non autosufficienza viene comunicato per iscritto entro 30 giorni dall'inquadramento, alla persona interessata o al suo legale rappresentate nonché al patronato, se coinvolto.
4. I commi 2, 6, 8, 9 e 10 dell'articolo 10 valgono anche per gli inquadramenti in caso di assistenza residenziale.

Articolo 15

Commissione d'appello e ricorso contro l'esito dell'accertamento

1. Le decisioni della commissione d'appello prevista dalla legge sulla non autosufficienza, all'art. 3, comma 4, sono adottate alla presenza di tutti i suoi componenti. Per ciascun componente della commissione d'appello viene nominato un membro supplente.
2. La commissione adotta le proprie decisioni previa audizione dell'unità di valutazione competente per territorio.
3. Per un esame più approfondito la commissione è autorizzata a richiedere anche accertamenti specifici, o a convocare, a titolo consultivo, il medico curante della persona da assistere o altri esperti.
4. Qualora la commissione d'appello, una volta esaminate la documentazione e le controdeduzioni richieste all'unità di valutazione competente, ritenga che, per adottare una decisione, sia necessario un nuovo accertamento, la stessa Commissione provvede ad effettuare una nuova valutazione con visita nel luogo di dimora stabile della persona non autosufficiente.
5. La persona ricorrente può richiedere l'audizione di una persona di fiducia da parte della commissione d'appello.

Articolo 16

Verifiche

1. Il Servizio per la valutazione della non autosufficienza stabilisce le visite di verifica effettuandole su un campione che comprenda almeno il 20 per cento dei beneficiari dell'assegno di cura. Durante queste visite di verifica vengono considerati, in particolar modo, il fabbisogno di cura e di assistenza rilevato e le condizioni generali in cui è prestata l'assistenza. Il livello assistenziale precedentemente attribuito può essere modificato in base al reale fabbisogno di cura e di assistenza accertato in seguito alla visita di verifica.
2. Fatte salve le verifiche previste dal comma 1, qualora dal certificato medico risulti una possibile recuperabilità funzionale, anche parziale, il fabbisogno di cura e di assistenza va nuovamente rilevato alla scadenza di cinque anni.
3. Le unità di valutazione collaborano con i servizi territoriali socio-sanitari ed i medici di medicina

generale e possono chiedere pareri ed informazioni aggiuntive ai servizi specialistici e ad esperti negli ambiti della cura e dell'assistenza.

4. Le visite di verifica non sono annunciate. Entro 30 giorni dalla visita di verifica la persona richiedente o il suo rappresentante legale ricevono una comunicazione scritta con l'esito della valutazione effettuata. L'esito della visita di verifica diventa effettivo a partire dal mese successivo alla visita effettuata.

Capo IV

Erogazione dell'assegno di cura

Art. 17

Erogazione dell'assegno di cura

1. L'assegno di cura di cui all'articolo 8 della legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9 è erogato mensilmente dall'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico, di seguito definita ASSE, in un'unica soluzione, alla persona non autosufficiente o al suo legale rappresentante, oppure ad una persona delegata dalla persona non autosufficiente o dal suo legale rappresentante.

2. In caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, l'assegno di cura è erogato con decorrenza dal mese successivo alla presentazione della domanda. La data di presentazione della domanda è determinata dalla data di invio telematico della stessa. I punti di consegna (distretti e patronati) inviano le domande alla Ripartizione provinciale politiche sociali tassativamente entro il mese di presentazione delle stesse.

3. L'assegno di cura per persone ospitate a lungo termine nelle case di riposo e nei centri di degenza è erogato ai sensi dell'art. 8 comma 3 della LP 9/2007 in base ai criteri stabiliti dalla Giunta provinciale dall'ASSE direttamente alle case di riposo e ai centri di degenza accreditati.

4. Ai fini della corretta erogazione dell'assegno di cura, vanno inviate all'ASSE le seguenti informazioni relative alle persone non autosufficienti:

a) da parte del Servizio per l'accertamento dello stato di non autosufficienza:

a1) il livello di non autosufficienza riconosciuto;

a2) il numero delle ore di servizio prescritte;

a3) l'eventuale impossibilità di effettuare una verifica;

b) da parte del Servizio per l'accertamento dello stato di non autosufficienza, le prestazioni erogate per buoni di servizio e la tariffa;

c) da parte dell'Azienda sanitaria il numero di giorni di degenza in una struttura del servizio sanitario, in conformità all'art. 10, comma 7, della lp 9/2007 con l'indicazione del codice fiscale;

d) dalla casa di riposo o centro di degenza la data di ammissione e dimissione delle persone ospitate a lungo termine ed il numero di giorni di presenza al mese per ogni ospite.

e) dalla persona non autosufficiente:

e1) ogni cambiamento della dimora stabile;

e2) La permanenza in strutture residenziali (ospedali, cliniche, case di riposo) fuori dalla Provincia di Bolzano;

e3) Il beneficio di altre prestazioni finanziarie con analoghe finalità (es. prestazioni dall'estero);

e4) l'eventuale godimento di un periodo di aspettativa retribuita per attività di assistenza da parte di una persona curante per un periodo superiore a 10 giorni di calendario in un mese, con l'indicazione del periodo per il quale viene usufruita l'aspettativa retribuita.

5. Il beneficiario dell'assegno è tenuto a comunicare tempestivamente all'ASSE qualsiasi mutamento delle condizioni che possono incidere sul diritto all'assegno di cura.

6. Si considera stabile la dimora in provincia di Bolzano anche se interrotta per un periodo complessivo di tre mesi nell'arco di un anno solare.

Superati i tre mesi decade il diritto alla prestazione. I periodi di assenza vanno preventivamente comunicati all'ASSE.

7. Nel caso di godimento di un periodo di aspettativa retribuita per l'attività di assistenza per un periodo superiore a 10 giorni di calendario in un mese, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge per i rispettivi mesi l'assegno di cura viene erogato nella misura corrispondente al 1° livello di non autosufficienza, quando la persona non autosufficiente è inquadrata nel 1° o 2° livello di non autosufficienza, nella misura corrispondente al 2° livello di non autosufficienza, quando la persona non autosufficiente è inquadrata nel 3° livello di non autosufficienza, nella misura corrispondente al 3° livello di non autosufficienza, quando la persona non autosufficiente è inquadrata nel 4° livello di non autosufficienza.

8. Il periodo di 30 giorni di cui dall'articolo 10 della LP 9/2007, durante il quale, in caso di ricovero nelle strutture residenziali del servizio sanitario, l'assegno di cura è erogato nella misura piena, è determinato dalla somma annuale delle giornate trascorse in struttura sanitaria nei 12 mesi successivi al mese della prima decorrenza dell'assegno di cura.

9. In caso di decesso della persona non autosufficiente, l'assegno di cura spetta per l'intero mese in cui è avvenuto il decesso. Le prestazioni non rimosse per decesso del beneficiario, vengono liquidate agli eredi previa relativa richiesta. Alle case di riposo e centri di degenze l'assegno di cura

10. L'assegno è erogato, di regola, mediante accredito su conto corrente bancario o postale intestato al beneficiario.

11. La liquidazione di importi arretrati spettanti, nonché il recupero di importi indebitamente percepiti, è attuato mediante conguaglio con gli assegni di cura spettanti per i mesi successivi.

12. Qualora la persona non autosufficiente abbia diritto ad analoghe prestazioni in forza di altre leggi provinciali, regionali, nazionali o di altri stati, la prestazione prevista dalla legge provinciale eventualmente spettante è ridotta in misura dell'ammontare dell'altra prestazione.

Art. 18

Erogazione dell'assegno alla persona curante

1. La persona curante, il distretto sociosanitario o un servizio specialistico sociosanitario possono presentare all'ASSE una richiesta motivata di erogazione dell'assegno alla persona curante stessa. L'assegno di cura non viene erogato alla persona non autosufficiente, a seguito della valutazione dei motivi addotti alle seguenti condizioni:

- a) uso improprio dell'assegno di cura;
- b) è in corso il provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno.

5. Capo V

Amministrazione del fondo per la non autosufficienza

Art. 19

Amministrazione del fondo

1. Il fondo di cui all'articolo 4 della legge provinciale 12.10.2007, n. 9, suddiviso nel fondo prestazioni e fondo integrativo a capitalizzazione, è amministrato dall'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico.

Art. 20

Piano finanziario decennale

1. Il piano decennale di cui all'articolo 7 della legge provinciale 12.10.2007, n. 9 è approvato dalla Giunta provinciale e contiene la programmazione previsionale basata su uno sviluppo motivato dei principali fattori di spesa quali:

- a) numero ed età delle persone riconosciute non autosufficienti e loro distribuzione nei diversi livelli di non autosufficienza;
- b) distribuzione dei beneficiari tra assistenza domiciliare con o senza ricorso ai servizi professionali, assistenza in strutture diurne e assistenza residenziale;
- c) entità del ricorso alle prestazioni professionali di assistenza e cura, loro costi e relative entrate.

Art. 21

Criteri di investimento finanziario del Fondo integrativo a capitalizzazione

1. Tutti gli investimenti disposti dall'ASSE devono denotare fin dall'origine idonei requisiti di sicurezza e di redditività, al fine di garantire una sana e prudente gestione delle risorse e dei fondi di pertinenza della stessa.

2. Gli investimenti devono essere in linea con gli scopi istituzionali dell'Agenzia e nel rispetto delle direttive stabilite dalla Giunta.

3. Gli investimenti possono tenere conto della ricaduta economica o di altri effetti positivi sullo sviluppo sociale e sull'economia del territorio provinciale.

4. Nella scelta e nella definizione dei suoi investimenti l'Agenzia può farsi assistere da intermediari

Anhang A

Allegato A

Fasce temporali in relazione alle attività della vita quotidiana

Si rinvia alla lettura integrale del testo

PERSONE CON DISABILITÀ

LAZIO

DGR 4.2.14, n. 49 - Legge 28 agosto 1997 n. 284, art. 3. LL.RR. 14 gennaio 1987 n. 8 e 28 dicembre 2007 n. 26, art. 17. Proseguimento degli interventi dell'IPAB Centro regionale Sant'Alessio Margherita di Savoia per i ciechi. I trimestre 2014. (BUR n. 14 del 18.2.14)

Note

L'IPAB "Centro regionale S. Alessio Margherita di Savoia per i Ciechi" ha predisposto e trasmesso, con nota acquisita al protocollo regionale n. 195239 del 31.12.2013, una proposta progettuale di riorganizzazione e finanziamento dei Servizi educativi e di inclusione sociale, scolastica e lavorativa delle persone non vedenti e ipovedenti, anche con minorazioni aggiuntive, e ha trasmesso con successiva nota acquisita al protocollo regionale n. 28669 del 17.01.2014 lo stralcio del suddetto progetto, inerente la legge 284/97 art. 3 lettera c e L.R. n. 26/2007, relativo al finanziamento del piano annuale di attività 2014 in prosecuzione degli interventi di educazione permanente per i ciechi pluriminorati

Viene garantita la prosecuzione anche per l'anno 2014 delle attività dell'IPAB "Centro regionale S. Alessio Margherita di Savoia per i Ciechi" nelle more della valutazione complessiva del progetto all'interno del Programma di utilizzazione annuale 2014 degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali,

Viene destinato per l'intervento l'importo di € 375.000,00.

PIEMONTE

DGR 4.2.14, n. 16-7072 -Legge 170/2010 "Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento in ambito scolastico"; recepimento dell'accordo Stato/Regioni del 25 luglio 2012; approvazione schema di protocollo di intesa con l'Ufficio Scolastico regionale. Attuazione D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Azione 14.4.6 recante "Assistenza territoriale a soggetti minori". (BUR n. 9 del 27.2.14)

Note**PREMESSA**

La legge 170/2010, "Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento in ambito scolastico" ed in particolare l'art. 3, comma 2, prevede per gli studenti che, nonostante adeguate attività di recupero didattico mirato, presentino persistenti difficoltà, la scuola trasmetta apposita comunicazione alla famiglia.

L'accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 concerne "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento".

In particolare l'art. 1, comma 1, che prevede che la diagnosi di DSA debba essere tempestiva e che il percorso diagnostico debba essere attivato solo dopo la messa in atto da parte della scuola degli interventi educativo-didattici previsti dall'art. 3, comma 2, della legge 170/2010 e del DM 5669/2011.

LA RICADUTA SULLA REGIONE

Viene recepito l'accordo a livello regionale.

Viene approvato un percorso finalizzato alla certificazione che individui modalità uniformi su tutto il territorio regionale relative al processo di diagnosi e certificazione diagnostica dei soggetti sospetti di Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche (DSA) in linea con le indicazioni normative sopracitate che modifichi quanto precedentemente definito con le DD.G.R. n.18-10723 del 9 febbraio 2009, n. 13-10889 del 2 marzo 2009 e n. 34-13176 del 1 febbraio 2010 e con la raccomandazione sui Disturbi Specifici di Apprendimento inviata alle ASR in data 13 luglio 2009.

Viene approvato il protocollo di intesa tra la Regione Piemonte, Assessorati alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e per la Famiglia, all'Istruzione, Sport e Turismo

ed alla Formazione Professionale e Lavoro e l'Ufficio Scolastico Regionale, Allegato 1) alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante e sostanziale, che recepisce l'accordo Stato/Regioni sopra citato del 25 luglio 2012 e definisce il percorso sopra indicato.

L'ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA

In data 18/01/2013 prot 546/U è stato costituito presso l'Ufficio Scolastico Regionale un gruppo di lavoro composto di rappresentanti dell'Ufficio Scolastico Regionale e della Regione, Direzioni Sanità, Istruzione, Formazione Professionale e Lavoro ed Università degli Studi di Torino che ha provveduto a predisporre una scheda di collaborazione scuola – famiglia.

LA SCHEDA

La scheda costituisce uno strumento didattico-pedagogico per favorire i processi di apprendimento e di partecipazione per gli alunni con difficoltà scolastiche e per rendere maggiormente funzionale la comunicazione tra la scuola e la famiglia (come indicato dall' Art. 2 comma 1 del DM 5669/2011 e dal D.M. 297 del 17/04/2013).

In particolare, la scheda consente le seguenti azioni didattico-pedagogiche:

- 1) l'osservazione per facilitare la riflessione sui tipi di "difficoltà scolastiche" che può incontrare un singolo alunno/a;
- 2) l'attivazione, in accordo con la famiglia, di azioni di recupero e potenziamento delle abilità scolastiche strumentali e la descrizione degli esiti del potenziamento attivato (parte A);
- 3) la compilazione della parte B "Descrizione delle significative difficoltà persistenti dopo l'intervento di potenziamento effettuato" (selezionando gli ambiti ritenuti specifici per l'alunno)

LA GESTIONE DELLA SCHEDA

Qualora per l'alunno/a si presentino difficoltà scolastiche, la scuola, in accordo con la famiglia, definisce le necessarie azioni di recupero e potenziamento delle abilità scolastiche strumentali.

La scheda, pertanto, descrive le azioni di recupero e potenziamento scolastico e le difficoltà nell'apprendimento delle abilità scolastiche strumentali, facilita la riflessione sui tipi di "difficoltà scolastiche" che può incontrare un singolo alunno/a e rende maggiormente funzionale la comunicazione tra la scuola e la famiglia.

Essa, infatti è condivisa e consegnata alla famiglia.

Se, nonostante le azioni di recupero e potenziamento (indicate dalle Linee Guida sui DSA del MIUR) persistono significative difficoltà nell'apprendimento delle abilità scolastiche strumentali, gli insegnanti, a partire dal secondo quadrimestre del secondo anno della scuola primaria in poi, in accordo con la famiglia, compileranno la parte B della scheda di collaborazione.

La scheda è consegnata alla famiglia.

La presentazione della scheda da parte della famiglia all'ASL di residenza garantisce che, entro 6 mesi il Servizio Sanitario Regionale avvii e completi il percorso diagnostico e di certificazione, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 25/07/12.

LA "SCHEDA DI COLLABORAZIONE SCUOLA – FAMIGLIA

La "Scheda di collaborazione scuola – famiglia è descrittiva delle abilità scolastiche"(Allegato 2)

La scheda suddetta va utilizzata esclusivamente per descrivere gli alunni che frequentano la scuola primaria (dal secondo al quinto anno).

LA SCHEDA STRUMENTO DI COLLABORAZIONE

Il suddetto gruppo di lavoro ha elaborato anche la scheda Allegato 3), quale strumento di collaborazione tra istituzioni scolastiche e famiglia per la scuola secondaria di primo e secondo grado e per le istituzioni formative del sistema IeFP, al fine di:

- a) nel caso di un allievo/a già certificato con Disturbo Evolutivo delle Abilità Scolastiche (DSA), la scheda costituisce:
 - uno strumento di condivisione sull'andamento scolastico, da utilizzarsi per il passaggio da un ordine di scuola all'altro (ad esempio, gli insegnanti dell'ultimo anno della scuola primaria potranno compilarla a favore dei futuri docenti della scuola secondaria di primo grado ed i docenti della scuola secondaria di I grado la compileranno a favore dei colleghi della scuola secondaria di II

grado o delle istituzioni formative del sistema IeFP), finalizzata ad evidenziare gli interventi pedagogico-didattici della scuola di provenienza e le abilità scolastiche acquisite dall'allievo/a con Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche (DSA);

- uno strumento per evidenziare gli interventi pedagogico-didattici della scuola di provenienza e le abilità scolastiche acquisite dall'allievo/a con Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche (DSA) al fine di richiedere il rinnovo della certificazione diagnostica di DSA (non prima di tre anni dalla precedente).

b) nel caso di un allievo con difficoltà scolastiche, frequentante la scuola secondaria o le Istituzioni Formative del Sistema IeFP, la scheda costituisce uno strumento didattico-pedagogico per favorire i processi di apprendimento e di partecipazione e per rendere maggiormente funzionale la comunicazione tra la scuola e la famiglia (come indicato dall' Art. 2 comma 1 del DM 5669/2011 e D.M. 297 del 17/04/2013).

In particolare, la scheda consente di documentare il percorso personalizzato attivato dalla scuola (PARTE A) e di descrivere le abilità scolastiche (PARTE B). La scheda compilata sarà condivisa e consegnata alla famiglia.

NB

Le schede 2 e 3 non costituiscono attività di screening (Legge n. 21/07 Regione Piemonte): esse sono uno strumento personalizzato didattico-pedagogico per favorire i processi di apprendimento e di partecipazione per gli alunni con difficoltà scolastiche e per rendere maggiormente funzionale la comunicazione tra la scuola e la famiglia.

IL RUOLO DELLA ASL: IL GDSAp

Presso ogni ASL deve essere istituito, con specifico provvedimento, il Gruppo Disturbi Specifici di Apprendimento (GDSAp), composto dai seguenti profili professionali: neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva che lavorano secondo il principio dell'integrazione multi-professionale (con superamento della logica della consulenza tra professionisti) e concorrono alla formulazione della diagnosi ciascuno per quanto di competenza. Ogni ASL valuta se istituire anche più GDSAp qualora l'ambito territoriale fosse troppo esteso (p.e. uno per ogni distretto).

Presso ogni GDSAp verrà individuata la figura del responsabile/coordinatore (neuropsichiatra o psicologo) con il compito di:

1. accogliere e registrare le schede di collaborazione (Allegati: 2-3) che costituiscono il presupposto per garantire l'avvio dell'iter diagnostico (o rivalutazione);
2. garantire l'avvio ed il completamento dell'iter diagnostico e di certificazione entro i 6 mesi previsti dall'accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 (art. 1 comma 4);
3. acquisire la competenza precedentemente attribuita all' UMVD minori relativamente alle diagnosi formulate da professionisti sanitari privati di fiducia della famiglia secondo le indicazioni contenute nella DD n. 547 del 21 luglio 2011.

Il GDSAp valuta altresì completezza e coerenza della documentazione relativa ai maggiorenni con sospetto DSA e redatta da operatori privati o pubblici dell'età adulta, e conseguentemente rilascia la certificazione. In ogni ASL va pertanto individuato il professionista che ha competenza sull'età adulta (psicologo/psichiatra con competenze in neuropsicologia) che integrerà il GDSAp per quanto di competenza.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato lo schema di protocollo di intesa allegato alla presente deliberazione (Allegato 1), di cui costituisce parte integrante, fra Regione Piemonte Direzioni Sanità ed Istruzione, formazione professionale e lavoro, e l'Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte, che recepisce l'accordo Stato/Regioni del 25 luglio 2012 sopra citato e definisce un percorso finalizzato all'avvio dell'iter diagnostico di DSA entro sei mesi, a decorrere dall'anno scolastico in corso attraverso la sottoscrizione congiunta da parte di scuola e famiglia di una scheda descrittiva delle abilità scolastiche, utile ad attestare gli interventi posti in essere da parte della scuola, il cui schema è allegato alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante (Allegato 2);

Viene approvato l'Allegato 3) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per le finalità descritte in premessa;

ALLEGATO 1)

Regione Piemonte Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e per la famiglia, Assessorato all'Istruzione, Sport e Turismo e Assessorato al Lavoro e alla Formazione Professionale

Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte

Protocollo di intesa di recepimento dell'accordo Stato/Regioni del 25 ottobre 2012 e definizione delle modalità uniformi su tutto il territorio regionale per l'effettuazione della diagnosi ed il rilascio della certificazione diagnostica per i soggetti sospetti di DSA, di cui alla legge 170/2010

TRA

LA REGIONE PIEMONTE

ASSESSORATO ALLA TUTELA DELLA SALUTE E SANITA', EDILIZIA SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E PER LA FAMIGLIA, ASSESSORATO ALL'ISTRUZIONE, SPORT E TURISMO

ASSESSORATO AL LAVORO E FORMAZIONE PROFESSIONALE

E

L'UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL PIEMONTE

DIREZIONE GENERALE

Vista la legge 170/2010, "Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento in ambito scolastico" ed in particolare l'art. 3, comma 1, che prevede che la diagnosi dei DSA è effettuata nell'ambito dei trattamenti specialistici già assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale a legislazione vigente;

visto l'accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento"; visto il d.lgs. 17.10.2005, n.226, e successive modificazioni, recante "Norme generali e livelli essenziali delle prestazioni relativi al secondo ciclo del sistema educativo di istruzione e formazione, a norma dell'art.2 della legge 28 marzo 2003, n.53", con particolare riferimento alla disciplina dei percorsi di istruzione e formazione professionale contenuta nel Capo III;

considerato che occorre definire modalità uniformi su tutto il territorio regionale per l'effettuazione della diagnosi ed il rilascio della certificazione diagnostica per i soggetti sospetti di DSA;

dato atto che a tal fine in data 18/01/2013 prot. 546/U è stato a tal fine costituito presso l'Ufficio Scolastico Regionale un gruppo di lavoro composto di rappresentanti dell'Ufficio Scolastico Regionale e della Regione, Direzioni Sanità, Istruzione, Formazione professionale e lavoro, che ha provveduto a predisporre una scheda di collaborazione scuola e famiglia descrittiva delle abilità scolastiche, utile ad attestare gli interventi posti in essere da parte della scuola;

ritenuto di stabilire che la richiesta di diagnosi presentata dalla famiglia al Servizio Sanitario Nazionale deve essere accompagnata dalla sottoscrizione congiunta da parte di scuola e famiglia della scheda di cui al punto precedente. La presentazione della scheda costituisce il presupposto per garantire l'avvio ed il completamento del percorso diagnostico entro 6 mesi. In difetto di tali modalità tale termine non può essere garantito;

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

Art. 1 - Finalità del protocollo di intesa

Il presente Protocollo di Intesa intende definire modalità uniformi su tutto il territorio regionale per garantire l'avvio ed il completamento del percorso diagnostico di DSA entro 6 mesi;

Art. 2 – Fasi del processo

L'istituzione scolastica è tenuta a predisporre una programmazione educativa didattica che tenga conto delle difficoltà dell'alunno/studente e preveda l'applicazione mirata dalle misure previste dalla legge 170/2010.

Il processo di diagnosi e certificazione diagnostica dei DSA si compone delle seguenti fasi:

- ai sensi dell'art. 3, comma 2 della legge 170/2010 l'istituzione scolastica in accordo con le famiglie, predispone per gli studenti che, nonostante adeguate attività di recupero presentano persistenti difficoltà, apposita scheda denominata "Scheda di collaborazione scuola-famiglia- descrittiva delle abilità scolastiche" (per la scuola primaria);

- la famiglia consegnerà la scheda al Servizio Sanitario Regionale, anche per il tramite dell'istituzione scolastica e formativa;

- il GDSAp dovrà, entro 6 mesi dalla segnalazione, certificare il Disturbo Evolutivo Specifico delle Abilità Scolastiche.

L'utilizzo della "Scheda di collaborazione scuola-famiglia descrittiva delle abilità scolastiche" garantisce alla famiglia dell'alunno/a frequentante la scuola primaria, che la certificazione del GDSAp venga apposta entro 6 mesi dalla segnalazione.

Con successivo atto della Direzione Sanità verrà definito il percorso per diagnosi ai sensi delle indicazioni della Consensus Conference 2011.

Alla fine di un ciclo la scuola dovrà redigere la scheda descrittiva : "Scheda di collaborazione tra istituzioni scolastiche, famiglia e servizi sanitari descrittiva delle abilità scolastiche e delle azioni svolte dalla scuola"

(per la scuola secondaria di primo/secondo grado e per le istituzioni formative del sistema leFP e per la revisione delle diagnosi) che servirà al passaggio da un ciclo scolastico all'altro e servirà altresì, nel caso di richiesta attivazione prima diagnosi, per gli allievi della scuola secondaria e delle Istituzioni formative del sistema leFP. La scheda dovrà evidenziare le caratteristiche dell'alunno/studente e gli obiettivi raggiunti, gli strumenti e i metodi utilizzati dalla scuola.

Tramite la scheda gli insegnanti che prenderanno in carico l'alunno/studente avranno una situazione chiara di cosa è stato fatto e di cosa l'alunno/studente necessita per il proprio benessere scolastico e di quali strumenti didattici e valutativi siano necessari.

Letto, confermato e sottoscritto.

3

Torino, addì

Per la Regione Piemonte

L'Assessore alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la Famiglia

L'Assessore all'Istruzione, Sport e Turismo

L'Assessore alla Formazione Professionale e Lavoro

Per l'Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte Il Direttore Generale

ALLEGATO 2

(PER LA SCUOLA PRIMARIA)

Regione Piemonte Ufficio Scolastico Regionale er il Piemonte

SCHEMA DI COLLABORAZIONE SCUOLA E FAMIGLIA

DESCRITTIVA DELLE ABILITA' SCOLASTICHE

La scheda di collaborazione costituisce uno strumento didattico-pedagogico per favorire i processi di apprendimento e di partecipazione per gli alunni con difficoltà scolastiche e per rendere maggiormente funzionale la comunicazione tra la scuola e la famiglia (come indicato dall' Art. 2 comma 1 del DM 5669/2011 e D.M. 297 del 17/04/2013).

In particolare, la scheda consente le seguenti azioni didattico-pedagogiche:

- 1) l'osservazione per facilitare la riflessione sui tipi di "difficoltà scolastiche" che può incontrare un singolo alunno/a;
- 2) l'attivazione, in accordo con la famiglia, di azioni di recupero e potenziamento delle abilità scolastiche strumentali e la descrizione degli esiti del potenziamento attivato (parte A);
- 3) la compilazione della parte B "Descrizione delle significative difficoltà persistenti dopo l'intervento di potenziamento effettuato" (selezionando gli ambiti ritenuti specifici per l'alunno)

La scheda compilata sarà condivisa e consegnata alla famiglia.

Si rammenta che la compilazione della presente scheda "non costituisce attività di screening" (Legge n. 21/07 Regione Piemonte;....)

DATA DI COMPILAZIONE DA PARTE DEGLI INSEGNANTI: ___ / ___ / _____

ALUNNO/A:

NOME: _____ **COGNOME:** _____
 NATO/A A _____ IL _____ (età _____)

NAZIONALITA': _____ **LINGUA MADRE:** _____

EVENTUALE BILINGUISMO: _____

PERCORSO SCOLASTICO

FREQUENTA:

SCUOLA: _____ **CLASSE :** _____

Ha frequentato l'asilo nido? sì no

Ha frequentato la scuola dell'infanzia? sì no

Può indicare eventuali cambiamenti di scuola? _____

Vi sono stati eventuali significativi cambi di insegnanti? sì no

Indicare eventuali ripetenze: _____

2

PARTE A

1. INDICARE PRIORITARIAMENTE LE ATTIVITÀ DIDATTICHE GIÀ SVOLTE PER IL TENZIAMENTO DELLE ABILITÀ SCOLASTICHE (vedi Linee Guida DSA del MIUR)

AMBITI DI OSSERVAZIONE

POTENZIAMENTO

(effettuato a scuola)

ESITI

LINGUA:

NO SI'

Descrizione delle performance raggiunte

(Che cosa l'allievo è capace di fare dopo l'esperienza facilitante di potenziamento) corrispondenza biunivoca segno Suono sintesi sillabica, riconoscimento di sillabe/fonemi consapevolezza fonologica rafforzamento dei prerequisiti esecutivi (capacità grafo-motorie) e dei prerequisiti costruttivi della lingua scritta (fasi di concettualizzazione: dal concreto all'astratto) correttezza ortografica riconoscimento della parola letta altro

ARITMETICA:

ambiti di potenziamento NO SI'

ESITI:

Descrizione delle performance raggiunte

(Che cosa l'allievo è capace di fare dopo l'esperienza facilitante di potenziamento)
 potenziamento dei processi di conteggio
 corrispondenza quantità/numero
 valore posizionale delle cifre
 strategie del calcolo a mente procedure calcolo scritto
 altro

2. INDICARE SE SONO STATI UTILIZZATI STRUMENTI DIDATTICI E TECNOLOGICI FUNZIONALI ALL'APPRENDIMENTO

- tabelline
 formulari
 mappe
 calcolatrice

3

- personal computer
 etc _____

Indicare quali si sono rivelati funzionali:

3. INDICARE SE SONO STATI SPERIMENTATI ACCORGIMENTI FUNZIONALI ALL'APPRENDIMENTO

- dare più tempo per l'esecuzione dei lavori
 alleggerire il carico di lavoro (ad esempio suddividendolo in unità di apprendimento più piccole)
 evitare alcune prestazioni (es: lettura a voce alta)
 attivare strategie di apprendimento cooperativo, lavori di gruppo, supporto tra pari, ...
 altro.....

Indicare quali si sono rivelati funzionali:

PARTE B

DESCRIZIONE DELLE SIGNIFICATIVE DIFFICOLTA' SCOLASTICHE CHE SI SONO RIVELATE PERSISTENTI DOPO GLI INTERVENTI DI POTENZIAMENTO EFFETTUATI

1. DESCRIZIONE DEL LINGUAGGIO ORALE (compilare se significativo per l'alunno/a):

Presenta difetti nella pronuncia delle parole? sì no

Esempi: _____

Quando parla presenta evidenti errori nella strutturazione delle frasi? sì no

Esempi: _____

2. DESCRIZIONE LIVELLO DI APPRENDIMENTO DELLA LETTO-SCRITTURA

(compilare ciò che è significativo per l'età):

SCRITTURA: ESEMPI TIPO DI ERRORI FREQUENTI (cerchiare)

AMBITO FONOLOGICO

AMBITO NON FONOLOGICO

AMBITO FONETICO

omissioni sc, gn, gli

uso maiuscola

accentazione

sostituzioni ch, gh

cu, qu, ccqu, qqu...

raddoppiamento

4

inversioni ci, gi

apostrofo

aggiunte divisioni e

fusioni illegali

essere/avere

Descrivere errori:

-

LETTURA: ESEMPI TIPO DI ERRORI FREQUENTI (cerchiare)

inesatta lettura della

sillaba

omissione di

sillaba, parola o riga

aggiunta di sillaba,

parola e rilettura di una

stessa riga

pausa per più di 5 secondi

spostamento di

accento

grossa esitazione autocorrezione per

errore grave

Descrivere errori:

 COMPILARE LA SEGUENTE TABELLA, INDICANDO IL PARAMETRO DELLA VELOCITA' SECONDO LA PROPRIA ESPERIENZA:

FRASI TESTO

TEMPI DI LETTURA molto lento lento scorrevole veloce molto lento lento scorrevole veloceTEMPI DI SCRITTURA molto lento lento scorrevole veloce molto lento lento scorrevole veloce**Comprende ciò che gli è stato letto?** sì abbastanza poco no**Comprende ciò che legge?** sì abbastanza poco no**E' in grado di riassumere ciò che ha letto:** oralmente sì abbastanza poco no per iscritto sì abbastanza poco no**E' in grado di raccontare le sue esperienze:** oralmente sì abbastanza poco no per iscritto sì abbastanza poco no**3. DESCRIZIONE PRODUZIONE TESTO SCRITTO (compilare se significativo per l'età):**

Aderenza consegna si abbastanza poco no

5

Corretta struttura morfosintattica si abbastanza poco no

Corretta struttura testuale (narrativo, descrittivo, regolativo ...)

si abbastanza poco no

adattamento lessicale

si abbastanza poco no

utilizzo della punteggiatura

si abbastanza poco no

concordanza genere/numero

si abbastanza poco no

concordanza tempi verbali

si abbastanza poco no

lunghezza testo adeguata

si abbastanza poco no

4. GRAFIA DELLA SCRITTURA

Descrivere come impugna lo strumento per scrivere /disegnare (matita, penna, pennarelli...)

 La scrittura risulta leggibile? sì abbastanza poco no

La forma delle lettere presenta deformazioni particolari?

sempre talvolta raramente mai

ESEMPI

(Eventualmente allegare copia produzione scritta)

Di preferenza quale tipologia di carattere utilizza nella scrittura?

(Indicare l'eventuale ordine di preferenza):

 corsivo stampatello maiuscolo stampatello minuscoloAlternanza di caratteri nello stesso testo: sì no**5. DESCRIZIONE APPRENDIMENTO LINGUA STRANIERA (compilare se significativo per l'età):**

Indicare quali lingue:

L2 _____

L3 _____

SEMPRE TALVOLTA RARAMENTE MAI Esempi

errori nello spelling

errori nella scrittura

errori nella lettura

difficoltà persistenti nella pronuncia

difficoltà persistenti nella trascrizione delle parole

difficoltà di acquisizione degli automatismi grammaticali di base evidenti differenze tra la comprensione del testo scritto e del testo orale

differenze tra le produzioni orali e quelle scritte

6. DESCRIZIONE DELL'APPRENDIMENTO DELLE ABILITA' ARITMETICHE

(compilare se significativo per l'età)

Riconosce e denomina i numeri: 0-5 0-10 0-20 0-100 oltre 100

Possiede il concetto di quantità: 0-5 0-10 0-20 0-100 oltre 100

Sa contare:

- con le dita sì no (tipologia di errori _____)

- in avanti sì no (tipologia di errori _____)

- all'indietro sì no (tipologia di errori _____)

SA OPERARE CON: ENTRO IL

NUMERO 10

0 – 20 0 – 100 OLTRE 100

ADDIZIONE sì, con materiale

sì, per iscritto

sì, a mente

no

sì, con materiale

sì, per iscritto

sì, a mente

no

sì, con materiale

sì, per iscritto

sì, a mente

no

sì, con materiale

sì, per iscritto

sì, a mente

no

SOTTRAZIONE sì, con materiale

sì, per iscritto

sì, a mente

no

sì, con materiale

sì, per iscritto

sì, a mente

no

sì, con materiale

sì, per iscritto

sì, a mente

no

sì, con materiale

sì, per iscritto

sì, a mente

no

MOLTIPLICAZIONE sì, con materiale

sì, per iscritto

sì, a mente

no

sì, con materiale

sì, per iscritto

sì, a mente

no

sì, con materiale

sì, per iscritto

sì, a mente

no

- sì, con materiale
 sì, per iscritto
 sì, a mente
 no

DIVISIONE sì, con materiale

- sì, per iscritto
 sì, a mente
 no

- sì, con materiale
 sì, per iscritto
 sì, a mente
 no

- sì, con materiale
 sì, per iscritto
 sì, a mente
 no

- sì, con materiale
 sì, per iscritto
 sì, a mente
 no

DIFFICOLTÀ DI AUTOMATIZZAZIONE DELL'ALGORITMO PROCEDURALE (compilare se significativo per l'età):

Operazioni scritte con:

- riporto sì spesso talvolta no
 prestito sì spesso talvolta no
 inclusione sì spesso talvolta no
 equivalenze sì spesso talvolta no

7

- equazioni** sì spesso talvolta no
 espressioni sì spesso talvolta no

Esempi (eventualmente allegare copia produzione scritta):

NELLA TRASCRIZIONE DEI NUMERI VI SONO ERRORI LEGATI AL VALORE POSIZIONALE DELLE CIFRE?

- sì no Se sì, indicare eventuali tipologie di errore

RISPETTO AI **PROBLEMI ARITMETICI** PRESENTA (compilare se significativo per l'alunno/a):

Difficoltà a comprendere la consegna: sì spesso talvolta no

Difficoltà ad individuare l'operazione necessaria allo svolgimento:

- sì spesso talvolta no

INDICARE LE STRATEGIE DI SOLUZIONE (es: necessità di materiale concreto o rappresentazione grafica)

7. DESCRIZIONE APPRENDIMENTO DELLA GEOMETRIA (compilare se significativo per l'età):

DIFFICOLTÀ NEL RICONOSCIMENTO DELLE FIGURE sì no

Esempi:

DIFFICOLTÀ NELL'ESECUZIONE GRAFICA DELLE FIGURE sì no

Esempi:

MEMORIZZAZIONE DELLE FORMULE sì no

Esempi:

RISOLUZIONE PROBLEMI GEOMETRICI sì no

Esempi:

8. DESCRIZIONE DELL'UTILIZZO DELLE MEMORIE (compilare se significativo per l'alunno/a):

8

Ricorda ciò che ha ascoltato di una breve comunicazione orale dell'insegnante?

- sì abbastanza poco no

-

Lo racconta in modo : chiaro un po' confuso, ma comprensibile confuso
 In generale ricorda ciò che ha guardato? sì abbastanza poco no
 Lo descrive in modo : chiaro un po' confuso, ma comprensibile confuso
 In generale ricorda sequenze motorie di ciò che ha fatto?
 - motricità fine sì abbastanza poco no
 - grosso motorie sì abbastanza poco no
 Le descrive in modo: chiaro un po' confuso, ma comprensibile confuso
 In generale riproduce sequenze motorie proposte?
 - motricità fine sì abbastanza poco no
 - grosso motorie sì abbastanza poco no
 Esempi: _____

9. DESCRIZIONE ORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE (compilare se significativo per l'alunno/a):

Riconosce la destra e la sinistra sì spesso talvolta no

Usa prevalentemente:

- mano destra sinistra entrambe

- piede destro sinistro entrambi

Sa individuare prima /ora /dopo sì spesso talvolta no

Sa individuare ieri /oggi /domani sì spesso talvolta no

Riconosce e denomina i giorni della settimana sì spesso talvolta no

Riconosce e denomina i mesi dell'anno sì spesso talvolta no

Sa leggere l'orologio analogico sì spesso talvolta no

Sa organizzare lo spazio foglio:

- nel disegno sì abbastanza poco no

- nella scrittura sì abbastanza poco no

- nel calcolo (incolonnamento) sì abbastanza poco no

10. DESCRIZIONE DELL'ABILITA' E DELLA MOTIVAZIONE ALLO STUDIO

(compilare se significativo per l'alunno/a):

SEMPRE TALVOLTA RARAMENTE MAI

MOTIVAZIONE ALLO STUDIO: (Esempio) Mi piace studiare per imparare cose nuove ORGANIZZAZIONE: (Esempio)

All'inizio del pomeriggio passo in rassegna tutte le cose che devo fare

ELABORAZIONE STRATEGICA: (Esempio)

Durante lo studio cerco di usare parole mie nel ripetere quello che ho studiato

FLESSIBILITA': (Esempio) Leggo in maniera diversa quando leggo per studiare o quando leggo per divertimento

CONCENTRAZIONE: (Esempio) Quando studio allontano le cose che potrebbero distrarmi

ANSIA: (Esempio) Quando sono interrogato dal posto mi sento agitato

ATTEGGIAMENTO VERSO LA SCUOLA:

(Esempio) Per me la scuola è un piacevole posto dove stare con gli altri

11. DESCRIZIONE DI ATTIVITA' E CONTESTI CHE FACILITANO LA CONCENTRAZIONE E

L'APPRENDIMENTO:

lezione frontale sì abbastanza poco no

lezione piccolo gruppo sì abbastanza poco no

lezione individuale sì abbastanza poco no

lettura silenziosa sì abbastanza poco no

lettura a voce alta sì abbastanza poco no

scrittura spontanea sì abbastanza poco no

dettatura sì abbastanza poco no

calcolo scritto sì abbastanza poco no

calcolo a mente sì abbastanza poco no

risoluzione di problemi sì abbastanza poco no

disegno sì abbastanza poco no

attività manuali sì abbastanza poco no

visione filmati sì abbastanza poco no

La sua concentrazione varia significativamente nella mattinata? sì no

Se sì, indicare in che modo:

12. COMPORAMENTI RICONTRABILI A SCUOLA (compilare se significativo per l'alunno/a):

giocherella con oggetti quasi mai talvolta spesso molto spesso

si estranea quasi mai talvolta spesso molto spesso

parla con i compagni durante la lezione quasi mai talvolta spesso molto spesso

si alza dal proprio posto quasi mai talvolta spesso molto spesso

tende ad imporsi con prepotenza quasi mai talvolta spesso molto spesso

10

tende a chiudersi quasi mai talvolta spesso molto spesso

i suoi quaderni e il suo materiale sono tenuti in ordine quasi mai talvolta spesso molto spesso

altro _____ quasi mai talvolta spesso molto spesso

Nel tempo scuola meno strutturato (intervallo, mensa, ecc.):

- sta con gli altri
 si isola
 partecipa alle attività dei gruppi spontanei

A SUO GIUDIZIO, la **disponibilità all'apprendimento** si differenzia (**compilare se significativo per l'alunno/a**):

- nel gruppo classe: migliora peggiora non cambia
 nel piccolo gruppo: migliora peggiora non cambia
 nel rapporto individuale: migliora peggiora non cambia
 con l' aiuto dei compagni: migliora peggiora non cambia

13. IN CLASSE COME SI RIESCE A MOTIVARE MAGGIORMENTE LO STUDENTE?

(eventualmente indicare ordine)

- vicinanza fisica dell'insegnante
 richiamo all'attenzione da parte dell'insegnante
 gratificazione con voto-giudizio
 promessa di gioco
 minaccia di punizione (note)
 alleggerimento del lavoro
 altro _____

14. QUALI SONO LE ABILITÀ' EVIDENZIABILI DELLO STUDENTE?

(i suoi **punti di forza**, i suoi PRINCIPALI interessi scolastici ed extrascolastici)

EVENTUALI OSSERVAZIONI AGGIUNTIVE:

FIRMA INSEGNANTI

FIRMA GENITORI

(per presa visione)

1

ALLEGATO 3

(PER LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO/SECONDO GRADO ,PER LE ISTITUZIONI FORMATIVE DEL SISTEMA leFP)

Regione Piemonte Ufficio Scolastico Regionale

Per il Piemonte

SCHEDA DI COLLABORAZIONE TRA ISTITUZIONI SCOLASTICHE, ISTITUZIONI FORMATIVE DEL SISTEMA leFP E FAMIGLIA, DESCRITTIVA DELLE AZIONI DIDATTICO-PEDAGOGICHE E DELLE ABILITÀ' SCOLASTICHE

La scheda può costituire:

a) nel caso di un allievo/a già certificato con Disturbo Evolutivo delle Abilità Scolastiche (DSA):

-uno strumento di condivisione sull'andamento scolastico, da utilizzarsi per il **passaggio da un ordine di scuola all'altro** (ad esempio, gli insegnanti dell'ultimo anno della scuola primaria potranno compilarla a favore dei futuri docenti della scuola secondaria di primo grado ed i docenti della scuola secondaria di I grado la compileranno a favore dei colleghi della scuola secondaria di II grado o delle istituzioni formative del sistema leFP), finalizzata ad evidenziare gli interventi pedagogico-didattici della scuola di provenienza e le abilità scolastiche acquisite dall'allievo/a con Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche (DSA);

- uno strumento **per** evidenziare gli interventi pedagogico-didattici della scuola di provenienza e le abilità scolastiche acquisite dall'allievo/a con Disturbi evolutivi delle abilità scolastiche (DSA) al fine di **richiedere il rinnovo della certificazione diagnostica di DSA** (non prima di tre anni dalla precedente).

b) nel caso di un allievo con difficoltà scolastiche, frequentante la scuola secondaria o le Istituzioni Formative del Sistema leFP, la scheda costituisce uno strumento didattico-pedagogico per favorire i processi di apprendimento e di partecipazione e per rendere maggiormente funzionale la comunicazione tra la scuola e la famiglia (come indicato dall' **Art. 2 comma 1 del DM 5669/2011 e D.M. 297 del 17/04/2013**).

In particolare, la scheda consente di documentare il percorso personalizzato attivato dalla scuola (PARTE A) e di descrivere le abilità scolastiche (PARTE B).

La **scheda compilata sarà condivisa e consegnata alla famiglia.**

Si rammenta che la compilazione della presente scheda “non costituisce attività di screening” (Legge n. 21/07 Regione Piemonte;....)

DATA DI COMPILAZIONE DA PARTE DEGLI INSEGNANTI: ___/___/_____

NOME E COGNOME _____

NATO A _____ DATA di NASCITA: ___/___/_____

Eventuale DATA DIAGNOSI: ___/___/_____

FREQUENTA:

SCUOLA: _____ **CLASSE :** _____

Indicare eventuali ripetenze: _____

PARTE A

1. DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI EDUCATIVO-DIDATTICI ATTIVATI DALLA SCUOLA

Quadro riassuntivo degli strumenti compensativi, delle misure dispensative, delle strategie metodologiche e didattiche attivate per l'allievo/a.

Selezionare e barrare le azioni svolte per favorire l'apprendimento dell'allievo/a nelle diverse materie scolastiche, indicandone l'esito: (F) FACILITANTE/ (O) OSTACOLANTE

STRUMENTI COMPENSATIVI/ MISURE DISPENSATIVE ITALIANO STORIA INGLESE FRANCESE GEOGRAFIA MATEMATICA

.....
. ESITO

Limitare o evitare la lettura ad alta voce all'alunno

Fornire la lettura ad alta voce del testo da parte del tutor, le consegne degli esercizi anche durante le verifiche

Utilizzare testi ridotti non per contenuto, ma per quantità di pagine

Consentire un tempo maggiore per gli elaborati.

Utilizzare carattere del testo delle verifiche

ingrandito (preferibilmente ARIAL 12-14).

Dispensare dal prendere appunti

Far utilizzare schemi riassuntivi, mappe tematiche.

Integrare libri di testo con appunti su supporto digitalizzato o su supporto cartaceo stampato (preferibilmente ARIAL 12-14).

Far utilizzare il PC (per videoscrittura correttore ortografico, audiolibri, sintesi vocale).

Far utilizzare la calcolatrice.

Evitare la copiatura dalla lavagna

Evitare la lettura/scrittura delle note musicali

Far utilizzare vocabolari elettronici

Ridurre la richiesta di memorizzazione di sequenze /lessico/poesie /dialoghi /formule

Dispensare dalle prove/verifiche a tempo

Fornire l'esempio dello svolgimento dell'esercizio e/o l'indicazione dell'argomento cui l'esercizio è riferito

STRATEGIE METODOLOGICHE E

DIDATTICHE ITALIANO STORIA INGLESE FRANCESE GEOGRAFIA MATEMATICA

. ESITO

Favorire il linguaggio iconico.

Evitare l'approccio globale.

Prediligere il metodo fonologico, ortografico, lessicale.

Consentire l'uso del carattere stampato maiuscolo.

Evitare la scrittura sotto dettatura, anche durante le verifiche.

Proporre contenuti essenziali e fornire chiare tracce degli argomenti di studio oggetto delle verifiche.

Consentire l'uso del registratore MP3 o altri dispositivi per la registrazione delle lezioni.

Concordare un carico di lavoro domestico personalizzato.

Utilizzo mediatori didattici (schemi ,formulari, tabelle , mappe, glossari) sia in verifica che durante le lezioni.

Ripetere le consegne.

Fornire fotocopie adattate per tipologia di carattere e spaziatura.

Incentivare/ avviare all'uso della videoscrittura, soprattutto per la produzione testuale o nei momenti di particolare stanchezza/il leggibilità del tratto grafico.

Nell'analisi: fornire la suddivisione del periodo in sintagmi, laddove si presenti la necessità

Fornire l'articolazione della struttura del testo (nominazione) nelle produzioni scritte e nella comprensione del testo

Privilegiare l'utilizzo corretto delle forme grammaticali rispetto alle acquisizioni teoriche delle stesse

Utilizzare la regola delle 5 W per i testi che lo consentono

Garantire l'approccio visivo e comunicativo alle Lingue

Favorire l'apprendimento orale

Privilegiare l'apprendimento esperienziale e laboratoriale

Consentire tempi più lunghi per consolidare gli apprendimenti

Curare la pianificazione della produzione scritta, con relativa argomentazione da parte del docente, finalizzata ad organizzare e contestualizzare il testo

Fornire, in tempi utili, copia delle verifiche affinché possa prendere atto dei suoi errori

Accettare una traduzione fornita “a senso”

Controllare direttamente / indirettamente la gestione delle comunicazioni sul diario e/o libretto personale

MODALITÀ DI VERIFICA E VALUTAZIONE ITALIANO STORIA INGLESE FRANCESE GEOGRAF MATEMA

. ESITO

Privilegiare nelle verifiche scritte ed orali concetti e terminologie utilizzate nelle spiegazioni

Concordare Interrogazioni orali programmate, senza spostare le date

Evitare la sovrapposizione di interrogazioni e verifiche (una sola interrogazione o verifica al giorno)

Concordare la tipologia prevalente delle verifiche scritte (scelta multipla, V o F/, aperte,...)

Valutare nelle prove scritte il contenuto e non la forma (punteggiatura, lessico, errori ortografici, di calcolo in matematica)

Stimolare e supportare l'allievo, nelle verifiche orali, aiutandolo ad argomentare e senza penalizzare la povertà lessicale.

PARTE B

DESCRIZIONE DELLE ABILITA' SCOLASTICHE DELL'ALUNNO/STUDENTE

Quando parla presenta errori nella strutturazione delle frasi? sì no

LETTURA: ESEMPI DI ERRORI FREQUENTI (cerchiare) (compilare se significativo per l'allievo/a)

inesatta lettura della sillaba

omissione di sillaba, parola o riga

aggiunta di sillaba, parola e riletura di una stessa riga

pausa per più di 5 secondi (fonemi ripetuti)

spostamento di accento

grossa esitazione autocorrezione per errore grave

FRASI TESTO

TEMPI DI LETTURA molto lento lento

scorrevole veloce

molto lento lento

scorrevole veloce

Comprende ciò che legge? sì _____ abbastanza poco no

Comprende ciò che gli viene letto? sì abbastanza poco no

E' in grado di riassumere ciò che ha letto:

oralmente sì abbastanza poco no

per iscritto sì abbastanza poco no

SCRITTURA: ESEMPI DI ERRORI FREQUENTI (cerchiare)) (compilare se significativo per l'allievo/a)

Omissioni lettere sc, gn, gli uso maiuscola accentazione

Sostituzioni lettere ch, gh cu, qu, cqu, qqu.. raddoppiamento Inversioni lettere ci, gi apostrofo

Aggiunte lettere separazioni e fusioni illegali essere/avere

Altro:

DETTATO TESTO

TEMPI DI SCRITTURA molto lento lento

scorrevole veloce

molto lento lento

scorrevole veloce

La SCRITTURA risulta leggibile? sì abbastanza poco no

Preferisce scrivere:

corsivo stampatello maiuscolo stampatello minuscolo

Sa organizzare lo spazio foglio: sì abbastanza poco no

COMPOSIZIONE DEL TESTO (compilare se significativo per l'allievo/a)

Aderenza consegna si abbastanza poco no

Corretta struttura morfo-sintattica si abbastanza poco no

Corretta struttura testuale (narrativo, descrittivo regolativo) si abbastanza poco no

Adattamento lessicale si abbastanza poco no

Utilizzo della punteggiatura si abbastanza poco no

Concordanza, genere/numero si abbastanza poco no

Concordanza tempi verbali si abbastanza poco no

Lunghezza testo adeguata si abbastanza poco no

DESCRIZIONE APPRENDIMENTO LINGUA STRANIERA (compilare se significativo per l'allievo/a)

Indicare quali lingue:

L2 _____

L3 _____

SEMPRE TALVOLTA RARAMENTE MAI Esempi

errori nello spelling

errori nella scrittura

errori nella lettura

difficoltà persistenti nella pronuncia

difficoltà persistenti nella trascrizione delle parole

difficoltà di acquisizione degli automatismi grammaticali di base

evidenti differenze tra la comprensione del testo scritto e del testo orale

differenze tra le produzioni orali e quelle scritte

DESCRIZIONE DELL'APPRENDIMENTO DELLE ABILITA' ARITMETICHE

(compilare se significativo per l'allievo/a)

Riconosce e denomina i numeri: 0-1000 oltre 1000

Sa operare con: numeri interi numeri decimali con frazioni

ADDIZIONE sì no sì no sì no

SOTTRAZIONE sì no sì no sì no

MOLTIPLICAZIONE sì no sì no sì no

DIVISIONE sì no sì no sì no

Nella trascrizione dei numeri vi sono errori legati al valore posizionale delle cifre? sì no

DIFFICOLTÀ DI AUTOMATIZZAZIONE DELL'ALGORITMO PROCEDURALE

(compilare se significativo per l'allievo/a)

Operazioni scritte con:

riporto sì spesso talvolta no

prestito sì spesso talvolta no

inclusione sì spesso talvolta no

Equazioni: sì spesso talvolta no

Equivalenze: sì spesso talvolta no

Espressioni: sì spesso talvolta no

RISPETTO AI PROBLEMI PRESENTA (compilare se significativo per l'allievo/a):

Difficoltà a capire la consegna sì spesso talvolta no

Difficoltà ad individuare l'operazione necessaria allo svolgimento: sì spesso talvolta no

Difficoltà nel riconoscimento delle figure geometriche sì spesso talvolta no

Difficoltà nell'esecuzione grafica delle figure sì spesso talvolta no

Difficoltà nella memorizzazione delle formule sì spesso talvolta no

Difficoltà nella risoluzione problemi geometrici sì spesso talvolta no

DESCRIZIONE DELL'ABILITÀ E DELLA MOTIVAZIONE ALLO STUDIO

(compilare se significativo per l'allievo/a)

SEMPRE TALVOLTA RARAMENTE MAI

MOTIVAZIONE ALLO STUDIO: (Esempio) Gli piace studiare per imparare cose nuove

ORGANIZZAZIONE: (Esempio) E' capace di identificare gli obiettivi di studio e i mezzi strategici per raggiungerli

ELABORAZIONE STRATEGICA: (Esempio) Durante lo studio cerca di usare parole sue nel ripetere quello che ha studiato

CONCENTRAZIONE: (Esempio) E' in grado di seguire le lezioni o svolgere compiti ignorando elementi di disturbo.

ANSIA: (Esempio) E' ansioso/agitato durante

verifiche e interrogazioni.

COMPORAMENTI RICONTRABILI A SCUOLA (compilare se significativo per l'allievo/a)

Si estranea e tende a chiudersi quasi mai talvolta spesso molto spesso

Parla con i compagni durante la lezione quasi mai talvolta spesso molto spesso

Si alza dal proprio posto quasi mai talvolta spesso molto spesso

Tende ad imporsi con prepotenza quasi mai talvolta spesso molto spesso

altro _____ quasi mai talvolta spesso molto spesso

Nel tempo scuola meno strutturato (intervallo, mensa, ecc.):

sta con gli altri si isola partecipa alle attività dei gruppi spontanei

Quali sono le abilità evidenziabili dello studente? _____

7

FIRMA DOCENTI

FIRMA GENITORI

(per presa visione)

PUGLIA

DGR 30.12.13, n. 2581-Variazione al Bilancio di previsione 2013 ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e dell'art. 12 della L.R. n. 46/2012 - Iscrizione somma di € 240.000,00 relativa al Protocollo di Intesa "Vita indipendente ed inclusione nella società" tra Regione Puglia e Ministero del Lavoro e Politiche Sociali.

Note

La legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" all'art. 14 detta disposizioni riguardanti progetti individuali per le persone con disabilità.

La legge 5 febbraio 1992, n. 104, "legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" così come modificata dalla legge 162 del 21 maggio 1998, detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza delle persone con disabilità.

In particolare, l'art. 39, co. 2, della richiamata legge 104/92, prevede che la Regioni possono provvedere, sentite le rappresentanze degli enti locali e le principali organizzazioni del privato sociale presenti sul territorio, nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio [...], a disciplinare, allo scopo di garantire il diritto alla vita indipendente alle persone con disabilità permanente e

-

limitazione grave dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York 13 dicembre 2006 e ratificata con la legge 3 marzo 2009, n. 18, in particolare, all'articolo 19 ("Vita indipendente ed inclusione nella società") prevede che "Gli Stati Parti [...] riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società.

Il Decreto del Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013, registrato presso la Corte dei Conti, Reg. 14, fg. 260, adotta il Programma di Azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità in attuazione della legislazione nazionale e internazionale ai sensi dell'art. 5, co.3, della citata legge 3 marzo 2009, n. 18.

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

E' stato espresso parere favorevole ai sensi dell'art. 5, co.2, del decreto interministeriale 6 luglio 2010, n. 167, sul richiamato Programma di Azione biennale, da parte della Conferenza Unificata in data 24 luglio 2013 (Rep. Atti n. 72) e, in particolare, la raccomandazione ivi contenuta formulata dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome (13/069/CU11/C8) riportante la richiesta di incrementare il finanziamento per le sperimentazioni regionali per le politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente.

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

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.

Con nota prot. n. A00_146/2/12/2013/004213 della dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria è stata formulata la candidatura della Regione Puglia con la proposta progettuale per "azioni sperimentali in materia di Vita Indipendente", e la richiesta di finanziamento di euro 240.000,00 (duecentoquarantamila/00), cui si aggiungono Euro 60.000,00 di cofinanziamento regionale già assicurato a valere sulle risorse del Fondo Regionale per le Non Autosufficienze di competenza per il 2013.

La suddetta proposta progettuale individua come Ambiti territoriali terreno di sperimentazione quelli di:

- 1) Barletta e Cerignola, con capofila Barletta
- 2) Casarano e Gagliano del Capo, con capofila Casarano
- 3) Altamura.

La suddetta proposta progettuale individua ai soli fini della sperimentazione quali target di beneficiari i medesimi già individuati con l'Avviso Pubblico regionale per il finanziamento dei Progetti di Vita Indipendente di cui all'A.D. n. 247/2013 (persone con disabilità motoria, in età compresa tra il 16 e i 64 anni e un reddito individuale a ogni titolo percepito non superiore a 20.000,00 euro), nonché persone non vedenti e persone affette da sindrome di down con gli altri requisiti già richiamati.

La suddetta proposta progettuale prevede che le azioni da realizzare siano relative alla estensione dei PRO.V.I. anche a persone non vedenti e con sindrome di down, sia pure a titolo sperimentale, e della sperimentazione dell'applicazione dei principi della vita indipendente a soluzioni di abitare

sociale in autonomia o co-housing sociale per il “durante noi” e “dopo di noi”.

La proposta della Regione Puglia risulta tra i progetti ammessi al finanziamento ai sensi del citato decreto direttoriale n. 206 del 10 dicembre 2013 e che il finanziamento relativo da parte ministeriale corrisponde complessivamente ad euro 240.000,00.

Gli interventi dovranno essere realizzati nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria di riferimento e in conformità alla progettazione approvata o come successivamente modificata a seguito di autorizzazione ministeriale, a pena di revoca o riduzione del finanziamento.

Con comunicazione del 12 dicembre 2013 il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, ha comunicato l’esito della valutazione delle proposte progettuali, di cui al D.D. n. 206/2013 suddetto, e richiesto a ciascuna Regione interessate di procedere celermente alla sottoscrizione mediante firma digitale dell’apposito protocollo di intesa, così come trasmesso dallo stesso Ministero.

Viene preso atto del Decreto Direttoriale n. 206 del 12.12.2013 del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, che approva la candidatura della Regione Puglia per il finanziamento di azioni sperimentali in materia di Vita Indipendente e assegna alla Regione Puglia l’importo di Euro 240.000,00.

Viene approvato lo schema di Protocollo di Intesa (Allegato 1) per come già approvato dal Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e trasmesso agli Uffici regionali competente.

TOSCANA

DGR 19.2.14, n. 103 - Integrazione contributi assegnati alle province toscane con DGR 968/13 per interventi di inclusione per studenti disabili iscritti a scuole secondarie di II grado.

Note

Sono assegnati alle Province, a integrazione degli importi assegnati con DGRT 968/2013 per interventi di inclusione degli studenti disabili iscritti alle scuole secondarie di secondo grado, relativi al trasporto scolastico e all’assistenza socioeducativa, l’ulteriore importo di 450.000,00 €,

POLITICHE SOCIALI

CAMPANIA

DGR 7.2.14, n. 26 - Programmazione sistema informativo sociale (sis) - "Campania Sociale Digitale" determinazione. (BUR n. 12 del 17.2.14)

Note

PREMESSA

L’articolo 21 della Legge n. 328/2000, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, prevede l’istituzione di un sistema informativo dei servizi sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali e per poter disporre di dati e informazioni “necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l’attivazione dei progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell’occupazione”.

L’articolo 25 della Legge Regionale n. 11/2007, “Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328”, prevede che la Regione istituisca e coordini, con le Province, il Sistema Informativo Sociale per i servizi sociali (SIS), definendo linee di indirizzo, modelli organizzativi, procedure e schemi di rilevazione omogenei, ed individuando, per Comuni associati, Province e Regione, specifici debiti informativi cui adempiere periodicamente.

Nel Piano Sociale Regionale 2009–2011 (I PSR), approvato con deliberazione n. 694/2009, la Giunta Regionale della Campania viene ritenuto il SIS strumento indispensabile per lo sviluppo di una conoscenza condivisa e di una rete permanente di informazione e comunicazione sociale, nonché necessario al fine di leggere i bisogni potenziali ed espressi delle comunità locali,

pianificare e programmare gli interventi ed i servizi territoriali, decodificare e ricodificare la domanda dei cittadini in funzione dell'offerta dei servizi, selezionare le prestazioni appropriate e monitorarne l'erogazione, valutare l'efficacia degli interventi e le performance per apportare adattamenti migliorativi.

LA CAMPANIA SOCIALE DIGITALE

Con la deliberazione n. 1318 del 31/07/2009, confermata dalla deliberazione n. 657/2010, la Giunta Regionale ha adottato un Piano di azione per realizzare uno specifico sistema informativo denominato "Campania Sociale Digitale", coerente con quanto prescritto dal decreto legislativo n. 82/2005 e sue ss.mm.ii. che promuove, tra l'altro, l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per favorire la riorganizzazione strutturale e gestionale della P.A., la razionalizzazione e la semplificazione di procedimenti amministrativi, attività gestionali, documentazione, modulistica, modalità di accesso e di fruizione dei servizi da parte dei cittadini.

IL RUOLO DEL COMUNE DI BARONISSI

Il Dirigente del Settore Assistenza Sociale, su mandato conferitogli dalla Giunta Regionale con la suddetta deliberazione n. 1318/2009, confermata dalla deliberazione n. 657/2010, al fine di dare attuazione al dettato normativo e di soddisfare il fabbisogno informativo del sistema integrato del welfare campano, ha affidato al Comune di Baronissi la realizzazione del SIS, istituendo il Centro Servizi Sociali Regionale presso il Centro Servizi Sociali Provinciale da questo gestito.

IL SUCCESSIVO SVILUPPO

Nel Piano sociale regionale 2013-2015 (II PSR), approvato con deliberazione n. 134 del 27/05/2013, la Giunta Regionale della Campania ha ritenuto che la dotazione di un efficiente ed efficace SIS sia indispensabile al perseguimento dell'Obiettivo strategico n. 4 "Rafforzare il Sistema integrato di interventi e servizi e gli assetti di governance", ed ha previsto specifiche azioni di rafforzamento ed implementazione del SIS "Campania Sociale Digitale.

LE CONSEGUENZE

Le indicazioni operative per la presentazione dei Piani di Zona nella I annualità del II PSR, approvate con decreto dirigenziale n. 308 del 17/06/2013 dal Settore Assistenza Sociale, come previsto dal Piano di azione "Campania Sociale Digitale", hanno indicato nella presentazione digitale, con un applicativo *web based* a tal fine dedicato, l'unica modalità di consegna del Piano di Zona.

L'articolo 3 della Legge Regionale n. 14/2013 ha disposto che la Regione Campania assicuri il diritto di accesso e riutilizzo dei dati a tutti i potenziali operatori che intendono trattare le informazioni in essi contenute, per finalità che non contrastano con i principi del vigente ordinamento giuridico.

IL RIORDINO DELLE PARTECIPAZIONI SOCIETARIE DELLA REGIONE

L'articolo 1 della Legge Regionale n. 15/2013 dispone il riordino delle partecipazioni societarie della Regione afferenti al Polo dello sviluppo, della ricerca e innovazione, in materia di comunicazione, ricerca e innovazione tecnologica, compresa quella attinente il sistema informativo e informatico.

L'articolo 4 della Legge Regionale n. 15/2013 disciplina la prosecuzione dell'attività in essere presso le società *in house*

IL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE E LA SOCIETÀ DIGIT CAMPANIA SCARL

Il Sistema Informativo Sociale (SIS) denominato "Campania Sociale Digitale" ha una valenza strategica per il sistema integrato dei servizi sociali campani e che è uno strumento indispensabile per il suo buon funzionamento;

Il fabbisogno degli interventi e dei servizi del Sistema Informativo Sociale (SIS) denominato "Campania Sociale Digitale" è descritto nell'allegato al presente atto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Il Settore Assistenza Sociale, con l'approssimarsi della conclusione delle attività affidate al Comune di Baronissi in esecuzione del citato Piano di azione per realizzare "Campania Sociale Digitale",

con nota prot. reg. n. 569097 del 05/08/2013 ha richiesto alla società in house Digit Campania scarl, a tanto preposta statutariamente, un piano finalizzato alla sua presa in carico.

La società in house Digit Campania ha fatto pervenire un Piano per la presa in carico, acquisito al prot. reg. col n. 580655 del 09/08/2013, ed aggiornato con integrazioni e modifiche acquisite al prot. reg. col n. 660887 del 25/09/2013 e n. 816052 del 28/11/2013.

LA PROCEDURA RISTRETTA

La Direzione Generale per l'Università la Ricerca e l'Innovazione, per il tramite della Direzione Generale Risorse Strumentali ha bandito la procedura ristretta per l'affidamento di servizi di sviluppo e realizzazione del sistema informativo dell'amministrazione regionale (SIAR), di gestione e manutenzione del software e di ridisegno dei processi della giunta regionale della Campania di cui al D.D. n. 3 del 25/01/2013 dell'AGC 10 Settore 2;

con nota prot. reg. n. 73521 del 31.01.2014, il Direttore Generale per l'Università, la Ricerca e l'Innovazione ha condiviso l'utilità e le finalità dell'intervento, rappresentando l'opportunità di armonizzare il SIS con il realizzando sistema informativo dell'amministrazione regionale (SIAR).

LA DISPOSIZIONE

Viene garantito, senza soluzione di continuità, operatività, sviluppo e manutenzione correttiva ed evolutiva al Sistema Informativo Sociale (SIS) "Campania Sociale Digitale".

Si procede nelle forme dell'*in house providing* per soddisfare il fabbisogno degli interventi e dei servizi descritto nell'allegato al presente atto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (Allegato A).

Viene destinato al finanziamento del Sistema Informativo Sociale (SIS) "Campania Sociale Digitale" l'importo di euro 1.350.000,00 individuando le risorse a valere sui fondi regionali della Missione 12, Programma 7 la cui titolarità è affidata alla Direzione Generale 12 (DIP.54), per la fase di prima infrastrutturazione del sistema e salvo la verifica di congruità della progettazione esecutiva.

Allegato A

FABBISOGNO DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE (SIS)

Al fine di definire il fabbisogno da soddisfare attraverso l'affidamento secondo le quanto prescritto dalla L.R. 15/2013, nelle pagine seguenti si provvede a descrivere la struttura ed i componenti del SIS e, quindi, ad individuare gli interventi che si ritengono necessari per la sua manutenzione ed il suo utilizzo.

1. La struttura del SIS

Il SIS deve, attraverso una adeguata infrastruttura diffusa sul territorio regionale, dispiegare le potenzialità degli strumenti TCI per favorire la sistematica attività di *networking* indispensabile per costruire un solido sistema integrato di interventi e servizi sociali e dar voce alla dialettica tra tutti gli attori (decisori, operatori e destinatari dei servizi).

Il SIS, così come delineato dal Piano di azione "Campania Sociale Digitale" e specificato nell'allegato operativo al Piano di lavoro del Centro Servizio Sociale Regionale di Baronissi, cui è stata affidata la realizzazione, si articola in 6 applicativi con una interfaccia web, dalla quale si accede ad essi.

1.1 Il portale del SIS

L'interfaccia web è costituita da un portale, strutturato in pagine generali e pagine di Ambito Territoriale, che deve articolarsi in un'area pubblica, liberamente consultabile, in cui cittadini e *stakeholders* trovano tutte le informazioni relative al sistema integrato dei servizi sociali campani, ed un'area riservata, nella quale gli operatori regionali e territoriali, secondo il proprio ruolo, possono svolgere le attività operative, gestionali e direzionali. Ovviamente esso deve essere conforme alle indicazioni normative elencate nelle "Linee guida per i siti web della P.A."

Al fine di assolvere tempestivamente alla funzione informativa, oltre che presentare gli output degli applicativi in forma sia di mappe territoriali che di *open data*, il portale deve essere dotato di un

adeguato CMS (*Content Management System*, sistema di gestione dei contenuti) che consenta agli operatori regionali ed a quelli territoriali di implementarne contenuti, rispettivamente nelle pagine generali ed in quelle di Ambito, e di una newsletter per comunicare tempestivamente ai cittadini ed agli *stakeholders* sottoscrittori, gli aggiornamenti in esso presenti.

Previa una procedura di accreditamento all'area riservata, agli operatori (regionali e territoriali) ed ai decisori deve essere consentito l'accesso a cruscotti (operativi, gestionali e direzionali) in grado di soddisfarne il fabbisogno informativo e funzionali allo svolgimento dei compiti relativi al proprio profilo.

1.2 Gli applicativi del SIS

Gli applicativi del SIS devono essere in grado di produrre tutte le informazioni più significative del sistema integrato degli interventi e dei servizi del welfare campano, necessarie *ex ante* per il processo di programmazione (regionale e territoriale), *in itinere* per il monitoraggio e la rilevazione costante delle prestazioni, dei servizi e della spesa per sostenerli, *ex post* per l'attività di rendicontazione e di *accountability*, ovvero di giudizio condiviso di tutti gli attori del *welfare* campano (decisori, operatori e destinatari dei servizi).

Così come sintetizzato nella tabella seguente, gli applicativi devono pertanto consentire la mappatura della domanda di servizi alla persona, potenziali e manifesti, delle comunità locali; supportare la pianificazione e la programmazione della loro offerta; favorire la decodifica e ricodifica della domanda espressa in funzione dell'offerta di servizi, per individuare le prestazioni più appropriate; monitorare la loro erogazione, valutandone l'efficacia per promuovere i necessari adattamenti migliorativi.

Applicativo Domanda potenziale

Offerta potenziale

Domanda espressa

Attività programmata

Attività realizzata

Offerta erogata

Risultato

Ottenuto 1. Profilo di Comunità X

2. Carta dei Servizi X

3. Anagrafi fornitori X

4. PdZ Presentazione e gestione X

5. PdZ Attuazione X

6. Cartella Sociale Informatizzata X X X

Le caratteristiche di ciascun applicativo sono di seguito sinteticamente descritte.

1.2.1 “Profilo di Comunità”

L'applicativo deve processare dati provenienti da fonti riconosciute ed attendibili (ISTAT, SSN, etc.), importati attraverso la cooperazione applicativa tra sistemi informativi laddove possibile, o procedure semiautomatiche di acquisizione degli *open data* forniti dalle Amministrazioni competenti, attivate dagli operatori regionali e territoriali.

L'output atteso è costituito da indicatori sintetici in grado di rappresentare compiutamente le variabili più significative (demografiche, sanitarie, socio-economiche, etc.) degli Ambiti Territoriali, presentate in modo da coglierne il posizionamento nel contesto regionale e provinciale, nonché di delineare le caratteristiche della comunità analizzata e la potenziale domanda di servizi che essa esprime.

Gli indicatori del “Profilo di Comunità” devono essere disponibili e fruibili da cittadini e *stakeholders* in formato aperto nell'area pubblica del Portale “Campania Sociale”, sia nella *home page* che nelle pagine di ciascun Ambito, e devono essere acquisiti dall'applicativo “PdZ presentazione e gestione” a supporto delle scelte strategiche della programmazione territoriale.

1.2.2 “Carta dei Servizi”

L'applicativo deve consentire agli operatori degli enti del sistema integrato dei servizi sociali, attraverso la compilazione di *format* conformi agli schemi adottati dalla Regione Campania, di redigere la propria carta dei servizi e di disporre delle informazioni in essa presenti in formato digitale.

L'output atteso è costituito pertanto dalla Carta dei Servizi delle Strutture e degli Enti fornitori di servizi accreditati, nonché dalla Carta della Cittadinanza degli Ambiti Territoriali, sia singolarmente che strutturate in un DB generale che renda possibile il confronto tra le informazioni e gli standard presenti in ciascuna di esse.

Le Carte dei Servizi e le Carte della Cittadinanza devono essere disponibili e fruibili da cittadini e *stakeholders* in formato aperto nell'area pubblica del Portale "Campania Sociale", ed inoltre devono essere acquisiti dall'applicativo "PdZ presentazione e gestione" a corredo della documentazione obbligatoria della pianificazione sociale, e dall'applicativo "Anagrafi fornitori" quale elemento necessario per il buon esito della procedura di accreditamento.

1.2.3 "Anagrafi fornitori"

L'applicativo deve consentire ai legali rappresentanti delle Strutture e degli Enti fornitori di servizi, di attivare la procedura di accreditamento prevista dal relativo regolamento, e di assolvere ai connessi adempimenti anche utilizzando l'applicativo "Carta dei Servizi", nonché agli operatori delle Amministrazioni Comunali competenti di gestire *online* il procedimento.

L'output atteso è costituito da un DB che in tempo reale descrive le caratteristiche principali delle Strutture sociali e dei fornitori di Servizi presenti sul territorio regionale in grado di soddisfare adeguatamente i bisogni assistenziali dei cittadini campani.

L'elenco dei fornitori deve essere disponibile e fruibile da cittadini e *stakeholders* in formato aperto nell'area pubblica del Portale "Campania Sociale", e deve essere acquisito dall'applicativo "PdZ monitoraggio" al fine di registrare, nell'attuazione dei servizi programmati nel PdZ, quali sono i fornitori prescelti.

FABBISOGNO DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE (SIS)

1.2.4 "PdZ Presentazione e gestione"

L'applicativo deve consentire agli operatori dell'Ufficio di Piano degli Ambiti Territoriali di programmare gli interventi sul proprio territorio, attraverso la redazione del Piano di Zona triennale e dei suoi aggiornamenti annuali, nonché agli operatori regionali di verificarne la conformità con le disposizioni normative e le indicazioni regionali, attraverso la valutazione delle sue componenti costitutive.

L'output atteso è costituito da un *Data Warehouse* per ogni Ambito Territoriale del proprio PdZ, da un DB che consenta di cogliere con indicatori sintetici le sue dimensioni più significative, nonché da un DB in grado di assolvere ai debiti informativi esistenti (ISTAT, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, etc.)

Gli indicatori sintetici degli interventi e dei servizi programmati con i PdZ devono essere disponibili nell'area pubblica del Portale "Campania Sociale" e fruibili da cittadini e *stakeholders* in formato aperto, sia nella *home page* che nelle pagine di ciascun Ambito, e devono essere acquisiti dall'applicativo "PdZ Attuazione" per il monitoraggio degli stati di avanzamento.

1.2.5 "PdZ Attuazione"

L'applicativo deve consentire agli operatori dell'Ufficio di Piano degli Ambiti Territoriali di registrare lo stato di avanzamento procedurale, fisico e finanziario degli interventi programmati nel PdZ, ed attraverso il loro monitoraggio, agli operatori regionali di gestire i procedimenti amministrativi ad essi connessi, quali ad esempio l'erogazione delle risorse assegnate.

L'output atteso è costituito da un *Data Warehouse* per ogni Ambito Territoriale degli atti (note, decreti, etc.) dei procedimenti amministrativi connessi all'attuazione del PdZ, da un DB che permetta di cogliere attraverso indicatori sintetici il grado di realizzazione di quanto programmato, nonché da un DB in grado di assolvere ai debiti informativi.

Gli indicatori sintetici degli interventi e dei servizi attuati devono essere disponibili nell'area pubblica del Portale "Campania Sociale" e fruibili da cittadini e *stakeholders* in formato aperto, sia nella *home page* che nelle pagine di ciascun Ambito.

1.2.6 "Cartella Sociale Informatizzata"

L'applicativo deve consentire agli operatori degli Ambiti Territoriali a tal fine preposti, di rovedere alla presa in carico degli utenti in modo efficiente, efficace ed appropriato, favorendo la cooperazione tra tutti gli attori del welfare campano, e significativamente con gli operatori sanitari per ciò che concerne i servizi sociosanitari. Esso deve pertanto consentire la raccolta delle informazioni di ogni cittadino che si rivolge al sistema integrato dei servizi, attraverso la registrazione dei dati relativi all'accesso, alla valutazione del bisogno (sociale o sociosanitario), alla composizione del progetto individuale di intervento ed al monitoraggio della sua attuazione.

L'output atteso è costituito da un *Data Warehouse* per ogni Ambito Territoriale dei fascicoli elettronici dei propri utenti, comprensivo di dati e di documentazione opportunamente digitalizzata, delle schede di valutazioni impaginate con i *format* condivisi con gli operatori sanitari (SVAMA e SVAMDI), nonché di un DB che consenta di descrivere in forma anonima ed aggregata le loro caratteristiche e di assolvere ai debiti informativi esistenti (SINA e SINBA) ed in via di definizione (SIP).

Gli indicatori sintetici, in forma anonima ed aggregata, devono essere disponibili nell'area pubblica del Portale "Campania Sociale" e fruibili da cittadini e *stakeholders* in formato aperto, sia nella *home page* che nelle pagine di ciascun Ambito, relativamente ai propri fruitori, e devono essere acquisiti dall'applicativo "PdZ Programmazione e gestione" per individuare il fabbisogno di ciascun servizio.

2. Il fabbisogno degli interventi e dei servizi

Senza altro preliminare è la presa in carico dei server. Dopo aver effettuato, così come concordato, il sopralluogo nell'attuale loro sede a Baronissi, i tecnici di Digit Campania hanno consegnato una relazione nella quale, rilevata la difficoltà a garantire un adeguato programma di manutenzione, propongono di procedere progressivamente attraverso la virtualizzazione dei server fisici da avviare con un clone del SIS privo di dati sensibili e, solo dopo aver reindirizzato la rete, allineato i dati e verificato il corretto funzionamento sulla nuova piattaforma, procedere al trasferimento definitivo. Vista l'imminente scadenza dell'affidamento a Baronissi, sembra una soluzione da adottare in tempi rapidi.

Assolutamente necessaria è la disponibilità di una elevata connettività. La difficoltà sperimentata dagli operatori di molti Ambiti Territoriali ad accedere all'applicativo "PdZ presentazione e gestione" in prossimità della data di scadenza della presentazione del Piano di Zona, ha dimostrato l'importanza per un sistema informativo *web based* di disporre di una adeguata banda.

Considerando che con il SIS a regime saranno migliaia i suoi operatori, e che gli applicativi sono destinati ad essere strumenti di lavoro fondamentali, è indispensabile garantirne la piena fruibilità.

Ugualmente necessaria, oltre che espressamente previsto sul piano normativo, è assicurare la continuità operativa. Operare sistematicamente la manutenzione dei server e l'aggiornamento delle procedure atte a fronteggiare eventi che possono compromettere il loro funzionamento (*disaster recovery*) sono attività assolutamente imprescindibili, giacché il danneggiamento degli apparati provocherebbero il blocco delle attività ed una perdita delle informazioni: un danno di enorme portata per il sistema integrato dei servizi sociali della Campania.

Senza altro indispensabile è l'adeguamento degli applicativi, sia dal punto di vista dell'aggiornamento alle disposizioni normative (in specie in materia di *privacy*), che del loro sviluppo, attività evidentemente complementari a quelle già realizzate con il Piano di azione.

Indispensabile è, inoltre, il completamento del portale, sia delle pagine generali che delle pagine di Ambito. Completate le pagine statiche e dinamiche, occorre dotarlo di tutte le funzionalità previste, implementare i profili di accesso, definire e realizzare i layout, dotarli di cruscotti e *tools*, necessari per l'espletamento delle attività per ciascuno di essi previste.

A supporto degli utilizzatori del SIS, è necessario un servizio di help desk, per risolvere tempestivamente anomalie degli applicativi e per supportare gli operatori all'utilizzo degli stessi.

3. L'azione di accompagnamento

L'efficacia del sistema rispetto agli obiettivi prefissati presuppone una corretta gestione delle informazioni da parte degli operatori territoriali e regionali che lo utilizzano. A tal proposito il progetto prevede un'azione di accompagnamento e di supporto, finalizzata a rafforzare il ruolo del personale impiegato nel sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, che favorisca il connubio tra le proprie prassi operative e la produzione e gestione delle informazioni digitali.

Il grado di fruibilità delle informazioni, attraverso un portale web, come il Sistema Informativo Sociale, dipende, infatti, dalla capacità di lettura dei bisogni potenziali ed espressi delle comunità locali, di decodifica e ricodifica della domanda dei cittadini in funzione dell'offerta dei servizi, di selezione delle prestazioni appropriate, di monitoraggio della loro erogazione, nonché di supporto alla valutazione della loro efficacia.

L'azione di accompagnamento dovrà essere realizzata in affiancamento agli operatori territoriali e regionali, con il duplice obiettivo di favorire il corretto utilizzo del sistema informativo, quale strumento per lo sviluppo di una conoscenza condivisa che sfrutti appieno le potenzialità delle TIC e, contestualmente, il trasferimento di competenze in materia di management delle informazioni e della conoscenza.

DPGR 14.2.14, n. 50 -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 nuovo commissario ad acta. (BUR n. 12 del 12.2.14)

Note

Viene nominato il dott. Giuseppe Matarazzo, nato a Vitulano (BN), il 17/02/1953 quale Commissario *ad acta* dei comuni di Baselice, Campolattaro, Casalduni, Castelfranco in Miscano, Castelpagano, Castelvetere in Val Fortore, Circello, Colle Sannita, Foiano di Val Fortore, Fragneto l'Abate, Fragneto Monforte, Ginestra degli Schiavoni, Molinara, Montefalcone di Val Fortore, Morcone, Pontelandolfo, Reino, San Bartolomeo in Galdo, San Giorgio La Molara, San Marco dei Cavoti, Santa Croce del Sannio, Sassinoro aggregati nell'ambito territoriale B5, con lo specifico mandato di provvedere, in sostituzione degli ordinari organi comunali:

- 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;
- 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.

Viene attribuito al Commissario *ad acta* il compenso indennitario lordo e onnicomprensivo anche delle eventuali spese sostenute, il cui onere grava in egual misura sui bilanci dei Comuni commissariati, in misura pari all'indennità di funzione mensile dei presidenti delle unioni di comuni con popolazione pari al totale degli abitanti dei comuni commissariati aggregati nel singolo ambito, determinata con decreto ministeriale 4 aprile 2000, n. 119, incrementato del venticinque per cento, nel rispetto della normativa in materia di pubblico impiego sulla onnicomprensività della retribuzione.

PIEMONTE

DD 11.12.13, n. 273 - Iscrizione alla rete "European Social Network". Impegno di spesa di euro 965,00 (BUR n. 9 del 27.2.14)

Note

PREMESSA

Con la proposta della Commissione Europea COM (2010) 2020 del 03.03.2010 “Europa 2020: una strategia per una crescita intelligente, sostenibile ed inclusiva” è stata lanciata dall’Unione Europea un’azione riformatrice che punta a rafforzare l’economia dell’Unione nel prossimo decennio, grazie alle priorità tematiche:

- Crescita intelligente: sviluppare un’economia basata sulla conoscenza e sull’innovazione;
- Crescita sostenibile: promuovere un’economia più efficiente sotto il profilo delle risorse, più verde e più competitiva;
- Crescita solidale: promuovere un’economia con un alto tasso di occupazione che favorisca la coesione sociale e territoriale.

Con la DGR n. 1-6617 dell’11 novembre 2013 “Approvazione della proposta di Documento Strategico Unitario della regione Piemonte per la programmazione 2014-2020 dei Fondi europei a finalità strutturale. Proposta del Consiglio regionale.” con la quale è stata approvata la proposta di Documento Strategico Unitario (DSU), quale quadro strategico di riferimento della politica regionale di sviluppo e della programmazione integrata dei fondi europei, nazionali e regionali per il periodo 2014-2020.

Con la D.G.R. n. 2-6618 dell’11 novembre 2013 “Definizione ed articolazione della programmazione regionale dei Fondi europei a finalità strutturale 2014-2020. Istituzione della Cabina di Regia e del Comitato Tecnico a supporto della stessa. Istituzione di un Comitato di Partnernariato allargato”, è stata articolata la programmazione regionale dei Fondi europei a finalità strutturale ed è stato dato atto dell’inserimento della Regione Piemonte nei programmi di cooperazione territoriale europea (CTE), tra i quali: programmi di cooperazione transfrontaliera Italia-Francia ed Italia-Svizzera, Spazio Alpino, Europa Centrale, Med, Interreg Europe, Urbact, Espon, Interact.

Con la medesima deliberazione vengono istituiti una Cabina di Regia per la programmazione 2014-2020 ed un Comitato tecnico a supporto della stessa che, al fine di garantire la massima efficacia dell’azione di coordinamento, dovrà essere integrato di volta in volta dalle strutture regionali competenti nelle materie oggetto di programmazione.

L’indicazione della Commissione UE ai Paesi Membri prevede che almeno il 20% delle risorse del FSE siano allocate a favore dell’obiettivo tematico “Promuovere l’inclusione sociale e combattere la povertà”.

Le azioni riferite all’obiettivo “Promuovere l’inclusione sociale e combattere la povertà” sono di competenza dell’Assessorato Tutela della Salute e Sanità, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Direzione Politiche sociali e Politiche per la famiglia.

Nell’ambito dell’Unione Europea sono sorti networks, al fine di promuovere forme di partnernariato fra gli Stati membri e le loro articolazioni territoriali per favorire il raggiungimento degli obiettivi prefissati dalla Comunità Europea.

Avviare, promuovere e realizzare progettualità europee nell’area dei servizi sociali richiede un considerevole sforzo ed un forte onere sotto il profilo organizzativo e tecnico, che necessita di essere sostenuto da un corrispettivo impegno sul piano politico e istituzionale e che, pertanto, la Direzione Politiche Sociali e Politiche per la famiglia ritiene utile partecipare alle attività promosse da networks specializzati in materia di politiche sociali, allo scopo di partecipare a bandi che affrontino argomenti di carattere sociale ed agevolazioni nell’inserimento delle reti di partnernariato; Con la nota in data 5 dicembre 2013 il Direttore Generale della rete europea “European Social Network” (ESN), Mr. John Halloran, invita la Regione Piemonte ad aderire quale membro dell’organizzazione.

La rete "European Social Network" - ESN -, è rappresentata in circa 30 paesi europei all’interno e al di là dei confini dell’Unione Europea, ed è costituita da un forum di direttori di servizi sociali, di rappresentanti di strutture universitarie, istituzioni di ricerca e di ONG che si pone l’obiettivo di promuovere comuni approcci concettuali e metodologici e facilitare lo scambio di informazioni e di buone pratiche sull’organizzazione dei servizi sociali, attraverso incontri finalizzati al confronto dei

contesti normativi, politici e organizzativi che anima il sistema di welfare dei Paesi che aderiscono alla rete.

La rete "European Social Network" organizza annualmente conferenze che affrontano problematiche attinenti i servizi sociali ed i bisogni socio-sanitari che emergono in un ambiente sociale ed economico in continua evoluzione.

L'adesione alla rete ESN costituisce una opportunità interessante per capire i cambiamenti attuali e per scambiare idee, esperienze e "buone pratiche", e permette di lavorare in rete con coloro che sono responsabili della pianificazione e dell'implementazione di servizi in differenti regioni d'Europa: programmatori, politici, managers e professionisti.

Sono già membri della rete ESN: Regione Valle d'Aosta, Regione Veneto, Provincia di Trento, Servizi Sociali di Bolzano, Regione Lazio e Provincia di Latina, e sono state evidenziate le positive ricadute della partecipazione alla rete ESN, ai fini di un'efficace realizzazione di partnership internazionali.

La collaborazione con l' European Social Network prevede la possibilità di due quote differenti di iscrizione:

- Annual membership fee : euro 965,00 (membro);
- Board Annual Membership fee: euro 1925,00 (membro del consiglio).

Questa Direzione intende, per l'anno 2014, partecipare quale membro della rete ESN con la quota di euro 965,00;

Viene approvata l'iscrizione per l'anno 2014 alla rete "European Social Network – ESN", con sede in Victoria House, 125 Queens Road - Brighton East Sussex BN1 3WB UK.

SICILIA

DASS 25.10.13 - Istituzione del Tavolo tecnico per le problematiche inerenti il riordino delle II.PP.A.B. (GURS n. 7 del 14.2.14)

Art. 1

È istituito presso l'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro, Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali, il Tavolo tecnico per le problematiche inerenti il riordino delle II.PP.A.B. con il compito di formulare indicazioni e proposte sulle iniziative per le finalità di cui in premessa del quale fanno parte i seguenti componenti:

- due componenti dell'Ufficio di Gabinetto dell'Assessorato della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro;
- due componenti designati dall'ARES Sicilia;
- un componente per ogni organizzazione sindacale più rappresentativa (CGIL, CISL, UIL);
- due componenti designati dalla Conferenza episcopale siciliana;
- tre componenti del serv. 7 II.PP.A.B. (il dirigente e due funzionari, tra i quali verrà individuato il coordinatore del tavolo tecnico);
- due delegati delle maggiori Prefetture dell'Isola (PA e CT).

Art. 2

Alle riunioni del Tavolo tecnico possono essere chiamati a partecipare, per singole tematiche, anche gli operatori del settore ed esperti.

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE

FRIULI V.G.

DGR 14.2.14, n. 263 - LR 11/2006, art. 10 e art. 21 bis. Carta famiglia. Approvazione dei valori massimi del beneficio regionale energia elettrica per l'anno 2013 e delega ai Comuni delle funzioni amministrative connesse all'attivazione del beneficio.(BUR n. 9 del 26.2.14)

Note

Viene attivato anche per l'anno 2013 il beneficio energia elettrica già adottato dall'anno 2008

all'anno 2012, quale contributo diretto e forfetario per la riduzione dei costi sostenuti per la fornitura di energia elettrica sulla base delle fatture emesse nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2013 ed il 31 dicembre 2013, in misura differenziata sulla base:

- dello scaglione di consumo di appartenenza del beneficiario, come da Allegato 1, anche al fine di introdurre un sistema premiante per gli utenti che, a parità di condizioni, risultano più virtuosi nel consumo di energia elettrica;
- della fascia di intensità dei benefici di appartenenza, come da Allegato 1, che ai sensi dell'articolo 6 del regolamento considera congiuntamente la condizione economica del nucleo familiare ed il numero dei figli a carico.

Sono individuati i Comuni della regione, che già provvedono al rilascio di Carta famiglia e che, ai sensi del combinato disposto degli articoli 3 bis della legge regionale 11/2006 e 17 del regolamento, possono gestire le relative attività anche in forma associata, i soggetti pubblici cui delegare tutte le funzioni amministrative connesse all'attivazione di tale beneficio regionale ai sensi dell'articolo 21 bis della legge regionale 11/2006 ed in particolare:

- la raccolta delle domande di beneficio regionale energia elettrica 2013 a partire dal 24 febbraio 2014 e fino al 30 aprile 2014, presentate dal titolare di Carta famiglia rilasciata ai sensi dell'articolo 12 del regolamento;
- l'istruttoria delle domande presentate ai fini della loro ammissibilità al beneficio regionale e l'inserimento delle domande ammissibili nell'applicativo informatico fornito dall'Amministrazione regionale per il tramite di Insiel SpA;
- la concessione e l'erogazione del beneficio ai titolari di Carta famiglia che hanno regolarmente presentato la domanda del beneficio;
- l'adempimento degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, previsto dall'articolo 18 del decreto legge 22 giugno 2012, n. 83 (Misure urgenti per la crescita del Paese) convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 134/2012 nonché dalle disposizioni della legge regionale 31 dicembre 2013, n. 27 (Legge Finanziaria 2013) di cui all'articolo 12, commi da 26 a 41;
- l'effettuazione di idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni acquisite, anche ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa);

Viene riconosciuto ai Comuni o all'ente gestore del Servizio Sociale dei Comuni, qualora da essi individuato per la gestione della misura, un contributo a concorrenza dei costi di gestione sostenuti per l'esercizio delle funzioni delegate come sopra individuate nella misura forfetaria dell'1,5 per cento delle risorse regionali assegnate per l'attivazione dei benefici.

La misura dei contributi effettivamente erogabili agli aventi diritto sarà definita con successivo provvedimento, tenuto conto dei valori massimi stabiliti nell'allegato 1 alla presente deliberazione, delle domande ammissibili inserite nell'applicativo informatico e delle risorse disponibili.

PRIVATO SOCIALE

PIEMONTE

Comunicato della Direzione Politiche Sociali e politiche per la famiglia della Regione Piemonte - L.R. n. 38/1994 "Valorizzazione e promozione del volontariato", art. 4, comma 5. Pubblicazione del registro del volontariato. (BUR n. 7 del 13.2.14)

DD 12.12.13, n. 274 - D.G.R. 46-2190 del 13 febbraio 2006 - Aggiornamento dell'albo regionale degli enti di servizio civile nazionale a rilevanza regionale con sede legale in Piemonte - sez. A). (BUR n. 9 del 27.2.14)

DD 17.12.13, n. 276 - L.r. 1/2004 - Assegnazione contributo per il sostegno dello "Sportello delle Fragilità" promosso dall'Associazione Forum Interregionale Permanente del Volontariato Piemonte e Valle d'Aosta. Impegno di spesa di Euro 30.000,00 sul cap. 180684/2013 (Assegnazione 100378). (BUR n. 9 del 27.2.14)

Note

PREMESSA

La Regione Piemonte attraverso il sostegno alle Organizzazioni di Terzo Settore si è posta l'obiettivo di continuare ad accompagnare e sostenere le persone e le famiglie con azioni di superamento delle fragilità anche con attività di informazione e di accoglienza.

Con la Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento" la Regione, secondo i principi di universalità, solidarietà, sussidiarietà, cooperazione, efficacia ed efficienza, omogeneità ed equità territoriale, riconosce e promuove i diritti delle fasce più deboli della popolazione, opera per rimuovere le cause che determinano le disuguaglianze e il disagio, identificando nel bisogno il criterio di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali anche attraverso la promozione e il concorso alla realizzazione di iniziative promosse dagli enti territoriali e da altri soggetti, in primis le organizzazioni di volontariato.

Con D.G.R. n. 43-8391 del 10 marzo 2008 sono state individuate le aree di intervento previste dall'art. 4, comma 1, lett. M della L.R. 1/2004 succitato.

Con D.G.R. n. 21-8545 del 7 aprile 2008 e, ai sensi dell'art. 5 della L.R. 7/2005, sono stati definiti i criteri per la realizzazione delle attività di cui all'art. 4, comma 1, lett. M e all'art. 58 della L.R. 1/2004 per l'attribuzione di contributi economici e la realizzazione di iniziative regionali.

La succitata deliberazione prevede la possibilità di assegnare contributi ad attività ed iniziative in materia socio assistenziale ed inoltre sottolinea l'opportunità che le iniziative stesse rivestano carattere di sperimentazione ed innovazione.

Il finanziamento deve tener conto delle priorità di programmazione regionale e delle conseguenti disponibilità finanziarie a bilancio.

L'Associazione Forum Interregionale Permanente del Volontariato Piemonte e Valle d'Aosta ha presentato istanza di contributo per un progetto dal titolo "Lo sportello delle fragilità"

La Giunta Regionale con D.G.R. n. 12-6831 in data 9 dicembre 2013 dal titolo "Approvazione progetto "Sportello delle fragilità" e approvazione convenzione 2013-2015 tra la Regione Piemonte e l'Associazione Forum Interregionale Permanente del Volontariato Piemonte e Valle d'Aosta per la concessione degli spazi in via Garibaldi, 2. Spesa Euro 30.000,00 annui sul cap. 180684 del 2013 e successivi" ha valutato che sia interesse della Regione Piemonte, in linea con i propri indirizzi programmatici, sostenere e qualificare le iniziative dell'Associazione Forum Interregionale Permanente del Volontariato Piemonte e Valle d'Aosta in particolare per il progetto "Sportello delle Fragilità" che prevede attività volte a creare rete di sostegno e di accompagnamento dei cittadini e delle famiglie in situazione di fragilità.

Tale deliberazione prevede un supporto finanziario a sostegno delle spese correnti e di amministrazione di euro 30.000,00 annue, per il triennio 2013/2015 e la concessione degli spazi in via Garibaldi, 2 per le attività relative allo sportello.

A tal fine, è stata stipulata apposita convenzione, rep. n. 472 del 13 dicembre 2013 tra il Direttore regionale alle Politiche sociali e il Presidente l'Associazione Forum Interregionale Permanente del Volontariato Piemonte e Valle d'Aosta

Di impegnare, per le motivazioni indicate in premessa, la somma di euro 30.000,00 sul cap.

180684/2013 (ass. 100378) in esecuzione della convenzione rep. n. 472 del 13 dicembre 2013.

DD 19.12.13, n. 277 - Attività di monitoraggio sull'andamento dei corsi di formazione generale erogati ai volontari di servizio civile nazionale dagli Enti accreditati all'albo regionale. (BUR n. 9 del 27.2.14) (BUR n. 9 del 27.2.14)

Note

PREMESSA

Con determinazione del Direttore Generale dell'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile (UNSC) in data 4 aprile 2006 prot. n. 18593/I con la quale sono state approvate le Linee guida per la formazione generale dei giovani in servizio civile nazionale.

Al paragrafo 3 delle predette Linee guida, sono previste attività di monitoraggio sull'andamento generale della formazione erogata ai volontari di servizio civile.

Con la Circolare UNSC in data 24 maggio 2007 prot 21346/II.5.5 "Monitoraggio sulla formazione generale dei volontari in servizio civile nazionale", sono state dettate le regole relative all'attività di monitoraggio sulla formazione erogata, secondo quanto stabilito dal sopraccitato par. 3, lett. a), b), c) e d) delle Linee guida.

I provvedimenti in argomento prevedono che le Regioni possano, relativamente agli Enti accreditati nei rispettivi albi, predisporre apposite verifiche a campione dei corsi di formazione generale organizzati dagli Enti attraverso la presenza ai corsi stessi di personale regionale.

LA SITUAZIONE RILEVATA

I progetti di servizio civile presentati e finanziati dagli enti iscritti all'albo regionale nell'anno 2012 sono stati 122, per un numero di volontari pari a 499 unità;

Complessivamente gli enti titolari dei progetti che verranno avviati risultano essere 19;

I primi avvii sono previsti nel mese di gennaio 2014.

LA DISPOSIZIONE

Viene attuata l'attività regionale di monitoraggio sull'andamento dei corsi di formazione generale organizzati dagli Enti per i volontari di servizio civile a partire dal mese di gennaio 2014.

DD 24.12.13, n. 282 - Assegnazione contributi per la prosecuzione del progetto Call center a favore del Comune di Torino e dell'Associazione Gruppi di Volontariato Vincenziano- Centro di accoglienza San Vincenzo. Impegno di euro 130.000,00 (cap.179629/2013)

Note

PREMESSA

Con la DGR n. 2-9099 del 7.7.2008, con la quale 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 socio assistenziali per l'attivazione di interventi a sostegno delle gestanti in difficoltà, della maternità e delle donne vittime di violenza.

Con successivi finanziamenti, è stata assicurata per gli anni 2009/2011 la prosecuzione e l'implementazione dei progetti di sostegno alla maternità ed alla genitorialità.

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).

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 madri e con figli e come sede di confronto tra i vari soggetti a diverso titolo coinvolti sulla materia.

Tra le azioni progettuali previste dal citato provvedimento 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 dell'Associazione Gruppi di Volontariato Vincenziano-Centro di Accoglienza San Vincenzo, istituito a seguito del protocollo sottoscritto nell'anno 2009 e di seguito identificato come "Volontariato Vincenziano".

LA DISPOSIZIONE

Viene impegnata la somma complessiva di € 130.000,00 per la prosecuzione, per la durata di un anno, del progetto Call Center a sostegno delle gestanti in difficoltà, della maternità e delle donne vittime di violenza, per gli importi in premessa specificati e di seguito richiamati;

-di assegnare il finanziamento secondo le seguenti quote:

-nella misura di € 50.000,00 a favore del Comune di Torino, a parziale copertura degli oneri

riferiti alle funzioni richiamate in premessa;

-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 richiamate in premessa;

NB

I medesimi devono fare pervenire alla Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia entro il 31 dicembre 2014 apposita relazione attestante le modalità di utilizzo dei contributi, i costi degli interventi, le azioni realizzate, il numero e le caratteristiche dei casi seguiti.

VENETO

DGR 30.12.13, N. 2896- Affidamento all'osservatorio regionale politiche sociali delle attività progettuali sperimentali relative al servizio civile nazionale (dgr n. 2077 del 3 agosto 2010). (BUR n. 17 del 11.2.14)

NOTE

PREMESSA

Con provvedimento n. 2077 del 3 agosto 2010, la Giunta Regionale del Veneto ha deliberato di:

- costituire, con decorrenza dall'1 gennaio 2011, in luogo dei tre Osservatori Regionali dell'Area Sociale, l'"*Osservatorio Regionale Politiche Sociali*";
- approvare le finalità, gli obiettivi e le funzioni del nuovo Osservatorio nonché l'articolazione della Direzione Strategica e i relativi compiti;
- rinviare a successiva deliberazione di Giunta Regionale l'approvazione del programma annuale delle attività dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali;

Con Decreto del Dirigente della Direzione Regionale Servizi Sociali n. 401 del 4 novembre 2010 è stato approvato il Protocollo d'Intenti tra la Regione del Veneto, Azienda ULSS n.7 di Pieve di Soligo (TV), Azienda ULSS n.3 di Bassano (VI), Azienda ULSS n. 12 Veneziana (VE), Azienda ULSS n. 16 di Padova (PD), per concordare le attività della fase di transizione dalla gestione dei precedenti osservatori a quella del nuovo Osservatorio Regionale Politiche Sociali, ed è stato approvato il conseguente piano operativo in cui sono state indicate anche l'impegno di spesa e le modalità di erogazione del finanziamento per la realizzazione di tali attività. Tale Protocollo è stato sottoscritto dalle parti interessate in data 11 luglio 2011, vista la necessità di rendere operativo il nuovo Osservatorio l'Azienda ULSS n.7 di Pieve di Soligo (TV) ha comunque dato avvio alle attività stabilite dal piano operativo allegato al Protocollo d'Intenti.

Nel nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale (Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23) viene individuato l'Osservatorio Regionale Politiche Sociale tra gli strumenti a supporto della programmazione regionale: *organismo (che) svolge attività di studio, ricerca, documentazione e consulenza sulle problematiche sociali e socio-sanitarie, nonché di gestione ed elaborazione di banche dati tematiche, nell'ottica di ottimizzare il sistema di conoscenze, di monitoraggio e di valutazione degli interventi e delle azioni regionali, anche attraverso lo sviluppo del sistema informativo sociale regionale. Tra le tematiche di studio e di ricerca rientrano le aree relative a minori, giovani e servizio civile, famiglia, volontariato e terzo settore, non autosufficienza, dipendenze da sostanze d'abuso e inclusione sociale, oltre alle azioni relative all'accesso nelle strutture residenziali, alle prestazioni domiciliari o al raccordo Ospedale-Territorio. L'Osservatorio, quale organismo di supporto tecnico-scientifico per l'elaborazione delle politiche sociali e socio-sanitarie regionali, ha inoltre un'importante funzione di interazione e di supporto rispetto alle strutture regionali nella predisposizione di piani e progetti attuativi in materia sociale e socio-sanitaria.*

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 522 del 16 aprile 2013 è stato in particolare approvato il Protocollo di collaborazione 2013/2015 tra la Regione del Veneto e l'Azienda ULSS n. 7 di Pieve di Soligo (TV), e dell'allegato programma delle attività dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali per l'anno 2013/2014, all'interno delle quali è prevista, con riferimento alle attività statistiche, la rilevazione sul Servizio Civile Nazionale e Regionale.

LA DISPOSIZIONE

In coerenza con i provvedimenti sopraccitati, viene affidato all'Osservatorio Regionale Politiche Sociali l'attuazione del progetto sperimentale relativo al supporto dell'Ufficio Servizio Civile della Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto.

Tale supporto dovrà garantire maggior efficienza per quanto riguarda il servizio civile della Regione del Veneto per far fronte ai progetti straordinari nell'anno 2014 affidati agli Uffici regionali da parte dell'Ufficio Nazionale del Servizio Civile (apertura accreditamento e adeguamento al Servizio Civile, avvio e gestione di bandi di progettazione e di bandi selezione giovani volontari) di cui all'**allegato A** al presente provvedimento.

Le attività sopraccitate inerenti alla programmazione del servizio civile nazionale per l'anno 2014 vengono affidate alle regioni, e nello specifico alla Regione del Veneto, sulla base dell'articolo 2 comma 2 del Dlgs. n. 77/2002, così come precisato nella nota prot. n. 0021989/4.29.2.1 del 27/11/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale (nostro prot. n. 533776 del 05/12/2013)

IL FINANZIAMENTO

Viene impegnata a favore dall'Azienda ULSS n. 7 di Pieve di Soligo (TV), la somma di euro 120.000,00

ALLEGATO A PROGETTO SPERIMENTALE - UFFICIO SERVIZIO CIVILE

PREMESSA

L'Ufficio Servizio Civile della Regione Veneto svolge i compiti di gestione e sostegno stabiliti dalla normativa:

- Nazionale, definiti con il protocollo d'intesa del 26 gennaio 2006 tra l'Ufficio nazionale per il servizio civile e le Regioni e Province autonome per l'entrata in vigore del decreto legislativo del 5 aprile 2002, n. 77;
- Regionale, definiti con L.R. 18/2005;

relativi a:

- accreditamento e adeguamento all'albo regionale;
- informazione, formazione e promozione del servizio civile;
- presentazione e valutazione dei progetti di servizio civile;
- monitoraggio e verifica dei progetti di servizio civile.

OBIETTIVO DEL PROGETTO

Si tratta di un progetto sperimentale. Supporto all'attività dell'Ufficio Servizio Civile. L'ausilio garantisce maggior efficienza, a fronte anche dell'emergenza prevista riguardo i progetti sperimentali nell'anno 2014 agli Uffici regionali da parte dell'Ufficio Nazionale del Servizio Civile (apertura accreditamento e adeguamento al SC, partenza di bandi di progettazione e di bandi selezione giovani volontari).

CABINA DI REGIA

Dirigente della Direzione regionale servizi sociali

Dirigente dell'U.C. Non Autosufficienza e Terzo Settore

Funzionario regionale del Servizio Civile

Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale A. Ulss n. 7

RISORSE UMANE DA ACQUISIRE

- Numero risorse: 2 (a tempo pieno) – inquadramento: livello C

DURATA DEL CONTRATTO

1 anno (+ 1 anno rinnovabile)

ATTIVITÀ

Gestione amministrativa e contabile dei progetti sperimentali riguardanti l'accreditamento e l'adeguamento, la promozione, l'ausilio alla valutazione dei progetti e al monitoraggio e verifica dei progetti di servizio civile nazionale.

STRUTTURA REGIONALE PRESSO LA QUALE VERRA' SVOLTO IL PROGETTO

Direzione Servizi Sociali – Unità Complessa Non Autosufficienza e Terzo Settore – Ufficio Servizio Civile

QUANTIFICAZIONE DELLA SPESA E COPERTURA FINANZIARIA

L'importo di spesa, conseguente al fabbisogno di risorse umane da acquisire, per la durata contrattuale sopra indicata, la cui copertura finanziaria sarà a carico del capitolo di spesa 100993 (Fondo nazionale per il servizio civile – Spese di funzionamento) è pari al limite massimo di € 120.000,00.

DGR 30.12.13, n. 2906 - . Interventi a favore di organismi che promuovono l'attività non lucrativa di utilità sociale, di solidarietà e di volontariato. l.r. n. 11 del 13.04.2001 art. 133. contributi anno 2013 per l'acquisto di automezzi destinati al trasporto per finalità sociali. 2^ assegnazione. (BUR n. 17 del 11.2.14)

Note

Con questo provvedimento si sostiene, attraverso un finanziamento regionale, l'acquisto di automezzi destinati al trasporto per finalità sociali.

I contributi per gli acquisti di automezzi trovano copertura sui capitoli di spesa 100016 per euro 718.000,00 e 100012 per euro 181.894,00 del bilancio di previsione per l'anno 2013.

DGR 30.12.13, n. 2909- Servizio civile nazionale nella regione del veneto - attività di informazione e formazione. l. 64/2001 e d. l.vo 77/2002. (BUR n. 17 del 11.2.14)

Note

PREMESSA

Con legge 6 marzo 2001 n. 64, successivamente integrata e modificata con legge 31 marzo 2005 n. 43, è stato istituito il servizio civile nazionale.

Con decreto legislativo 5 aprile 2002 n. 77, così come integrato e modificato con legge 31 marzo 2005 n.43, sono state previste competenze specifiche in capo alle Regioni e Province Autonome: inizialmente per attività informative e formative, successivamente in materia di accreditamento, progettazione, monitoraggio e controllo.

Le disposizioni di cui al citato decreto legislativo 77/2002 sono entrate in vigore integralmente dal primo gennaio 2006.

A seguito dell'art. 4 comma 2/b del sopraccitato decreto legislativo è stato predisposto dall'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile un fondo nazionale per attività di formazione e informazione che per quanto riguarda la Regione del Veneto, per l'anno 2013, consta di Euro 60.000,00. Tale fondo afferisce al capitolo di spesa 100244 "Fondo nazionale per il servizio civile - Attività di informazione e formazione".

Al fine di sostenere, promuovere e migliorare l'organizzazione, la gestione e la qualità delle attività legate al servizio civile la Direzione Regionale dei Servizi Sociali in collaborazione con la Consulta per il servizio civile regionale costituita con D.G.R. n. 1875 del 15 ottobre 2013 sono approvatee delle attività modulari attraverso il coinvolgimento di istituzioni e soggetti del privato sociale inseriti nel contesto di servizio civile ovvero a contatto con il mondo giovanile destinatario della proposta stessa.

LE ATTIVITÀ SPECIFICHE

Con lo scopo di rendere più capillare la promozione degli eventi, favorire la partecipazione da parte dei giovani e di interlocutori strategici, sostenere la partecipazione alle varie tipologie di eventi che possono svolgersi anche su piattaforme digitali, saranno previste attività che richiedono un contatto diretto (come ad es. incontri, seminari, moduli formativi, ecc.) come anche attività che richiedono l'utilizzo dei social media (come ad es. social network, web radio, ecc.) rivolte ad operatori locali di progetto, ai volontari in servizio, ad esperti nel settore ed a soggetti esterni.

IL RUOLO DELL'OSSERVATORIO REGIONALE POLITICHE SOCIALI

Per la realizzazione delle finalità suddette viene affidata la realizzazione della attività di informazione e formazione previste dalla L. n. 64/2001 e D.Lgs n. 77 del 2002 all'Osservatorio Regionale Politiche Sociali, organismo di supporto tecnico-scientifico per l'elaborazione delle politiche sociali e socio-sanitarie della Regione del Veneto.

L'Osservatorio, così come definito dalla DGR n. 2077 del 3 agosto 2010 si propone infatti quale strumento conoscitivo, valutativo, operativo e funzionale, capace di esprimere approcci trasversali e multidisciplinari e di utilizzare piani di lettura e di analisi multidimensionali dei fenomeni sociali oggetto di studio perseguendo la finalità di realizzare, sostenere e implementare la costruzione di piani operativi congruenti con l'evoluzione dei fenomeni sociali e socio-sanitari, nonché attività di studio, ricerca, monitoraggio e valutazione di processi risultanti dalla programmazione regionale e locale.

Nel nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale (Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23) viene individuato l'Osservatorio Regionale Politiche Sociali tra gli strumenti a supporto della programmazione regionale: *organismo (che) svolge attività di studio, ricerca, documentazione e consulenza sulle problematiche sociali e socio-sanitarie, nonché di gestione ed elaborazione di banche dati tematiche, nell'ottica di ottimizzare il sistema di conoscenze, di monitoraggio e di valutazione degli interventi e delle azioni regionali, anche attraverso lo sviluppo del sistema informativo sociale regionale. Tra le tematiche di studio e di ricerca rientrano le aree relative a minori, giovani e servizio civile, famiglia, volontariato e terzo settore, non autosufficienza, dipendenze da sostanze d'abuso e inclusione sociale, oltre alle azioni relative all'accesso nelle strutture residenziali, alle prestazioni domiciliari o al raccordo Ospedale-Territorio.*

In coerenza con i provvedimenti sopraccitati, l'Osservatorio Regionale Politiche Sociali opererà sulla base delle indicazioni fornite dalla Consulta per il servizio civile regionale che ha facoltà di contribuire alla definizione delle attività di informazione e formazione relative al "Fondo nazionale per il servizio civile - Attività di informazione e formazione".

LA DISPOSIZIONE

Sono approvate le attività di informazione e formazione di cui all'**Allegato A** alla presente Deliberazione;

Viene impegnata a favore dell'A. Ulss n. 7 di Pieve di Soligo (TV), ente incaricato della gestione amministrativa e contabile delle attività dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali la somma complessiva di Euro 60.000,00

ALLEGATO A Dettaglio attività di intervento formativo/informativo per l'anno 2014

Destinatari Azioni Dettaglio

Moduli formativi di 1° livello Linee guida UNSC

Adulti strategici (OLP)

Moduli formativi di 2° livello Gestione dei volontari tra esigenze del progetto e valorizzazione del Servizio Civile

Fine settimana residenziali Pace e gestione dei conflitti ad un secolo dall'inizio della Grande Guerra

Moduli formativi ed eventi pubblici Percorso sulla nonviolenza in collegamento ad Arena di Pace (25 aprile 2014)

Volontari in servizio

Percorso formativo La costruzione della rete di coordinamento regionale dei volontari

Categorie interessate (enti, volontari, esperti del settore, ecc...)

Evento nazionale sul Servizio Civile Verso una rete nazionale dei soggetti locali che sostengono il Servizio Civile

Soggetti interni ed esterni al Servizio Civile

Gestione comunicazione Sviluppo della rete di contatti interna al sistema del servizio civile e promozione della comunicazione interna ed esterna

Enti attuatori della Consulta per il SC

Gestione del programma di formazione annuale

Supervisione delle attività

DGR 11.2.14, N.115- Bando per la selezione di 148 giovani da impiegare in progetti di servizio civile regionale volontario - L. R. 18/2005. (BUR n. 21 del 21.2.14)

Note

PREM,ESSA

Con DGR n. 1389 del 30 luglio 2013 è stato approvato un bando per la presentazione di progetti di servizio civile regionale, stabilendo criteri e modalità per la valutazione degli stessi, ai sensi della L. R n.18/2005, fissando il termine al 1° ottobre 2013 per la consegna degli elaborati.

Con successiva DGR n. 2579 del 20 dicembre 2013 si è provveduto ad approvare le risultanze istruttorie relative alle domande pervenute alla scadenza prevista nel bando citato, stilando la apposita graduatoria dei progetti valutati. Il numero dei progetti ammessi a finanziamento è stato pari a 25 con una assegnazione complessiva di 98 giovani di servizio civile.

Si è stabilito il contributo delle spese ammissibili fino al 60% per gli enti locali, le unità locali socio-sanitarie, le università degli studi e gli altri enti pubblici e fino al 90% per gli enti e le associazioni private senza fini di lucro.

Inoltre sono stati assegnati i contributi agli enti promotori di progetti finanziati, per un importo complessivo di euro 600.000,00, di cui euro 464.533,34 per la liquidazione dei contributi per l'impiego dei giovani di servizio civile di ciascun progetto e euro 135.466,66 per l'erogazione dell'indennità di fine servizio.

Successivamente alla pubblicazione della DGR n. 2579/2013 nel BUR, è pervenuta al Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali la richiesta di autofinanziamento dei seguenti progetti approvati: "Incontro tra generazioni: la conoscenza reciproca da vita agli anni" presentato dall'ente Alta Vita - Istituzioni Riunite di Assistenza - IRA , "Integrazione dei giovani nel servizio socio-sanitario" presentato dall'ente Pia Opera Croce Verde Padova, "Pronti a correre" presentato dall'ente Casa Albergo per Anziani, "Integrazione Bidirezionale" presentato dall'ente Associazione Piccola Fraternità di Porto Legnago, "Giovani e anziani ATTIVAMENTE" presentato dall'ente Comune di Rovigo, "Leggo, studio, incontro. I servizi di IUAV per gli studenti e la città" e "La qualità nella ricerca e nel servizio: la biblioteca è servita!" presentati dall'ente Università degli Studi di Padova. Pertanto i progetti finanziati con DGR n. 2579 del 20 dicembre 2013 sono n. 25 per un numero complessivo di giovani di servizio civile pari a 98 e i progetti con richiesta di autofinanziamento sopracitati prevedono:

- n. 4 giovani di servizio civile per l'ente Alta Vita - Istituzioni Riunite di Assistenza - IRA,
- n. 20 giovani di servizio civile per l'ente Pia Opera Croce Verde Padova,
- n. 2 giovani di servizio civile per l'ente Casa Albergo per Anziani,
- n. 2 giovani di servizio civile per l'ente Associazione Piccola Fraternità di Porto Legnago,
- n. 3 giovani di servizio civile per l'ente Comune di Rovigo,
- n. 19 giovani di servizio civile per l'ente Università degli Studi di Padova.

Viene approvato il bando per le selezioni delle domande dei giovani di servizio civile per un numero complessivo di posti pari a 148, di cui all'**allegato A**.

I giovani potranno scegliere i progetti di cui all'**allegato B** del presente provvedimento inoltrando la domanda all'ente promotore del progetto di loro interesse, tramite la compilazione dei modelli di cui agli **allegati C e D** del presente provvedimento.

Ai fini della selezione dei giovani di servizio civile, gli enti dovranno attenersi ai criteri previsti negli **allegati E e F** del presente provvedimento.

Il rapporto giuridico previsto dalla normativa in materia si instaura tra giovani di servizio civile e l'ente titolare del progetto in base ad un rapporto contrattuale che non è ascrivibile ad alcuna tipologia di contratto lavorativo ma dal punto di vista previdenziale e fiscale è stato assimilato a rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, e pertanto viene adottato un modello unico per tutto il territorio regionale, di cui all'**allegato G**, da utilizzare da parte degli enti, contenente i dati minimi finalizzati a disciplinare i rapporti tra i soggetti.

L'indizione del bando per la selezione permetterà l'avvio dei giovani di servizio civile presumibilmente nella data del 5 maggio 2014.

BASILICATA

DGR 11.2.14, n. 168 - DGR n. 25 del 15/01/2013: disposizioni vincolanti alle Aziende Sanitarie Regionali in materia organizzativa - Modifica e differimento termini. (BUR n, 5 del 24.2.14)

Note

Viene disposto per le Aziende Sanitarie del SSR, il divieto di conferire gli incarichi di responsabilità delle posizioni organizzative e di coordinamento al personale del comparto del SSR, ivi compresi quelli già individuati dall'Azienda e per i quali non sia stato ancora adottato il relativo provvedimento di conferimento, sino alla fissazione, da parte della Giunta Regionale, dei criteri e dei parametri standard per l'individuazione delle posizioni organizzative e di coordinamento, e comunque fino al 31/12/2014.

Viene disposto per le Aziende Sanitarie del SSR il divieto di conferire e/o rinnovare al personale dirigenziale gli incarichi di responsabilità di struttura semplice e complessa, in qualsiasi modo denominati (Dipartimenti, Aree, U.O. Semplice, U.O. Complesse), ivi comprese quelle già autorizzate precedentemente e per le quali non sia stato ancora adottato specifico provvedimento deliberativo di conferimento, sino alla fissazione, da parte della Giunta Regionale, degli standard di appropriatezza nazionali in tema di strutture organizzative del SSR, e comunque fino al 31/12/2014. Le Aziende Sanitarie Regionali sono tenute a mettere in atto tutte le misure finalizzate a garantire, in ogni caso, la continuità nell'erogazione delle prestazioni ed a mantenere gli standards quantitativi/qualitativi raggiunti ed a non adottare alcun atto incidente sull'organizzazione ospedaliera e territoriale che possa prefigurare incoerenze con il Piano Sanitario Regionale di cui alla DCR n. 317 del 24/07/2012.

Viene confermato, il divieto fino al 31/12/2014 di stipulare nuovi contratti con le strutture sanitarie private autorizzate ed accreditate, successivamente all'entrata in vigore della DGR n. 239/2011 e nei limiti di quanto previsto dall'art. 23 della LR n. 16/2012;

Viene confermato il blocco dei tetti di spesa da assegnare alle strutture private accreditate e la non assegnazione, da parte delle Aziende Sanitarie, degli eventuali risparmi di settore di cui all'art. 7 della DGR n. 689/2007;

CALABRIA

DECRETO n. 2 del 13 gennaio 2014 - Adempimenti D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito, con modificazioni, dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189: Riorganizzazione Comitati Etici. (BUR n. 4 del 14.2.14)

Note

Sono approvate le «Linee di indirizzo per gli enti del Servizio Sanitario Regionale per la riorganizzazione dei comitati etici calabresi per la sperimentazione clinica» contenute nell'Allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente decreto;

viene istituito il Comitato Etico Regionale articolato nelle seguenti Sezioni:

Comitato Etico Regionale - Sezione Area Nord, con ubicazione presso l'Azienda Ospedaliera «Annunziata» di Cosenza con competenza per:

- azienda Ospedaliera «Annunziata» di Cosenza;
- azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza;
- INRCA di Cosenza;

Comitato Etico Regionale - Sezione Area Centro, con ubicazione presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria «Mater Domini» di Catanzaro e competenza per:

- azienda Ospedaliera Universitaria «Mater Domini» di Catanzaro;
- azienda Ospedaliera «Pugliese-Ciaccio» di Catanzaro;
- azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro;
- azienda Sanitaria Provinciale di Crotona;
- azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia;

Comitato Etico Regionale Sezione Area Sud, con ubicazione presso l'Azienda Ospedaliera «Bianchi-Melacrino-Morelli» di Reggio Calabria e competenza per:

— azienda Ospedaliera «Bianchi-Melacrino-Morelli» di Reggio Calabria;

— azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria;

Viene istituito presso il Servizio «Politica del Farmaco» del Dipartimento «Tutela della Salute e Politiche Sanitarie», un Ufficio di coordinamento delle attività delle Sezioni, composto dai presidenti delle singole Sezioni;

Viene demandata al Dipartimento «Tutela della Salute e Politiche Sanitarie» l'adozione di un provvedimento per la definizione degli aspetti economici relativi all'importo del gettone di presenza e delle tariffe a carico del promotore previsti dal comma 2 art. 6 del DM 8 febbraio 2013.

Gli oneri di funzionamento delle Sezioni del Comitato Etico Regionale e delle sperimentazioni cliniche non sono a carico delle finanze pubbliche.

I Comitati etici esistenti potranno continuare la propria attività, limitatamente agli atti di ordinaria amministrazione e agli atti indifferibili e urgenti, sino alla costituzione delle Sezioni del Comitato Etico Regionale e comunque non oltre il 31/3/2014;

DECRETO n. 4 del 22 gennaio 2014 - Attuazione DPGR – CAn. 68 del 29 maggio 2013 – Approvazione protocollo d'intesa tra la Regione Calabria e l'INAIL (BUR n. 4 del 14.2.14)

DECRETO n. 5 del 3 febbraio 2014 - Promozione dell'approvazione organizzativa ospedaliera. Trasferimento attività ospedaliere in altri setting assistenziali (BUR n. 4 del 14.2.14)

Note

Viene trasferita l'erogazione delle prestazioni relative ai DRG di tipo chirurgico, riportati nell'allegato B al Patto della Salute 2010/2012, dal regime di ricovero ordinario al regime di day surgery, definendo le relative soglie di ammissibilità in ricovero ordinario, come da allegato 2 (4.2), che fa parte integrante del presente decreto;

Viene trasferita l'erogazione delle prestazioni relative ai DRG di tipo medico, riportati nell'allegato B al Patto della Salute 2010/2012, nonché delle prestazioni di ricovero per scompenso cardiaco identificate con il DRG 127, dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, definendo le relative soglie di ammissibilità in regime di ricovero, rappresentate dal tasso di ospedalizzazione benchmark per ciascun DRG come da allegati 4 (4.4) e 6, che fanno parte integrante del presente decreto;

Sono trasferiti i ricoveri in discipline mediche di pazienti ultrasessantacinquenni con degenza uguale o superiore a 12 giorni, non appropriati, nei setting ambulatoriali e territoriali come da allegato 7 (4.7).

La metodologia adottata è quella sviluppata dall'Agenas per l'individuazione delle soglie massime di erogazione e descritta nell'allegato 1 al presente decreto;

Qualora venga superata la soglia di ammissibilità definita, i nuclei aziendali controllo dovranno procedere a controllare la totalità delle cartelle cliniche e delle corrispondenti SDO attribuite ai DRG ad alto rischio di in appropriatezza di cui agli allegati 2, 4 6 e 7.

Il superamento della soglia di ammissibilità comporterà per le strutture inadempienti la valorizzazione del ricovero in day surgery per i DRG chirurgici e l'applicazione delle tariffe vigenti per la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente a quelle erogate e documentate nella cartella clinica per i DRG di tipo medico, mentre l'effettuazione delle prestazioni in regime di ricovero, benché comprese nella soglia di ammissibilità, comporterà la decurtazione del valore tariffario del DRG nella misura del 20%;

L'applicazione di quanto previsto dal presente provvedimento sarà preso in considerazione per l'assegnazione degli obiettivi, per l'anno 2014, ai Direttori Generali, da valutarsi in sede di verifica annuale, ai sensi dell'art. 3 bis del D.Lvo 502/92 e s.m.i.;

DECRETO n. 7 del 6 febbraio 2014 - Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2012 (rep. Atti n. 227/CSR. Presa d'atto delle Intese (rep. Atti nn. 225/CSR, 226/CSR e 228/CSR

del 22 novembre 2012), ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 12, sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2012. Presa d'atto dell'Intesa (rep. atti. n. 179/CSR del 19 dicembre 2013), ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013. (BUR n. 4 del 14.2.14)

Note

Viene preso atto delle Intese (rep. atti nn. 225/CSR, 226/CSR e 228/CSR del 22 novembre 2012), raggiunte ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2012, nonché dell'Intesa (rep. Atti n. 179/CSR del 19 dicembre 2013), raggiunta ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013;

Viene recepito l'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2012 (rep. atti nn. 227/CSR);

Viene preso atto dell'assegnazione delle risorse vincolate, relative all'esercizio 2012, già effettuata provvisoriamente in favore delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale

Sono assegnate provvisoriamente alle Aziende del SSR, nelle more dell'approvazione definitiva delle linee progettuali del PSR 2013, le medesime risorse già assegnate per l'anno 2012, come da prospetto di seguito riportato e con la medesima suddivisione, già adottata per il 2012, per ciascuna linea progettuale:

Aziende del SSR	Totale ammontare risorse trasferite per l'anno 2013 cASP CS
12.168.785,36	
ASP KR	2.910.100,73
ASP CZ	6.132.948,91
ASP VV	2.782.219,81
ASP RC	9.389.616,83
Totale regionale	33.383.671,64

Viene assegnato alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale un termine di 10 giorni dalla trasmissione del presente provvedimento per ultimare la trasmissione al Dipartimento Tutela della Salute della rendicontazione di tutti i costi comunque sostenuti nell'espletamento delle attività di cui alle linee progettuali, attraverso le risorse vincolate già trasferite per gli esercizi 2011, 2012 e 2013, unitamente ad una relazione sull'andamento dell'attività;

Viene assegnato al Dipartimento Tutela della Salute un termine di 45 giorni dall'adozione del presente provvedimento per predisporre una nuova proposta di Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.q. di Commissario ad acta, per la definitiva approvazione delle linee progettuali regionali, tenendo conto delle assegnazioni parziali e provvisorie già effettuate e, comunque, coerente con: a) quanto previsto dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012, rep. atti n. 227/CSR del 22/11/2012;

DECRETO n. 8 del 6 febbraio 2014 - Recepimento «Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale». (BUR n. 4 del 14.2.14)

Note

Viene recepito l'Accordo approvato in Conferenza Unificata «Piano di Azioni per la Salute Mentale» (Atto rep. n. 4/CU del 24/1/2013), che si allega in copia quale parte integrante del presente provvedimento;

DECRETO n. 11 del 6 febbraio 2014 - Modifica al DPGR-CAn. 2 del 10/1/2012. Piano Regionale integrato dei controlli ufficiali – variazione alla categorizzazione del rischio, delle check-list per la valutazione del rischio negli riconosciuti, del quadro sinottico della valutazione del rischio degli stabilimenti riconosciuti – Obiettivo SVET. (BUR n. 4 del 14.2.14)

Note

Viene approvato il nuovo prospetto di categorizzazione del rischio, secondo lo schema che segue e che sostituisce quello riportato nel DPGR-CA n. 2 del 10/1/2012; Profilo del Rischio

È calcolato in base alla caratteristica dello stabilimento, l'entità produttiva, caratteristica dei prodotti, l'igiene delle produzioni, sistema di autocontrollo, dati storici

Le categorie del rischio sono 4

Valori:

Cat. 1 < 10 (basso)

Cat. 2 > 11 a 30 < (medio basso)

Cat. 3 > 31 a 60 < (medio alto)

Cat. 4 > 61 (alto)

Frequenza dei controlli

Cat. 1 (basso): ... Semestrale

Cat. 2 (medio basso) ... Quadrimestrale

Cat. 3 (medio alto) ... Bimestrale

Cat. 4 ... Mensile

Frequenza Audit

Cat. 1 (basso): ... Triennale

Cat. 2 (medio basso) ... Biennale

Cat. 3 (medio alto) ... Annuale

Cat. 4 ... ogni 6/8 mesi

Viene approvata la Check-list per la valutazione del rischio negli stabilimenti riconosciuti di produzione di alimenti destinati all'uomo (allegato 1);

Viene approvato il quadro sinottico della valutazione del rischio degli stabilimenti riconosciuti produttori di alimenti per l'uomo (allegato 2);

CAMPANIA

DGR 25.11.13, n. 499 -D.G.R. N. 667 DEL 6.12.2011. Commissione regionale di coordinamento per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e dei nuclei territoriali di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni riferite ai livelli di assistenza. ulteriori determinazioni. (BUR n. 10 del 10.2.13)

Note**PREMESSA**

Con Deliberazione n. 1935 del 9 novembre 2007 pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 63 del 3 Dicembre 2007:

a. è stata costituita la Commissione Regionale di Coordinamento per la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie e dei nuclei territoriali di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie riferite ai livelli di assistenza, cui sono stati demandati i seguenti compiti:

I. esprimere pareri e proposte in ordine alle modalità di effettuazione dei controlli e individuazione di metodologie operative appropriate;

II. definire ed individuare l'insieme di indicatori standardizzati predisposti sulla base delle informazioni delle schede di dimissione ospedaliera, attività ambulatoriali, territoriali e domiciliari, assunti a riferimento nell'ambito del flusso informativo per la valutazione ed il controllo

dell'appropriatezza prescrittiva dal livello dei prescrittori a quello aziendale – segmento, questo, affidato alle singole Aziende sanitarie - e da questo a quello regionale;

III. esprimere pareri sui rapporti dell'attività di controllo delle aziende sanitarie;

IV. esprimere pareri in materia di qualità o appropriatezza, dietro richiesta dell'Assessorato alla Sanità o dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali per particolare esigenze;

V. predisporre proposte di linee guida in materia di effettuazione di controlli;

b. è stato attribuito al Settore Assistenza Sanitaria l'esercizio delle seguenti funzioni e attività di coordinamento tra l'Assessorato, l'Arsan e la Commissione Regionale:

I. coordinamento dei sistemi di controllo delle AASSLL e, ove necessario, autonome verifiche presso i soggetti erogatori mediante l'utilizzo del flusso informativo di cui al successivo punto 3;

II. predisposizione di proposte di iniziative di formazione nei confronti del personale delle aziende sanitarie in materia di controllo;

c. è stato attribuito all'Arsan il compito dell'intervento relativo alla Tessera Sanitaria mediante la costituzione e l'esercizio di un flusso informativo per la valutazione ed il controllo dell'appropriatezza prescrittiva dal livello dei prescrittori a quello aziendale – segmento, questo, affidato alle singole Aziende sanitarie come descritto al successivo punto 4. - e da questo a quello regionale:

d. è stato stabilito di istituire presso le Aziende Sanitarie Locali dei Nuclei operativi di controllo finalizzati a verificare, presso tutti i soggetti erogatori, mediante l'utilizzo delle linee guida sui controlli individuate a livello regionale, l'eventualità di:

I. aumenti artificiosi delle prestazioni erogate (ad esempio dimissioni anticipate e frazionamento improprio dei casi o dei trattamenti effettuati anche presso istituzioni sanitarie diverse);

II. selezione della casistica trattata;

III. diversa rappresentazione delle prestazioni effettivamente erogate;

IV. inesatta compilazione della cartella clinica, della scheda di dimissione ospedaliera e in genere della documentazione attestante l'erogazione delle prestazioni;

V. ingiustificata frequenza, nella casistica trattata, degli episodi di ricovero classificati come anomali, in base ai criteri di cui alla vigente normativa;

VI. ogni altro comportamento che non corrisponda ad un impiego ritenuto adeguato del sistema di remunerazione a prestazione;

e. è stato dato mandato ai Direttori Generali delle AASSLL:

I. di provvedere, entro due mesi dalla data di adozione della citata delibera, all'istituzione dei Nuclei Operativi di Controllo;

II. di costituire e garantire nel tempo il successivo esercizio del flusso informativo relativo alle prescrizioni dal livello dei singoli prescrittori al livello aziendale a supporto delle attività del Nucleo Operativo di Controllo;

Con successiva DGR n. 596 del 27 marzo 2009:

I. è stato soppresso Servizio Ispettivo Sanitario e Socio – Sanitario istituito con le deliberazioni n. 322 del 07.03.2007 e n. 780 del 11.05. 2007, per non determinare sovrapposizioni e contrapposizione di competenze ed attribuzioni;

II. è stata modificata la deliberazione n. 1935 del 09.11.2007, ampliando – al punto 1, primo capoverso, del deliberato - i compiti della Commissione con essa costituita, che divengono i seguenti: “promozione della qualità delle prestazioni sanitarie e socio – sanitarie”;

III. è stato integrato, sempre al punto 1 del deliberato, il quinto capoverso, inserendo la figura dell'Assessore alle Politiche Sociali tra quelli che possono richiedere pareri alla Commissione per particolari esigenze;

IV. è stata integrata la composizione della Commissione con quattro rappresentanti indicati dall'Assessore alle Politiche Sociali;

V. è stato integrato il punto 5 del deliberato, con la previsione “di provvedere alle necessarie integrazioni nelle attività dei Nuclei Operativi di Controllo tra attività su strutture sanitarie e socio sanitarie in collaborazione con gli operatori degli ambiti territoriali di pertinenza”.

Con DGR n. 667 del 6.12.2011 è stata ridefinita la composizione della Commissione, articolandola in due Sezioni di cui una sanitaria ed una socio-sanitaria, demandando alla medesima i seguenti compiti, oltre a quelli già previsti dalle DD.GG.RR. n.1935/07 e n.596/09:

I. attività in materia di promozione della qualità delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie e dei nuclei territoriali di controllo sulla appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie riferite ai livelli di assistenza.

II. attività di affiancamento all'AGC "Assistenza Sanitaria" per la realizzazione dei controlli dell'appropriatezza clinica, nonché per implementare un programma di controllo sugli esiti delle cure.;

Con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 144 del 15.5.2012 sono stati nominati i componenti della Commissione ed è stata delegata al Dott. Attilio Montano Bianchi la presidenza della medesima:

I. tra gli obiettivi affidati alla Commissione rientra quello della implementazione di un processo per il perseguimento di elevati standard di qualità ed efficienza con riferimento alle attività di competenza sia delle aziende sanitarie locali, sia delle aziende ospedaliere;

II. tale obiettivo non può prescindere da una metodologia sistematica che consenta di comparare le Aziende Ospedaliere, i Presidi Ospedalieri delle AA.SS.LL., gli IRCCS e le AOU campane tra loro e con analoghe realtà europee, attraverso attività di *benchmarking* realizzata mediante l'individuazione di opportuni indicatori, riferiti non solo al processo produttivo (organico, attrezzature, procedure diagnostiche, ecc.) ed ai requisiti minimi strutturali ma anche ad altre componenti quali il confort alberghiero e la formazione professionale.

Viene affidato alla Commissione detto ulteriore compito, integrandone la composizione con esperti dotati della necessaria professionalità e prevedendone l'articolazione con un'ulteriore Sezione denominata "Spread sanitario".

LA DISPOSIZIONE

La Commissione in aggiunta ai compiti di cui alle richiamate deliberazioni, provvede alla rilevazione sistematica dei dati che consentano di comparare le Aziende Ospedaliere, i Presidi Ospedalieri delle AA.SS.LL., gli IRCCS e le AOU campane tra loro e con analoghe realtà europee, finalizzata alla attuazione di un'attività di *benchmarking* realizzata mediante l'individuazione di opportuni indicatori, riferiti non solo al processo produttivo (organico, attrezzature, procedure diagnostiche, ecc.) ed ai requisiti minimi strutturali ma anche ad altre componenti quali il confort alberghiero e la formazione professionale.

La composizione della Commissione viene integrata con due esperti in management sanitario ed un esperto in sistemi sanitari europei.

L'articolazione della Commissione viene integrata con un'ulteriore Sezione denominata "Spread sanitario", cui sono affidate le attività indicate al punto 1, e così composta:

- a) un dirigente della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
- b) due esperti di management sanitario designati dal Presidente della Giunta Regionale;
- c) un esperto di sistemi sanitari europei.

La Commissione istituita con D.G.R. n.1935/07, come modificata, da ultimo, dalla D.G.R. n. 667/2011, è costituita esclusivamente da dipendenti regionali e/o dipendenti del Sistema Sanitario Regionale

Viene demandata al Presidente della Giunta regionale la nomina dei nuovi componenti della Commissione, nonché di quelli in sostituzione dei membri non in possesso dei requisiti stabiliti al precedente punto 4).

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 30 gennaio 2014, n. U00020 Accordo Pagamenti 2014 tra le Aziende Sanitarie Locali (di seguito "le Aziende Sanitarie"), da un lato, e gli Ospedali Classificati, gli IRCCS Privati e i Policlinici Universitari Privati (BUR n. 12 dell'11.2.14)

Note

Viene disposto di dare continuità all'Accordo Pagamenti, al fine di garantire regolarità, puntualità, trasparenza ed omogeneità di trattamento delle varie categorie di soggetti che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale, attuando, al contempo, un percorso mirato a ridurre i tempi di pagamento che consenta di allinearsi a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea.

Viene dato mandato alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria di intraprendere le opportune iniziative volte a rendere operativo l'Accordo Pagamenti 2014 ed il relativo Sistema Informatico Pagamenti, in relazione ai documenti contabili (fatture, note di credito e note di debito) emessi a fronte di prestazioni rese a partire dal 1 gennaio 2014 da parte degli Ospedali Classificati, degli IRCCS Privati e dei Policlinici Universitari Privati.

Le Aziende Sanitarie sono autorizzate alla stipula dell'Accordo Pagamenti 2014 con gli Ospedali Classificati, degli IRCCS Privati e dei Policlinici Universitari Privati mediante l'utilizzo dello schema di contratto che sarà approvato con successiva determinazione della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, prevedendo i seguenti termini e condizioni:

- a) fatture di acconto, da emettere dall'ultimo giorno del mese a cui si riferisce l'acconto, valorizzate con l'importo definito, per ciascuna struttura, dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, quale rata di acconto da erogare mensilmente;
- b) fattura di saldo, da emettere dal 15 marzo dell'anno successivo alla chiusura dell'esercizio di competenza, valorizzate con l'importo pari al saldo calcolato rispetto al totale delle prestazioni sanitarie rese nello specifico periodo di riferimento al netto degli acconti già fatturati;
- c) il completamento della fase di liquidazione e certificazione delle fatture di acconto entro 30 giorni dalla data di immissione sul Sistema Informatico Pagamenti;
- d) il pagamento della sorte capitale della fattura di acconto entro i seguenti termini:
 - 150 giorni dalla data di immissione fattura sul Sistema Informatico Pagamenti, per le fatture immesse nel primo semestre 2014,
 - 120 giorni dalla data di immissione fattura sul Sistema Informatico Pagamenti, per le fatture immesse nel secondo semestre 2014;
- e) il completamento della fase di liquidazione delle fatture di saldo entro il 31 luglio dell'anno successivo alla chiusura dell'esercizio di competenza;
- f) il pagamento della sorte capitale delle fatture di saldo entro il 31 ottobre dell'anno successivo alla chiusura dell'esercizio di competenza;
- g) la rinuncia agli interessi maturati e maturandi ed ad ogni eventuale onere o spesa nonché a dare impulso a qualsivoglia procedura legale in relazione ai crediti oggetto dell'accordo, secondo i tempi ivi previsti;
- h) riconoscimento, in caso di ritardo nei termini fissati per il pagamento, di un interesse sull'ammontare capitale dei crediti certificati, senza capitalizzazione, pari al tasso Euribor a tre mesi maggiorato di 3 punti percentuali, divisore 365, dal 1° giorno successivo alla data di pagamento prevista ai precedenti punti d) e f) fino al 120° giorno; Euribor a tre mesi maggiorato di 4 punti percentuali, divisore 365, dal 121° giorno successivo alla data di pagamento prevista ai precedenti punti d) e f) fino alla data di effettivo pagamento, che comunque non potrà essere maggiore di 1 anno dalla data di effettiva certificazione della fattura;
- i) la durata dell'Accordo Pagamenti 2014 fino al 31 dicembre 2014.

Decreto del Commissario ad Acta 30 gennaio 2014, n. U00023 - DCA n. U00428 del 4.10.2013. Approvazione del documento "Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute". Integrazione. (BUR n. 12 dell'11.2.14)

Note

Viene preso atto della nota prot. n. 0008700 del 25.11.2013 avente ad oggetto "Diffida urgente alla rettifica immediata del decreto del commissario ad acta del 4 ottobre 2013, n. U00428 – Approvazione del documento "Raccomandazioni per la stesura degli atti aziendali di cui al D.C.A.

n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della Salute" pervenuto dall'Ordine degli psicologi del Lazio.

Nella succitata nota l'Ordine degli psicologi del Lazio ha presentato diffida formale alla rettifica urgente del summenzionato Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4.10.2013, che "[..] si rivela gravemente carente, oltreché palesemente lesivo, dal momento che non tiene in alcuna considerazione il ruolo e la professionalità dello Psicologo, il quale non viene affatto menzionato tra i profili professionali degli specialisti e degli operatori che, nell'ambito delle Case della Salute, dovranno lavorare in équipe[..]".

Con nota regionale prot. n. 139426/GR/11/15 del 4.12.2013 la Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria - ha riscontrato la summenzionata diffida dell'Ordine degli psicologi del Lazio, rappresentando che il punto 6 del documento approvato con il succitato Decreto "[..] in cui sono menzionate alcune figure professionali previste nella Casa della salute, non esclude il contributo di ulteriori figure professionali; non vi è quindi alcuna preclusione alla collaborazione della figura professionale dello psicologo nell'ambito della Casa della Salute, anche in relazione alle necessità peculiari di ciascun territorio[..]" e che, inoltre, il summenzionato Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4.10.2013 non si prefigura quale atto disciplinante i requisiti organizzativi delle Case della Salute.

Nel succitato ricorso si rappresenta che al punto n. 6 dell'Allegato 1 del citato Decreto n. U00428/2013 vengono elencate "[..]le figure professionali che *“Nelle strutture lavorano in équipe: Medici di Medicina Generale.. e Pediatri di Libera Scelta..; medici di continuità assistenziale; medici della medicina dei servizi; dirigenti medici –organizzazione dei servizi sanitari territoriali; specialisti di aziende sanitarie (convenzionati interni o dipendenti ospedalieri), in relazione a percorsi concordati, delle aree individuate; assistenti sociali (in relazione funzionale con gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali); infermieri, tecnici sanitari, operatori socio sanitari; personale amministrativo; personale tecnico non sanitario (autisti, centralinisti, portieri)”*”.

In questo elenco, evidentemente tassativo giacché *“Nelle strutture lavorano in équipe..”* solo dette figure, sono incluse tutte le professionalità del ruolo sanitario (e non solo) sia dirigenziali che del comparto, ad esclusione dei Dirigenti Psicologi[..]”;

In accoglimento dell'istanza presentata dal Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, si procedere all'integrazione del punto n. 6. Area Gestionale e funzionale, dell'Allegato 1 *“Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute”* del Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4.10.2013 – Aspetti strutturali generali, modificandolo come di seguito indicato:

“[..] Nelle strutture lavorano in équipe:

- ⊘ *medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);*
- ⊘ *medici di continuità assistenziale.*
- ⊘ *medici della medicina dei servizi;*
- ⊘ *dirigenti medici - organizzazione dei servizi sanitari territoriali;*
- ⊘ *specialisti di aziende sanitarie (convenzionati interni o dipendenti ospedalieri), in relazione a percorsi concordati, delle aree individuate;*
- ⊘ *dirigenti psicologi;*
- ⊘ *assistenti sociali (in relazione funzionale con gli enti gestori dei servizi socioassistenziali);*
- ⊘ *infermieri, tecnici sanitari, operatori socio sanitari;*
- ⊘ *personale amministrativo;*
- ⊘ *personale tecnico non sanitario (autisti, centralinisti, portieri...)[..]”;*

LA DISPOSIZIONE

Si procede, in accoglimento dell'istanza presentata dal Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, all'integrazione del punto n. 6. Area Gestionale e funzionale, dell'Allegato 1 *“Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute”* del Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4.10.2013 – Aspetti strutturali generali, modificandolo come di seguito indicato:

“[...] Nelle strutture lavorano in équipe:

- ⊘ *medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);*
- ⊘ *medici di continuità assistenziale.*
- ⊘ *medici della medicina dei servizi;*
- ⊘ *dirigenti medici - organizzazione dei servizi sanitari territoriali;*
- ⊘ *specialisti di aziende sanitarie (conventionati interni o dipendenti ospedalieri), in relazione a percorsi concordati, delle aree individuate;*
- ⊘ *dirigenti psicologi;*
- ⊘ *assistenti sociali (in relazione funzionale con gli enti gestori dei servizi socioassistenziali);*
- ⊘ *infermieri, tecnici sanitari, operatori socio sanitari;*
- ⊘ *personale amministrativo;*
- ⊘ *personale tecnico non sanitario (autisti, centralinisti, portieri...)[..]”;*

Decreto del Commissario ad Acta 6 febbraio 2014, n. U00025 - Recepimento del Decreto del Ministero della Salute "Definizione del periodo minimo di validità dell'attestato di esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, rilasciato ai sensi del decreto 28 maggio 1999, n. 329" del 23.11.2012. (GU n. 33 del 8.2.2013) Decreto del Commissario ad Acta 6 febbraio 2014, n. U00025 (BUR n. 12 dell'11.2.14)

Note

Viene recepito il Decreto del Ministero della Salute del 23.11.2012 “Definizione del periodo minimo di validità dell’attestato di esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, rilasciato ai sensi del decreto 28 maggio 1999, n. 329” e parte integrante del presente provvedimento (Allegato 1);

DGR 28.1.14, n. 39 - Approvazione piano dei costi e finanziamento per l'esercizio 2014 delle attività di controllo dell'assistenza sanitaria ospedaliera ed ambulatoriale, ai sensi del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta del 4 agosto 2009, n. 58: "Sistema dei controlli dell'attività sanitaria ospedaliera e specialistica. Legge n. 133/08, art. 79, comma 1-septies" e s.m.i. (BUR n. 12 dell'11.2.14)

Note

Viene confermata l’approvazione del “Prospetto triennale dei costi per i controlli delle attività sanitarie” presentato dall’allora Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio – Laziosanità relativo all’espletamento dei controlli sull’attività sanitaria ospedaliera ed ambulatoriale, allegato alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante;

Viene confermato per l’esercizio finanziario 2014, il valore del finanziamento per lo svolgimento delle attività di controllo dell’assistenza ospedaliera ed ambulatoriale ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n. U00058 del 4 agosto 2009 e s.m.i., pari ad Euro 1.674.740,70 sul capitolo H13171 “Utilizzazione delle risorse residue trasferite da Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio per il finanziamento per programmi e progetti di ricerca in conseguenza della liquidazione dell’ente disposta dall’articolo 35 della L.R. n. 4/2013” del Bilancio di previsione della Regione Lazio esercizio 2014.

L’attività di controllo viene vincolata anche all’effettuazione dei controlli straordinari disposti dall’autorità giudiziaria a valere sul finanziamento di cui al presente provvedimento.

Viene disposto di continuare ad avvalersi delle professionalità già in possesso dei requisiti richiesti, come verificato con procedure concorsuali indette da ASP, nonché dell’esperienza maturata nei precedenti anni di attività di controllo, fino al 31 dicembre 2014, mediante la sottoscrizione di contratti a tempo determinato del personale di cui all’allegato 3 della citata D.G.R. n. 458/2013, il cui precedente contratto di lavoro della durata inferiore a 36 mesi, è scaduto o è in scadenza nell’anno 2014.

DGR 31.1.14, n. 42 Approvazione degli obiettivi da assegnare ai direttori generali delle Aziende sanitarie all'atto della stipula del contratto. (BUR n. 13 dell'13.2.14)

Note

Sono approvati gli obiettivi predisposti dalla competente Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria allegati al presente atto in maniera da formarne parte integrante e sostanziale, ed in particolare:

- obiettivi aziende territoriali e relativi pesi ed indicatori (all. 1 e 2);
- obiettivi aziende ospedaliere e relativi pesi e indicatori (allegato 3 e 4);
- obiettivi ARES 118 e relativi pesi e indicatori (allegati 5 e 6).

I suddetti obiettivi vengano assegnati ai Direttori Generali al momento della stipula del relativo contratto d'opera.

La valutazione a 18 mesi dalla nomina di cui ai sensi dell'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992 è positivamente superata al raggiungimento del punteggio di almeno 140 su 200 sulla totalità degli obiettivi assegnati.

NB

Si rinvia alla lettura integrale degli allegati

Decreto del Commissario ad Acta 29 gennaio 2014, n. U00016 - Decreto del Commissario ad acta n. 39 del 20 marzo 2012 "Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale" - Sostituzione del comma 2 del punto 5.1, in ottemperanza alla Sentenza n.9542 dell'11 novembre 2013 - TAR Lazio - Sezione Terza Quater. (BUR n. 13 del 13.2.14)

Note

PREMESSA

Nella Sentenza n. 9542 dell'11 novembre 2013 - TAR Lazio – Sezione Terza Quater, il Giudice Amministrativo ha rilevato che il Piano di indirizzo per la Riabilitazione, approvato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 10 febbraio 2011, *“precisa che ai percorsi riabilitativi si accede tramite visita “ del medico specialista in riabilitazione” su richiesta del medico di medicina generale (MMG) e del Medico Pediatra di Libera Scelta (MPLS), che indica le problematiche cliniche da valutare . L’Accordo preso in Conferenza permanente – che ai sensi del punto 7 costituisce atto di indirizzo per le Regioni – richiede quindi che la prescrizione sia di uno specialista del settore, ma non necessariamente che lo stesso sia “operante in struttura pubblica (ospedaliera o territoriale)”*, presupposto, questo, prescritto invece dall’impugnato decreto commissariale come condizione per essere ammessi alla terapia”;

Con la citata Sentenza n. 9542/2013 il TAR del Lazio *“annulla il decreto del Commissario ad acta per l'emergenza sanitaria nella Regione Lazio n. 39 del 20 marzo 2012 nella parte in cui (comma 2 del punto 5.1) prevede che l'accesso al trattamento riabilitativo ambulatoriale deve avvenire “tramite prescrizione del medico specialista di riferimento per la specifica disabilità, operante in struttura pubblica (ospedaliera o territoriale)”*.

LA DISPOSIZIONE

In esecuzione della citata Sentenza del Tar Lazio, si procede alla regolamentazione dell'accesso al trattamento riabilitativo ambulatoriale, sostituendo il comma 2 del punto 5.1, annullato dal Giudice Amministrativo, con la seguente disposizione: **“L'accesso al trattamento riabilitativo ambulatoriale avviene tramite visita del medico specialista in riabilitazione su richiesta del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Medico Pediatra di Libera Scelta (MPLS), che indica le problematiche cliniche da valutare. La prescrizione del medico specialista, a seguito della visita effettuata, deve essere compilata, ai sensi dell'art. 8- bis del D.Lgs. n. 502/1992, sul modulario del Servizio sanitario nazionale”**;

La nuova formulazione del punto 5.1 del Documento allegato al Decreto del Commissario ad acta n. 39 del 20 marzo 2012 è, pertanto, la seguente:

“5.1 Trattamento riabilitativo ambulatoriale - Il trattamento riabilitativo ambulatoriale è rivolto a persone con disabilità complessa, spesso multipla, con possibili esiti permanenti; è orientato al recupero e alla rieducazione funzionale e/o al mantenimento delle abilità acquisite. La complessità della disabilità prevede la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale (PRI), realizzato da un *team* riabilitativo multiprofessionale.

L’accesso al trattamento riabilitativo ambulatoriale avviene tramite visita del medico specialista in riabilitazione su richiesta del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Medico Pediatra di Libera Scelta (MPLS), che indica le problematiche cliniche da valutare. La prescrizione del medico specialista, a seguito della visita effettuata, deve essere compilata, ai sensi dell’art. 8-bis del D.Lgs. n. 502/1992, sul modulario del Servizio sanitario nazionale.

Per le persone in età adulta, la durata del PRI è contenuta in un massimo di 90 giorni lavorativi, salvo motivata prosecuzione del trattamento, autorizzata dai competenti Servizi dell’Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente.

Per i minori, la durata del PRI è definita in accordo con il Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva (TSMREE) dell’Azienda Sanitaria Locale di residenza del paziente.”

Determinazione 6 dicembre 2013, n. G03659 - Decreto Lgs.vo 502/92 artt. 12 e 12 bis. Trasferimento, ai sensi della L.R. n. 4/2013, della gestione delle attività progettuali precedentemente attribuite a Laziosanità - ASP del Progetto "HPV as primary screening test in cervical cancer prevention: from DNA to mRNA? A randomised controller trial nested in a double testing study with long term follow up". Approvazione schema di convenzione, accertamento delle somme e impegno dell' importo complessivo di 570.000,00 in favore delle Unità Operative a valere sul capitolo H13118 del bilancio regionale - Esercizio finanziario 2013 - CUP F85E12000000001 (BUR n. 13 del 13.2.14)

Note

Viene assunta, ai sensi della L.R. n. 4/2013, la gestione tecnico-amministrativa e contabile del Progetto *“HPV as primary screening test in cervical cancer prevention: from DNA to mRNA? A randomised controller trial nested in a double testing study with long term follow up”* precedentemente attribuita a Laziosanità ASP.

Viene approvato lo schema di convenzione, allegato alla presente determinazione per formarne parte integrante e sostanziale, che sarà sottoscritto dalla Regione Lazio nella persona del Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria in qualità di Unità Operativa di Coordinamento e dalle singole Unità Operative Determinazione 11 dicembre 2013, n. G04253

Programma CCM 2012 - Ministero della Salute. Trasferimento, ai sensi della L.R. n. 4/2013, della gestione delle attività progettuali precedentemente attribuite a Laziosanità - ASP del Progetto "Promozione degli screening oncologici femminili: ridurre le disuguaglianze nell'accesso tra le donne utenti dei dipartimenti di salute mentale" . Approvazione schemi di convenzione e impegno delle somme a favore delle Unità Operative sul Cap. H13125 del bilancio regionale - Esercizio Finanziario 2013. Codice Unico di Progetto 185J12000830001.

Viene assunta , ai sensi della L.R. n. 4/2013, la gestione tecnico-amministrativa e contabile del Progetto CCM: *“Promozione degli screening oncologici femminili: ridurre le disuguaglianze nell’accesso tra le donne utenti dei dipartimenti di salute mentale”* precedentemente attribuita a Laziosanità – ASP.

Viene approvato lo schema di convenzione, allegato alla presente determinazione per formarne parte integrante e sostanziale, che sarà sottoscritto dalla Regione Lazio nella persona del Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria e dalle Unità Operative.

Viene ripartita la somma di € 129.600,00, incassata con Reversale n. 22242/2012, che corrisponde al primo 40% dell’intero finanziamento, tra le Unità Operative.

MARCHE

DGR 20.1.14, N. 32 - Programma di attività del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie CCM per l'anno 2013 - Approvazione schema di contratto con i soggetti attuatori. (BUR n. 14 del 7.2.14)

Note

Viene approvato lo schema tipo di contratto di cui all'Alt. I facente parte integrante del presente atto avente ad oggetto "Approvazione schema di contratto con i soggetti attuatori per la realizzazione dei progetti del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie CCM 2013, finanziati dal Ministero della Salute – Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione - Direzione Generale della Prevenzione".

**ALLEGATO 1
SCHEMA TIPO**

**Contratto per l'attuazione dei progetti CCM finanziati dal Ministero della Salute - Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione - Direzione Generale della Prevenzione
TRA**

Il Dirigente della P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza - Urgenza, Ricerca e Formazione domiciliato per la carica, presso la sede di Ancona in Via Gentile da Fabiano n. 3, presso l'Agenzia Regionale Sanitaria (d'ora innanzi detta "Agenzia Regionale Sanitaria") C.F. e P.Iva 01486510421 autorizzata alla stipula del presente atto, con DGRM n.ri 414 del 22 marzo 2011 e 378 del 19/03/2013

E

(indicazione e dati del soggetto attuatore)

.....
.....

Premesso quanto segue

- Il Ministero della Salute - Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione - Direzione Generale della Prevenzione, con convenzione n..... stipulata il, ha ammesso a finanziamento per l'esercizio finanziario 2013, del Destinatario Istituzionale Regione Marche - ARS il progetto come di seguito indicato:

"....."

- Per il predetto progetto presentato dalla Regione Marche ai sensi del D.M. 1 Marzo 2013, è stato autorizzato un finanziamento Ministeriale limitato all'importo complessivo di Euro

Considerato che

- La responsabilità della realizzazione del progetto, così come approvato dal Ministero della Salute, resta in capo alla Regione Marche - Agenzia Regionale Sanitaria in quanto firmataria di apposito contratto di collaborazione con la Direzione Generale della Ricerca Sanitaria dello stesso Ministero, allegato n. 1 al presente contratto. - Il Ministero della Salute - Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione Direzione Generale della Prevenzione, ha approvato il piano esecutivo del progetto speciale in questione;

- Denominazione del soggetto attuatore) CF e l'IVA, Dispone delle competenze tecniche ed organizzative necessarie allo svolgimento del prenomato progetto

convengono quanto segue:

Art. 1 - Oggetto

Il presente contratto regola l'affidamento al soggetto attuatore, da parte della P.F.

Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca e Formazione per la parte del programma CCM

2013 del progetto dal titolo ".....", i cui obiettivi ed il cui contenuto sono indicati nell'accordo di collaborazione sottoscritto con il Ministero della Salute - Dipartimento della

Sanità Pubblica e dell'innovazione - Direzione Generale della Prevenzione, allegato al presente fitto e sulla cui base si propone la sottoscrizione del presente contratto con il soggetto attuatore già indicato nel predetto accordo di collaborazione.

Art. 2 - Efficacia

Il presente contratto di collaborazione prevede lo svolgimento del complesso delle attività necessarie all'attuazione del progetto di cui al precedente Art. 1 ed il soggetto attuatore si impegna ad assicurare che le attività oggetto dell'accordo siano concluse nel termine di 24 mesi a decorrere dalla data della comunicazione di cui all'art. 2 dell'accordo con il Ministero della Salute, (a11.2 al presente atto).

L'eventuale concessione di proroga da parte del Ministero non potrà essere superiore a mesi 6, mentre

la richiesta formale, su eventuale istanza del soggetto attuatore, dovrà essere presentata dalla Regione

Marche - ARS, che provvederà ad inoltrarla al Ministero della Salute, almeno 30 giorni prima la data della scadenza del progetto.

La concessione della proroga non costituisce, comunque, motivo di maggiorazione del finanziamento.

- Il presente contratto è efficace dalla data di sottoscrizione del presente atto.

Art. 3

(modalità di svolgimento: rapporti tecnici, rendicontazione finanziaria)

- Il soggetto attuatore (denominazione) garantisce lo svolgimento delle attività e l'acquisizione delle prestazioni e dei servizi necessari per la realizzazione del progetto anche attraverso, Unità Operative così come previsto nel progetto esecutivo.

- la Regione Marche - ARS - P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca e Formazione

- esercita funzioni di controllo e verifica sull'attività svolta, sui risultati raggiunti e sulla rendicontazione

delle spese sia nella forma che nel merito ed entro 45 giorni dalla scadenza di ogni semestre di attività, il soggetto attuatore trasmette alla Regione Marche - ARS un rapporto tecnico sullo stato di avanzamento del progetto ed un rendiconto finanziario che riporti le somme impegnate e/o le spese sostenute, utilizzando esclusivamente l'apposito modello allegato al presente contratto, allo scopo di rendere possibile la trasmissione di tale rendiconto ai sensi dell' art.3 comma 1 dell'accordo di collaborazione allegato.

- Nell'esercizio di dette funzioni la P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca e Formazione, ha facoltà di chiedere chiarimenti e può disporre indagini e verifiche durante lo svolgimento delle attività progettuali stesse.

- Le rendicontazioni finanziarie trasmesse dovranno essere redatte nel rispetto delle voci di spesa indicate nel piano finanziario originario, previsto nel progetto di cui all'allegato 1.

- Qualora siano accertate la mancata o irregolare attuazione del progetto, nonché irregolarità relative all'utilizzo del finanziamento di cui al successivo art. 4, la Regione - ARS ne darà tempestiva comunicazione al Ministero della Salute -Dipartimento per la Sanità pubblica e dell'Innovazione

- Direzione Generale della Prevenzione, al quale verrà rimessa ogni decisione ai sensi dell'accordo sottoscritto.

- Entro 30 giorni dalla conclusione del progetto, nei termini stabiliti dal Ministero della Salute, il soggetto

attuatore ha l'obbligo di trasmettere alla Regione Marche - ARS, P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca e Formazione la documentazione finale, rapporti tecnici sui risultati raggiunti, report finanziari entro il periodo temporale assegnato per lo svolgimento delle attività

di sperimentazione.

Art. 4

(Proprietà dei risultati del progetto)

1. I risultati del progetto, ivi inclusi i rapporti di cui all'articolo 3, sono di esclusiva proprietà del Ministero della Salute. Il diritto di proprietà e/o di utilizzazione e sfruttamento

economico dei file sorgente nonché degli elaborati originali prodotti, dei documenti progettuali, della relazione tecnica conclusiva, delle opere dell'ingegno, delle creazioni intellettuali, delle procedure software e dell'altro materiale anche didattico creato, inventato, predisposto o realizzato dalla Regione nell'ambito o in occasione dell'esecuzione del presente accordo, rimarranno di titolarità esclusiva del Ministero. Quest'ultimo potrà quindi disporre senza alcuna restrizione la pubblicazione, la diffusione, l'utilizzo, la vendita, la duplicazione e la cessione anche parziale di dette opere dell'ingegno o materiale, con l'indicazione di quanti ne hanno curato la produzione di cui al comma 2 dell'art.4 dell'allegato accordo di collaborazione.

2. I documenti ed i risultati di cui al comma 1 potranno essere utilizzati dietro espressa autorizzazione

del Ministero, riportando l'indicazione di quanti ne hanno curato la produzione.

Art.5

(referenti scientifici)

I referenti scientifici dei progetti assicurano il collegamento operativo con il Ministero e con il Destinatario Istituzionale, ai sensi dell'art.5 dell'accordo di collaborazione sottoscritto dall'ARS - Regione Marche con il Ministero della Salute.

Art.6

(modalità e termini di erogazione del finanziamento)

1. Il progetto dal titolo "....." è stato finanziato per un importo massimo di Euro

.....

2. L'importo di cui al comma 1) verrà erogato dalla Regione Marche - ARS alla

.....

nel rispetto delle disposizioni di cui ai commi successivi e secondo le modalità ed i termini previsti del Ministero della Salute che eroga le somme all'ARS - Regione Marche la quale provvederà a trasferirle al soggetto attuatore con le seguenti modalità e misure:

a. Una prima quota pari al 50%, del finanziamento di Euro sarà effettuata, dopo la comunicazione della data di inizio delle attività di sperimentazione da parte del soggetto attuatore e sarà erogata dietro presentazione da parte dello stesso di formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura, ove dovuta, comunque dopo il trasferimento della somma da parte del Ministero

Mia Salute.

b. Una seconda quota, pari al 30% del finanziamento pari a Euro sarà erogata dietro presentazione da parte del soggetto attuatore di formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta. Il pagamento sarà disposto dalla regione Marche - ARS a seguito della comunicazione della valutazione positiva da parte del Ministero dei rapporti tecnici e dei rendiconti finanziari di cui all'art.3, relativi al primo anno di attività di ricerca.

c. Una terza quota, pari al 20% del finanziamento pari a Euro sarà erogata a conclusione delle attività progettuali e sarà disposta a seguito della trasmissione da parte del soggetto attuatore della relazione e del rendiconto finali alla Regione Marche - ARS, unitamente ad una formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura, ove dovuta. Il pagamento verrà erogato successivamente previa valutazione positiva/approvazione da parte del Ministero della Salute - Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione - Direzione Generale della Prevenzione. Le richieste di pagamento di cui al comma 1 sono inviate a: Agenzia Regionale Sanitaria - P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca e Formazione - Via Gentile da Fabriano 3 - 60125 Ancona, complete delle informazioni utili per l'erogazione delle somme di cui all'art.

4

Art. 7

(obblighi contrattuali)

Il soggetto attuatore è tenuto ad inviare alla Regione Marche - ARS, P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca e Formazione, la relazione conclusiva delle attività di ricerca svolte, ed opportunamente documentate con relativa nota di debito/fattura ove dovuta e relativo rendiconto finale, così come indicato nei precedenti art.3 (ultimo capoverso) e art.4 lett. c.

-

Detta relazione, anche con parere espresso dal Dirigente della Posizione di Funzione Assistenza Ospedaliera, Emergenza Urgenza, Ricerca e Formazione, verrà trasmessa al Ministero della Salute - Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione-Direzione Generale della Prevenzione per la a valutazione positiva /approvazione da parte dello stesso. Il pagamento sarà disposto a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero della Salute della relazione e del rendiconto finali di cui al presente articolo.

Il soggetto attuatore si impegna a restituire le somme eventualmente corrisposte in eccesso, secondo

modalità e tempi che saranno comunicati per iscritto dal Ministero della Salute, alla Regione Marche-ARS ai sensi dell'art.7, comma 1 lett. c dell'accordo sottoscritto tra la Regione Marche - ARS e il Ministero della Salute. Qualora siano accertate la mancata o irregolare attuazione del progetto nonché irregolarità relative all'utilizzo del finanziamento, di cui al precedente art. 4), ne sarà data tempestiva comunicazione al Ministero della Salute Dipartimento della Sanità pubblica e della Prevenzione - Direzione Generale della Ricerca sanitaria, al quale verrà rimessa ogni decisione in merito;

Durante lo svolgimento del progetto potranno essere apportate allo stesso eventuali modifiche, ritenute

necessarie, previo assenso delle parti firmatarie del presente contratto, nonché del Ministero della Salute, così come previsto dall'art. 1 dell'accordo di collaborazione di cui All. 1 a condizione che le modifiche del progetto ne migliorino l'impianto complessivo.

Art. 8

(Controversie)

Il presente contratto di collaborazione tra l'ARS -Regione Marche ed il soggetto attuatore é vincolante

tra le parti dal momento della sottoscrizione. Ogni ed eventuale altro adempimento e/o interpretazione

è rimandata all'applicazione del contratto di collaborazione sottoscritto dalla Regione Marche - ARS con

il Ministero della Salute, in allegato 1.

Eventuali controversie in merito agli adempimenti previsti dal presente contratto saranno di esclusiva

competenza del Foro di Ancona.

Art.9

(registrazione)

Il presente contratto di collaborazione, redatto in tre originali, sarà registrato solo in caso d'uso.

Il presente contratto di collaborazione si compone di 9 articoli, e viene sottoscritto con firma digitale.

Per l'Agenzia Regionale Sanitaria

Il Dirigente

Per

Il Direttore

PIEMONTE

DGR 4.2.14, n. 14-7070 - DGR 6-5519 del 14.03.13 - Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della DCR 167-14087 del 3.04.12. Interventi attuativi sulla rete di post acuzie assicurata di P.O. pubblici, ai presidi ex artt. 42 e 43 della L.833/78, dalle case di cura private e definizione rete di continuita' assistenziale a valenza sanitaria. Azione 14.3.3 di cui alla D.G.R. 25-6992 del 30.12.2013. (BUR n. 9 del 27.2.14)

Note

Viene approvato il programma di riconversione delle attività svolte dai Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Regionali e dai Presidi ex artt. 42 e 43 della L. 833/78, quale risultante all'Allegato A al presente provvedimento del quale ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Viene altresì approvato il programma di riconversione delle strutture sanitarie ex art. 26 ed RSA esplicitato nell'Allegato B.

Viene sostituito l'allegato A alla D.G.R. n. 1-6045 del 9 luglio 2013 con l'allegato C al presente provvedimento del quale ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Sono distribuiti sul territorio regionale i posti di continuità assistenziale a valenza sanitaria di cui alla D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013, secondo la tabella di cui all'Allegato B al presente provvedimento del quale ne costituisce parte integrante e sostanziale.

L'attivazione della funzione di continuità assistenziale, nelle more dell'espletamento delle procedure di autorizzazione e di accreditamento, potrà avvenire dietro presentazione da parte del rappresentante legale delle singole strutture interessate alla riconversione e di cui all'Allegato B al presente provvedimento, di autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sul possesso dei requisiti organizzativi richiesti dalla D.G. R. n. 6-5519 del 14/03/2013.

NB

L'autocertificazione dovrà essere trasmessa alla Direzione Sanità e/o Direzione Politiche Sociali e all'ASL territorialmente competente per l'espletamento dei dovuti controlli entro 60 gg dal ricevimento dell'autocertificazione;

Viene individuato il termine di 90 gg per la conclusione del procedimento relativo all'autorizzazione, di cui all'alinea precedente e di individuare quale responsabile del procedimento il Responsabile del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri Territoriali ed il Responsabile del Settore Promozione e Sviluppo della rete delle strutture, della qualità dei servizi, vigilanza e controllo, formazione del personale socio-assistenziale, rispettivamente della Direzione Sanità e Direzione Politiche Sociali, per le parti di competenza;

DGR 27.1. 2014, n. 7-7037 - Recepimento della convenzione tra l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGENAS - e la Regione Piemonte inerente il Progetto di Ricerca Corrente 2012 dal titolo "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino". (BUR n. 7 del 13.2.14)

Note

PREMESSA

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS, nell'ambito del programma di attività di ricerca corrente 2012, ha previsto la realizzazione di un progetto denominato “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino”.

Obiettivo del Progetto, alla cui definizione ha altresì partecipato l'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva, è quello di realizzare un'indagine, a livello nazionale, sulla qualità dell'assistenza ospedaliera secondo i principi dell'empowerment e dell'umanizzazione nella prospettiva del cittadino.

Il Progetto sarà realizzato nell'ambito di alcuni Presidi Ospedalieri, dove équipes miste formate da rappresentanti dei cittadini e operatori aziendali, formati nell'ambito del progetto e coordinati da referenti delle Aziende Sanitarie, parteciperanno ad attività di valutazione della qualità dei servizi sanitari, utilizzando strumenti (questionario) e metodi predisposti da AGENAS e dall' Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva.

Ai fini di un'ottimale realizzazione e trasferibilità dei risultati della ricerca, l'Agenzia ritiene opportuno integrare le proprie competenze mediante la collaborazione, nell'ambito dell'attuazione del Progetto, con Enti di ricerca, Università, istituzioni e strutture del Servizio Sanitario Nazionale, che abbiano maturato specifiche competenze nelle materie oggetto del Progetto.

Al fine di favorire la collaborazione di cui sopra, il Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia, con deliberazione n. 29 del 20 settembre 2007, ha approvato uno schema tipo di convenzione per meglio regolare e disciplinare i rapporti tra l'Agenzia e le Regioni – Unità di ricerca – coinvolte nella realizzazione dei progetti facenti parte del programma di ricerca corrente.

LA DISPOSIZIONE

Sono recepiti i contenuti della convenzione tra l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS – e la Regione Piemonte inerente la realizzazione, nei termini e nell'ambito dei presidi indicati nelle premesse del Progetto di Ricerca Corrente 2012 dal titolo “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino”,

DGR 27.1.14, n. 9-7039 - Consolidamento delle Rete regionale di assistenza neuropsichiatrica dell'età evolutiva e dell'adolescenza e della Rete regionale di allergologia. Completamento della rete "percorso riabilitativo". (BUR n. 7 del 13.2.14)

Note

Viene disposto il consolidamento delle soluzioni informatiche di rete per la neuropsichiatria infantile, l'allergologia e la fisiatria, con la loro integrazione sulla piattaforma regionale di sanità elettronica.

Viene attribuita all'ASL CN1, a far data dal 1 gennaio 2014, la funzione di coordinamento sovrazonale per la Regione nell'ambito della gestione e dello sviluppo, con particolare riguardo alle integrazioni con le anagrafiche centrali della piattaforma integrata regionale di sanità elettronica (AURA, OPESSAN, ASN, ect.) ed all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, del sistema informativo denominato "NPI.Net", assicurando i relativi servizi a favore della rete di assistenza neuropsichiatrica dell'età evolutiva e dell'adolescenza e dell'osservatorio regionale per la tutela della salute neuropsichiatrica e psicologica dell'età evolutiva e dell'adolescenza.

L'ASL CN1 sia tenuta ad attenersi alle indicazioni del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari ospedalieri e territoriali della Direzione regionale Sanità concordando ogni eventuale variazione sulla gestione del servizio del sistema informativo "NPI.Net".

Viene attribuita all'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, a far data dal 1 gennaio 2014, la funzione di coordinamento sovrazonale nell'ambito della gestione e dello sviluppo, con particolare riguardo alle integrazioni con le anagrafiche centrali della piattaforma integrata regionale di sanità elettronica (AURA, OPESSAN, ASN, ect.) ed all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, dei sistemi informativi denominati "Rete allergologica" e "Percorso riabilitativo", assicurando i relativi servizi, rispettivamente, a favore della Rete Regionale Ospedaliera di Allergologia e dell'Osservatorio Regionale per le gravi reazioni allergiche ed a tutti gli attori che, nell'ambito del SSR, intervengono nel percorso riabilitativo.

L'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino sia tenuta ad attenersi alle indicazioni del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari ospedalieri e territoriali della Direzione regionale Sanità concordando ogni eventuale variazione sulla gestione dei servizi dei sistemi informativi denominati "Rete allergologica" e "Percorso riabilitativo";

DGR 27.1.14, n. 11-7041 - Formalizzazione della Rete regionale di Cure Palliative e di Terapia del Dolore rivolte al Paziente Pediatrico, in attuazione di quanto disposto dall'Intesa Stato-Regioni del 25.07.2012 e dalla D.G.R. n. 29-4854 del 21.10.2012. Azione 14.2.1 dei Programmi Operativi 2013-2015 approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013. (BUR n. 7 del 13.2.14)

Note

Viene formalizzata la Rete regionale di Cure Palliative e di Terapia del Dolore rivolte al Paziente Pediatrico, cui afferiscono tutte le strutture ospedaliere regionali, dotate di reparti pediatrici.

Sono confermati, quali centri di Riferimento della Rete, in conformità a quanto disposto dalla

D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010, i due centri seguenti:

- l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - Presidio Ospedaliero OIRM/Sant'Anna
- l'AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria.

Le modalità organizzative e di funzionamento della Rete regionale devono rispondere in toto a quanto disposto nell'Intesa del 25.07.2012 recepita con la suddetta D.G.R. n.29-4854 del 21.10.2012 e parzialmente riportato nel presente atto, secondo protocolli operativi che saranno formalizzati con successive determinazioni del Direttore della Direzione Sanità.

DGR 27.1.14, n. 12-7042 -Individuazione dei Centri regionali di riferimento per la formazione degli operatori e l'assicurazione di qualità nello screening dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colonretto nell'ambito del Programma Regionale Prevenzione Serena, a norma della D.G.R. n. 111-3632 del 02.08.2006. Intervento 11.2 dei Programmi Operativi 2013-2015 approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013. (BUR n.7 del 13.2.14)

Note

Sono individuati i Centri regionali di riferimento per lo screening del cancro della mammella, della cervice uterina e del colonretto, come di seguito dettagliato:

- Screening Mammografico: SS Senologia di Screening dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;

- Screening della Cervice Uterina: SC Anatomia ed Istocitopatologia Diagnostica e di Screening U dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;

- Screening del colonretto: centro di screening unificato della città di Torino, nell'ospedale San Giovanni Antica Sede (AOU Città della Salute e della Scienza di Torino).

I Centri suddetti svolgono funzioni di formazione degli operatori e di controllo di qualità delle prestazioni effettuate, secondo modalità che saranno dettagliate nei regolamenti dei Centri stessi.

DGR 27.1.14, n. 13-7043 -Definizione dei requisiti minimi autorizzativi per le case di cura private, ai sensi dell'art. 4 comma 2 della L.R. 14 gennaio 1987 n. 5 e s.m.i. Azione 5.1.2. dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013. (BUR n.7 del 13.2.14)

Note

Viene approvato il documento contenente i requisiti minimi autorizzativi per le case di cura private, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, che sostituisce l'allegato A) alla L.R. 14 gennaio 1987 n. 5, in virtù del combinato disposto di cui al novellato art. 4 comma 2 della medesima legge regionale e all'art. 39 della L.R. 8/2013.

Allegato

Requisiti minimi autorizzativi delle Case di Cura private

1. Capacità ricettiva minima

La capacità ricettiva minima delle nuove case di cura private è fissata in n. 60 posti letto.

2. Area

L'area identificata per l'edificazione o l'insediamento di nuove case di cura private deve rispondere ai requisiti di natura urbanistica, igienico-ambientale, idrogeomorfologica, acustica, climatica e dimensionale riferiti al tipo di struttura e alle funzioni previste, secondo quanto indicato dalle prescrizioni degli strumenti urbanistici comunali e di pianificazione sovraordinata delle zone di interesse, nonché dalle leggi e dalle norme specifiche e di settore comunque applicabili in relazione alle condizioni contestuali e alle attività da insediare.

Sono fatti salvi i requisiti di seguito elencati:

Caratteri ambientali e relazioni con il contesto

Fatta salva e verificata la compatibilità di destinazione urbanistica dell'area, essa deve possedere ulteriori ed opportuni requisiti di salubrità dell'aria, del terreno e delle acque, di idoneità dell'assetto idrogeomorfologico del sito, di compatibilità ambientale riguardo al rumore, alle emissioni, ai rifiuti e/o, comunque, ai prodotti di ogni attività e/o lavorazione in prossimità o in relazione con l'opera da realizzare, nonché di compatibilità con le funzioni svolte nel medesimo ambito di intervento, rilevate anche le destinazioni previste dagli strumenti urbanistici vigenti.

L'ubicazione della casa di cura di nuova costruzione dovrà avvenire in località salubre ed alberata, lontano da depositi o scoli di materie di rifiuto, da acque stagnanti, da industrie rumorose o dalle quali provengono esalazioni moleste e nocive, da cimiteri e da quelle attrezzature urbane che possono comunque arrecare danno o disagio alle attività terapeutiche ed al soggiorno. L'area non dovrà insistere su terreni umidi o soggetti ad infiltrazioni o ristagni e non deve ricadere in zone franose o potenzialmente tali, non dovrà essere esposta a venti fastidiosi e non dovrà essere situata sottovento a zone da cui possono provenire esalazioni o fumi nocivi o sgradevoli.

Accessibilità del sito e delle strutture

L'area deve essere ben inserita nel sistema delle comunicazioni in dipendenza della viabilità, della rete dei trasporti pubblici e dell'entità dei traffici.

L'area, inoltre, deve permettere l'accessibilità alle proprie strutture a mezzo di percorsi viari, collegamenti ed accessi che garantiscano fruibilità e sicurezza agli utenti. Gli accessi devono avere varchi sufficientemente comodi ed ampi, devono essere arretrati rispetto al filo stradale e devono condurre a percorsi realizzati con materiali e requisiti idonei ai mezzi e alle tipologie di utenza prevedibili.

Dimensione dell'area

Ferme restando le disposizioni degli strumenti urbanistici vigenti, la dimensione dell'area deve essere tale da poter contenere al suo interno, oltre agli edifici sanitari propriamente detti, le strutture edilizie di supporto ad essi (servizi generali, magazzini, depositi, spogliatoi, locali tecnici, ecc.), nonché gli spazi ed i percorsi per la gestione dei relativi flussi. Tali spazi e percorsi devono avere caratteristiche tali da non determinare criticità e/o interferenze con le diverse attività sanitarie e non sanitarie svolte, fatta comunque salva, ove tale prescrizione non sia osservabile, la possibilità di definire misure compensative organizzativo-gestionali.

Per le case di cura di nuova costruzione o di nuova attivazione, la superficie totale dell'area non deve essere inferiore a mq. 70 per posto letto; per ampliamenti strutturali intesi ad aumentare i posti letto o comunque nel caso di incremento di posti letto, deve essere previsto un aumento della superficie totale di mq. 70 per ogni posto letto in aumento. Almeno 15 metri quadrati per posto letto devono essere destinati a parco e giardino. L'area verde attrezzata di pertinenza alla casa di cura deve essere almeno pari alla superficie destinata a parcheggio.

Devono essere previste aree destinate al parcheggio delle autovetture in misura di 1 metro quadro ogni 10 metri cubi nel rispetto delle norme urbanistiche vigenti e della disciplina in materia di requisiti per l'esercizio delle attività sanitarie delle strutture di cui alla D.C.R. n. 616-3149 del 2000 e s.m.i..

Le case di cura devono assicurare una rete viaria di collegamento e zone di parcheggio differenziate per utenti e per il personale, con accessi distinti.

Ai mezzi di soccorso sanitario deve inoltre essere garantita la sosta in prossimità dell'accesso alla struttura.

3. Approvvigionamento idrico

Ogni casa di cura deve essere allacciata alla rete idrica pubblica e, fermo restando quanto previsto dalla normativa sulla sicurezza antincendio, deve assicurare una dotazione giornaliera minima di acqua potabile non inferiore a 200 litri per posto-letto.

Al fine di garantire la continuità della fornitura in caso di interruzione ed un sufficiente ricambio giornaliero, le case di cura devono essere dotate di una riserva idrica corrispondente almeno al 25% del fabbisogno complessivo di un giorno, realizzata mediante sistemi di stoccaggio e distribuzione dell'acqua conformi alla normativa in materia.

4. Smaltimento dei rifiuti liquidi, solidi e sanitari.

Ogni casa di cura deve essere allacciata alla rete fognaria pubblica e deve rispettare le procedure e i vincoli prescritti dalla normativa vigente in materia di smaltimento dei rifiuti liquidi, solidi e sanitari.

5. Smaltimento dei rifiuti radioattivi

Le case di cura private devono rispettare le procedure e i vincoli prescritti dalla normativa vigente in materia di smaltimento di rifiuti radioattivi.

6. Caratteristiche costruttive

Le case di cura private devono rispondere ai requisiti di natura edilizia previsti dalle disposizioni normative vigenti disciplinanti la materia.

7. Eliminazione barriere architettoniche

Le case di cura private devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia di eliminazione delle barriere architettoniche.

8. Protezione antisismica

Le case di cura private devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni normative in materia di protezione antisismica.

9. Sicurezza antincendio

Tutti gli ambienti della casa di cura privata devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle norme in materia di protezione antincendio.

10. Condizioni microclimatiche

Le case di cura devono essere dotate di impianti atti ad assicurare idonee condizioni microclimatiche nel rispetto dei requisiti previsti dalle norme in materia.

Fatta eccezione per i settori destinati a specifiche attività terapeutiche (sale operatorie, sale da parto, sale di degenza immaturi, rianimazione, terapia intensiva, sala di emodinamica e sala di radiologia interventistica) è ammesso uno scostamento dai valori minimi e massimi di temperatura e umidità

previsti dalle disposizioni regionali in materia nel caso si verificano eccezionali e straordinarie condizioni atmosferiche e climatiche attestata dall'autorità competente.

11. Protezione dalle radiazioni ionizzanti

Le case di cura private devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle norme in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti.

12. Impianti elettrici

Gli impianti elettrici devono essere conformi ai requisiti previsti dalle disposizioni normative in materia.

Le case di cura private devono essere dotate di un impianto di illuminazione di emergenza e devono garantire, in caso di interruzione dell'alimentazione elettrica, l'automatica ed immediata disponibilità di energia elettrica adeguata ad assicurare almeno il funzionamento delle attrezzature e dei servizi che non possono rimanere inattivi nemmeno per brevissimo tempo (complesso operatorio, sale parto, unità di rianimazione e terapia intensiva, unità di dialisi, frigoemoteca, radiologia interventistica, emodinamica, nido e altri servizi essenziali), il funzionamento delle apparecchiature medico-terapeutiche necessarie per l'esistenza in vita dei pazienti alimentate ad energia elettrica ed il funzionamento delle luci di emergenza.

Le case di cura devono essere protette dai fulmini nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

13. Impianti di distribuzione dei gas medicali

Nelle case di cura la distribuzione dei gas medicali deve essere effettuata con impianto centralizzato nel rispetto delle norme vigenti in materia. Caratteristiche conformi alle disposizioni normative vigenti in materia devono essere possedute anche dall'impianto del vuoto.

Le case di cura che effettuano esclusivamente prestazioni di Neuropsichiatria (cod. 40, 40.56,40.60) e/o di post acuzie, quali Lungodegenza (cod. 60) e Riabilitazione di I e II (cod. 56), possono non essere dotate di impianto centralizzato purché provvedano allo stoccaggio ed all'erogazione dei gas medicali con mezzi adeguati rispondenti alla normativa vigente.

14. Caratteristiche generali tecnico-sanitarie

Le case di cura private devono garantire almeno i seguenti servizi, locali e spazi:

- a) locale accettazione sanitaria ed amministrativa;
- b) locali per il servizio di direzione sanitaria e per il servizio di direzione amministrativa (salvo, per quest'ultimo, quanto previsto al punto 16, comma 2);
- c) locali ad uso promiscuo di visita/attesa per l'utenza esterna, con area ristoro e servizi igienici dedicati;
- d) locali ad uso camere di degenza, con servizi igienici di pertinenza per i ricoverati; presso l'area di degenza devono trovare collocazione servizi igienici dedicati all'utenza esterna distinti dai servizi igienici dedicati al personale, nonché un locale ad uso medicheria e per le procedure di ricovero dei pazienti, uno spazio ad uso deposito ed uno spazio per la raccolta differenziata dei rifiuti;
- e) locali da destinare al personale sanitario per i colloqui con i pazienti e con i familiari degli stessi; f) locali ad uso spogliatoi per il personale, con servizi igienici dedicati, nonché servizio mensa e area ristoro ove previsti dal Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro;
- g) locali e servizi igienici separati per l'isolamento temporaneo degli ammalati di forme contagiose diffuse;
- h) complesso operatorio e sale parto, ove richiesti dalla tipologia;
- i) locali per neonatologia e lactarium, ove richiesti dalla tipologia;
- j) locali per il medico di guardia e, se del caso, per l'ostetrica di guardia;
- k) locale farmaci;
- l) locali per terapia intensiva e semintensiva, day surgery, ambulatori, ove presenti;
- m) servizio di emoteca, ove presente;
- n) servizio di diagnostica per immagini, ove previsto;
- o) servizio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, ove previsto;
- p) servizio di assistenza religiosa che garantisca la pluralità delle confessioni;
- q) servizi di lavanderia, di pulizia, di cucina e dispensa, di guardaroba;
- r) servizio di sterilizzazione, ove richiesto;
- s) locali da destinare a camera mortuaria;
- t) ambienti/spazi per lo stoccaggio dei rifiuti solidi e speciali.

15. Raggruppamento dei servizi e dei locali

I servizi e i locali della casa di cura possono così raggrupparsi:

- 1) direzione sanitaria;
- 2) direzione amministrativa;
- 3) servizi di diagnosi e cura;

- 4) servizi generali;
- 5) impianti tecnologici.

16. Direzione sanitaria e direzione amministrativa

La direzione sanitaria comprende i locali per il direttore e i suoi collaboratori ed è ubicata in modo da consentire il corretto esercizio delle proprie funzioni su tutto il complesso.

La direzione amministrativa comprende gli uffici amministrativi della casa di cura nonché i servizi economici e contabili. La funzione di direzione amministrativa può essere delocalizzata o esternalizzata.

17. Servizi di diagnosi e cura

La casa di cura deve garantire le funzioni di accettazione amministrativa e sanitaria.

Servizio di diagnostica per immagini

Il servizio di diagnostica per immagini di I e II livello, ove presente, deve possedere i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia (per quanto concerne le norme regionali si rinvia alla D.C.R. n. 616-3149 del 22/02/2000 e successivi provvedimenti attuativi e integrativi).

Le case di cura che erogano prestazioni per acuti devono assicurare al proprio interno, per tutte le 24 ore, il servizio di diagnostica per immagini per garantire, con personale abilitato, il supporto necessario all'attività, anche attraverso il servizio di reperibilità.

È consentita la refertazione a distanza degli esami attraverso sistemi di teleradiologia.

Nelle case di cura che effettuano esclusivamente prestazioni di Neuropsichiatria (cod. 40, 40.56, 40.60) e/o di post acuzie, quali Lungodegenza (cod. 60) e Riabilitazione di I e II livello (cod. 56), che non siano autorizzate per l'erogazione del servizio di diagnostica per immagini in regime ambulatoriale per esterni, le attività di diagnostica per immagini possono essere garantite attraverso il ricorso a convenzioni con strutture sanitarie pubbliche, private autorizzate o accreditate all'esercizio di tale attività. Nel caso in cui la struttura inviante risulti accreditata con il

SSN la convenzione può essere stipulata unicamente con strutture pubbliche o private accreditate.

La convenzione può essere stipulata soltanto con strutture eroganti il servizio di diagnostica per immagini che siano collocate entro un raggio di 30 Km. dalla sede della casa di cura;

l'effettuazione dell'esame radiologico deve essere garantita almeno in tutti i giorni feriali dalle ore 8,00 alle ore 16,00 e il relativo referto (la cui consegna può avvenire in forma manuale, telematica, via fax, ecc.) deve essere disponibile nella stessa giornata di esecuzione dell'esame.

La convenzione deve prevedere le modalità di trasporto dei pazienti ricoverati.

Servizio di laboratorio analisi

Il servizio di laboratorio analisi, ove presente, deve possedere i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia.

Le case di cura che erogano prestazioni per acuti devono assicurare al proprio interno, per tutte le 24 ore, il servizio di laboratorio analisi per garantire, con personale abilitato, il supporto necessario all'attività, anche attraverso il servizio di reperibilità.

Nelle case di cura che effettuano esclusivamente prestazioni di Neuropsichiatria (cod. 40, 40.56, 40.60) e/o di post acuzie, quali Lungodegenza (cod. 60) e Riabilitazione di I e II livello (cod. 56), che non siano autorizzate per l'erogazione del servizio di laboratorio analisi in regime ambulatoriale per esterni, le attività di analisi chimico-cliniche e microbiologiche possono essere garantite attraverso il ricorso a convenzioni con strutture sanitarie pubbliche, private autorizzate o accreditate all'esercizio di tale attività. Nel caso in cui la struttura inviante risulti accreditata con il SSN la convenzione può essere stipulata unicamente con strutture pubbliche o private accreditate.

La convenzione può essere stipulata soltanto con strutture eroganti il servizio di laboratorio analisi raggiungibili entro 60 minuti.

La convenzione deve prevedere le modalità di trasporto dei campioni nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

Il ricevimento del campione deve essere garantito almeno dalle ore 8,00 alle ore 16,00 di tutti i giorni feriali e il relativo referto (la cui consegna può avvenire in forma manuale, informatica, via fax, ecc.) deve essere disponibile nella stessa giornata di invio del campione.

Servizio di emoteca

Il servizio di emoteca, ove presente, deve rispondere ai requisiti previsti dalla normativa vigente in materia. In assenza del servizio si provvederà attraverso frigo emoteca.

Complesso operatorio

Il complesso operatorio, ove presente, deve essere costituito dall'insieme dei locali per gli interventi di chirurgia generale e delle specialità chirurgiche; i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi devono essere conformi a quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti in materia (per quanto concerne

le norme regionali si rinvia alla D.C.R. n. 616-3149 del 22/02/2000 e s.m.i. e successivi provvedimenti attuativi e integrativi).

Il blocco operatorio deve essere costituito da almeno due sale operatorie per i primi 100 posti letto chirurgici e da almeno un'altra sala operatoria per ogni ulteriori 50 posti letto chirurgici o frazione.

Locali di cura intensiva e semintensiva

Nelle case di cura per acuti possono essere previsti locali di cura intensiva e semintensiva funzionalmente connessi con il complesso operatorio e con i reparti di degenza.

I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi devono essere conformi a quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti in materia.

Complesso per il parto

Il complesso per il parto, ove presente, deve essere agevolmente collegato con le degenze di ostetricia e con il complesso operatorio, nonché con la neonatologia, ove presente; il complesso per il parto deve essere proporzionato alla capacità delle degenze di ostetricia. I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi devono essere conformi a quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti in materia.

Locali destinati ad attività' diagnostico-terapeutica

Nelle case di cura private possono essere previsti locali destinati all'attività diagnostico-terapeutica nel rispetto dei requisiti stabiliti dalle disposizioni normative vigenti.

I suddetti locali, per la parte organizzativa-funzionale, devono far capo ad un responsabile di raggruppamento.

Tali posti tecnici non sono da annoverare nel numero dei posti letto autorizzati.

18. Day Surgery

Le case di cura private possono svolgere l'attività di day surgery nel rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia.

La dotazione minima di personale, composta da un medico specializzato nella branca richiesta per l'espletamento dell'attività e da un infermiere, deve essere presente per tutto il periodo di attività svolta dalla day surgery per la gestione dei pazienti nella fase pre e post operatoria.

Per i pazienti ammessi all'attività di day surgery l'eventuale necessità di ulteriore assistenza è garantita dal personale dell'unità di degenza di riferimento.

La casa di cura deve provvedere alla formulazione di protocolli per le fasi di ammissione, cura e dimissione del paziente.

Per le prime 24 ore successive all'intervento è necessario garantire la continuità delle cure anche al di fuori dell'orario di attività, compresi i giorni prefestivi e festivi, tramite la reperibilità del medico specialista nella branca di riferimento dell'intervento effettuato e la fornitura diretta dei farmaci e dei dispositivi necessari.

In caso di necessità deve essere garantito il ricovero del paziente nell'unità di degenza ordinaria di riferimento.

19. Attività' ambulatoriale

L'attività ambulatoriale connessa al ricovero è svolta esclusivamente nelle discipline per le quali la casa di cura è in possesso del titolo autorizzativo.

L'attività ambulatoriale, anche chirurgica, svolta per utenti esterni è soggetta a specifica autorizzazione. La chirurgia ambulatoriale, così come prevista dalle disposizioni normative nazionali e regionali di riferimento, viene svolta all'interno della casa di cura in ambulatori ed ambulatori protetti per l'effettuazione di interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero, in anestesia topica, locale, locoregionale e/o analgesia.

20. Organizzazione delle degenze per l'attività a ciclo continuativo e/o diurno

Per quanto concerne la dotazione minima degli ambienti di degenza si richiamano le disposizioni normative vigenti in materia (in particolare, per quanto concerne le norme regionali si rinvia alla D.C.R. n. 616-3149 del 22/02/2000 e s.m.i. e specifici protocolli di settore).

Ogni casa di cura è articolata in unità funzionali di degenza con un numero di posti letto non inferiore a 4 e non superiore a 30.

Queste unità funzionali confluiscono, preferibilmente secondo il modello delle aree funzionali omogenee, per branche affini o complementari in raggruppamenti con non meno di 30 e non più di 120 posti letto.

Per ciascun raggruppamento di unità funzionali deve essere previsto almeno un medico responsabile, con rapporto di lavoro dipendente ovvero con contratti di altra tipologia ai sensi della normativa vigente (ivi comprese le attività libero-professionali).

Per ciascuna unità funzionale deve essere individuato un medico referente con rapporto di lavoro dipendente ovvero con contratti di altra tipologia ai sensi della normativa vigente.

Nell'ambito di ciascun raggruppamento di unità funzionali i posti letto possono essere occupati dalle singole specialità in funzione della richiesta e con flessibilità d'utilizzo del personale di assistenza correlata alla dinamica della domanda.

La casa di cura deve garantire l'assistenza medica nell'arco delle 24 ore giornaliere con le seguenti modalità:

- dalle ore 8,00 alle ore 16,00 con il personale delle unità funzionali in attività;
- dalle ore 16,00 alle ore 20,00 mediante il servizio di guardia medica interdisciplinare per ogni raggruppamento, assicurando la pronta disponibilità da parte delle unità funzionali che appartengono al raggruppamento;
- dalle ore 20,00 alle ore 8,00 del giorno successivo e nei giorni festivi per tutte le 24 ore, attraverso il servizio di guardia medica interna alla struttura, fino ad un massimo di 250 posti letto.

Il servizio di guardia medica interdisciplinare viene svolto di regola dai medici del raggruppamento e l'attività dedicata deve essere conteggiata in aggiunta all'orario normalmente effettuato dal medico nell'ambito delle unità funzionali del raggruppamento.

Il servizio di guardia medica notturno e festivo può essere svolto anche da medici incaricati ad hoc per questa specifica attività, purché in possesso dei titoli di specializzazione o dell'iscrizione nell'Elenco Regionale di cui all'allegato 3 della D.G.R. n. 58-14492 del 29/12/2004 e s.m.i., ritenuti utili per la gestione dell'emergenza-urgenza.

Deve comunque essere previsto un servizio di pronta disponibilità per tutte quelle branche specialistiche che hanno pazienti ricoverati e/o hanno effettuato interventi nella giornata.

Nelle case di cura autorizzate per la disciplina di ginecologia-ostetricia, laddove manchino di neonatologia e pediatria, deve essere assicurata la pronta disponibilità di un medico specialista in pediatria che visiti il neonato ed assicuri la compilazione della scheda pediatrica.

Le case di cura devono assicurare ai ricoverati, anche tramite rapporti convenzionali con il Servizio Sanitario Regionale, le consulenze specialistiche eventualmente necessarie.

21. Servizi generali

I servizi di cucina, di lavanderia, di disinfestazione devono rispondere ai requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia e possono essere assicurati anche tramite delocalizzazione/esternalizzazione a soggetti in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia.

Il servizio di sterilizzazione deve rispondere ai requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia; nelle case di cura unicamente mediche la sterilizzazione di presidi sanitari può essere assicurata tramite delocalizzazione/esternalizzazione a soggetti in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia.

La casa di cura deve garantire il servizio di pulizia generale in conformità ai requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia; detto servizio può essere esternalizzato a soggetti in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia.

La camera mortuaria deve essere dotata di locali destinati all'osservazione, al deposito ed alla esposizione delle salme e di un accesso separato dall'esterno secondo i requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia; la struttura può essere dotata di locali per eventuali riscontri diagnostici e, in tal caso, deve prevedere il personale medico, anche in convenzione. Per effettuare l'attività.

Ove la casa di cura non intenda assolvere direttamente a tale adempimento, può convenzionarsi con strutture pubbliche.

La casa di cura deve assicurare le funzioni di ricezione, immagazzinamento e di distribuzione dei farmaci, dei materiali di medicazione, dei dispositivi medici e dei prodotti diagnostici secondo quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti in materia (per quanto concerne le norme regionali si rinvia alla D.C.R. n. 616-3149 del 2000 e s.m.i. e specifici protocolli di settore).

La casa di cura deve assicurare l'assistenza religiosa per i degenti che ne facciano richiesta, garantendo la pluralità delle confessioni e idonei locali per l'esercizio del culto.

La casa di cura deve prevedere idonei locali per il personale: spogliatoi e servizi igienici dedicati, area ristoro nonché servizio mensa, ove previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

22. Impianti tecnologici

Gli impianti tecnologici comprendono le attrezzature tecnologiche necessarie per assicurare l'efficiente funzionamento dei servizi ausiliari della casa di cura. La struttura dovrà prevedere, di condizionamento, di aspirazione e vuoto, di gas medicali.

23. Direttore Sanitario

Il Direttore sanitario della casa di cura deve essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni: Direzione Sanitaria di Presidio ospedaliero, Igiene Pubblica, Medicina Legale, Organizzazione dei

Sevizi Sanitari di base o equipollenti e deve aver svolto per almeno sette anni attività di direzione tecnico-sanitaria in enti/strutture sanitarie del SSN o strutture sanitarie private.

Per i medici che, alla data di entrata in vigore del presente regolamento, svolgono l'incarico di Direttore Sanitario presso case di cura private è sufficiente essere in possesso di una delle specializzazioni di cui sopra.

E' possibile svolgere le funzioni di Direttore Sanitario di più di una casa di cura, purché il numero dei posti letto complessivi delle strutture non superi i 250.

La presenza del Direttore Sanitario deve essere garantita dal lunedì al venerdì con il seguente impegno orario settimanale:

- posti letto fino a 120: almeno 18 ore
- posti letto compresi tra 121 e 150: almeno 28,5 ore
- posti letto compresi tra 151 e 250: tempo pieno

La funzione di Direttore Sanitario deve comunque essere assicurata per tutto l'arco della settimana con una reperibilità h. 24.

Nelle case di cura fino a 90 posti letto autorizzate per una sola branca specialistica le funzioni di Direttore Sanitario possono essere affidate, in carenza del Direttore sanitario, al medico responsabile di raggruppamento.

La funzione di Direttore Sanitario è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, amministratore, socio o azionista della società che gestisce la casa di cura.

24. Attribuzioni del Direttore sanitario

Il Direttore sanitario cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della casa di cura, rispondendone all'amministrazione e all'autorità sanitaria competente.

In particolare, al Direttore sanitario sono attribuite le seguenti attività:

- cura l'applicazione del regolamento sull'organizzazione e sul funzionamento della casa di cura, proponendone le eventuali variazioni;
- controlla la regolare tenuta e l'aggiornamento dell'apposito registro contenente i dati anagrafici e gli estremi dei titoli professionali del personale addetto all'attività sanitaria;
- trasmette semestralmente alla Commissione di Vigilanza per le attività sanitarie dell'ASL territorialmente competente e alla Regione un elenco del personale addetto ai servizi sanitari in servizio a qualsiasi titolo al 1° gennaio e di quello convenzionato in attività presso la casa di cura e comunica le successive variazioni;
- cura la tempestiva trasmissione all'I.S.T.A.T. e all'Autorità sanitaria dei dati e delle informazioni richieste;
- verifica e controlla i flussi informativi dei pazienti dimessi;
- vigila sulla regolare compilazione e archiviazione della documentazione clinica e sanitaria;
- coordina l'attività del personale sanitario e verifica l'impiego, la destinazione, i turni ed i congedi del personale medico, infermieristico, tecnico ed esecutivo addetto ai servizi sanitari;
- garantisce l'organizzazione dei turni di guardia e di pronta disponibilità degli operatori sanitari;
- promuove le iniziative per la formazione e l'aggiornamento del personale;
- vigila sulle condizioni igienico-sanitarie della struttura;
- controlla che l'assistenza ai pazienti sia svolta con regolarità, efficienza e qualità;
- vigila sul comportamento del personale addetto ai servizi sanitari proponendo, se del caso, all'amministrazione i provvedimenti disciplinari;
- propone all'amministrazione, d'intesa con i responsabili dei servizi, l'acquisto di apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari ed esprime il proprio parere in ordine ad eventuali trasformazioni edilizie della casa di cura;
- rilascia agli aventi diritto copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante l'assistito;
- impartisce disposizioni affinché nell'ipotesi di cessazione di attività della struttura la documentazione clinico-sanitaria sia consegnata all'ASL competente per territorio;
- svolge funzioni organizzative e di coordinamento riguardo alla tutela della salute dei pazienti rispetto al rischio infettivo, alla tutela della sorveglianza dell'igiene ambientale e dei servizi alberghieri e di ristorazione collettiva, alla raccolta, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti ospedalieri, all'attività di pulizia, disinfestazione e sterilizzazione;
- controlla la regolare tenuta del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti o psicotrope, in conformità a quanto disposto dalla normativa vigente;
- vigila sulla scorta dei medicinali e dei prodotti terapeutici, sulle provviste alimentari e sulle altre provviste necessarie per il corretto funzionamento della struttura ed è responsabile dell'armadio farmaceutico;

- è responsabile della farmacovigilanza;
- cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la polizia mortuaria;
- inoltra ai competenti organi le denunce prescritte dalle disposizioni di legge;
- presiede il Comitato di controllo delle infezioni ospedaliere;
- cura l'osservanza delle indicazioni in materia di sicurezza degli ambienti di lavoro;
- è responsabile del rischio clinico.

25. Medico sostituto del Direttore sanitario

L'amministrazione della casa di cura privata è tenuta a designare un medico che sostituisca nelle funzioni il Direttore sanitario, in caso di sua assenza o impedimento temporanei, ed a comunicarne il nominativo alla Commissione di vigilanza per le attività sanitarie dell'ASL territorialmente competente ed alla Regione.

La durata della sostituzione non può essere superiore a sessanta giorni, rinnovabile per ulteriori sessanta giorni.

26. Personale medico con funzioni di diagnosi e cura

Fermo restando quanto previsto al punto 20, il monte ore minimo settimanale del personale medico presso le unità funzionali deve essere rapportato al numero dei posti letto autorizzati secondo le seguenti modalità:

- da 4 a 10 posti letto: un monte ore settimanale pari a 28,5 ore;
- da 11 a 15 posti letto: un monte ore settimanale pari a 38 ore;
- da 16 a 30 posti letto: un monte ore settimanale pari a 76 ore.

Il monte ore settimanale previsto per l'assistenza medica diurna deve essere assicurato dai diversi medici specialisti operanti a vario titolo contrattuale presso le unità funzionali e deve coprire esclusivamente l'attività degenziale, ivi incluse le attività ambulatoriali direttamente connesse con la degenza.

Detto monte ore non è comprensivo dei turni di guardia medica e dell'attività ambulatoriale autorizzata erogata in favore di utenti esterni.

Per settori di attività regolati da specifiche disposizioni regionali si applica la normativa di riferimento in materia di requisiti organizzativi e gestionali.

I parametri orari sopra indicati rappresentano i requisiti minimi per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dell'attività sanitaria.

Il fabbisogno effettivo di personale necessario per lo svolgimento dell'attività deve essere comunque calcolato in modo direttamente proporzionale al tasso di occupazione annuale verificato su base semestrale, tenendo altresì conto del livello di complessità del bisogno assistenziale e della quantità delle prestazioni richieste.

27. Qualificazione del personale dirigente medico responsabile di raggruppamento

Ogni raggruppamento di unità funzionali deve avere un medico responsabile in possesso dei seguenti requisiti:

- anzianità di laurea di almeno 10 anni;
- specializzazione nella disciplina della unità funzionale (o in disciplina equipollente o affine) che nel raggruppamento ha il maggior numero di posti letto e, in caso di parità, nella disciplina che costituisce l'indirizzo prevalente del raggruppamento o nella disciplina generale che lo comprende;
- servizio ospedaliero o universitario nelle discipline sopra indicate per almeno 4 anni, ovvero servizio con rapporto di lavoro continuativo in casa di cura privata nelle discipline stesse per almeno 6 anni.

Sono esonerati dal possesso dei suddetti requisiti i medici che, alla data dell'entrata in vigore del presente provvedimento, svolgono le funzioni di medico responsabile di raggruppamento presso case di cura private.

Per raggruppamenti di unità funzionali con un numero di posti letto pari a 120 il responsabile medico deve garantire un impegno orario pari a 38 ore settimanali, mentre per raggruppamenti con un numero inferiore di posti letto l'impegno orario settimanale del responsabile di raggruppamento deve essere adeguatamente rapportato al numero dei posti letto presenti.

28. Qualificazione del personale medico di unità funzionale

Il medico di unità funzionale deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- laurea in medicina e chirurgia;
- iscrizione all'albo professionale;
- specializzazione nella disciplina dell'unità funzionale o in disciplina equipollente o affine.

Sono esonerati dal possesso del requisito della specializzazione sopraindicata i sanitari che, alla data dell'entrata in vigore del presente provvedimento, svolgono le funzioni di medico presso le case di cura private ai sensi dell'allegato 3 della D.G.R. n. 58-14492 del 29/12/2004.

29. Personale del servizio di laboratorio analisi

Nelle case di cura in cui sia richiesto il servizio di laboratorio analisi deve essere previsto un responsabile sanitario del medesimo servizio con rapporto di lavoro dipendente, ovvero con contratti di altra tipologia ai sensi della normativa vigente, avente i titoli previsti dalle disposizioni normative in materia (per quanto concerne le norme regionali si rinvia all'art. 10 della L.R. 5 novembre 1987 n. 55 e s.m.i.).

30. Personale medico del servizio di diagnostica per immagini

Nelle case di cura per le quali sia richiesto il servizio di diagnostica per immagini deve essere previsto un responsabile medico del medesimo servizio con rapporto di lavoro dipendente, ovvero con contratti di altra tipologia ai sensi della normativa vigente in materia, avente i titoli previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia.

Il responsabile del servizio di diagnostica per immagini è tenuto all'adozione delle misure di sicurezza contemplate dalle disposizioni normative vigenti in materia e deve curare la conservazione in archivio delle immagini e dei relativi referti, se non allegati alle rispettive cartelle cliniche.

Tutte le indagini radiologiche per le quali sia richiesto l'impiego di sostanze di contrasto possono essere effettuate soltanto nelle case di cura fornite di ambiente idoneo e di presidi per la rianimazione. Le indagini a carattere invasivo sul sistema cardiovascolare possono effettuarsi solo alla presenza in struttura di un anestesista-rianimatore.

31. Personale medico e infermieristico del servizio di anestesia e rianimazione

Il servizio di anestesia e rianimazione è obbligatorio in tutte le case di cura che ricoverano ammalati di patologie pertinenti alla chirurgia, comprese le day surgery.

Deve essere previsto un responsabile medico del servizio ed almeno un medico in possesso di specializzazione nella disciplina con rapporto di lavoro dipendente ovvero con contratti di altra tipologia ai sensi della normativa vigente.

Deve essere assicurato il servizio di pronta disponibilità di un anestesista-rianimatore.

Con riguardo alla dotazione organica medica e infermieristica si rimanda a quanto previsto dalle disposizioni normative in materia (per quanto concerne le norme regionali si rinvia alla D.C.R. n. 616-3149 del 22/02/2000 e provvedimenti attuativi e integrativi).

32. Personale infermieristico e tecnico

L'organico della casa di cura deve prevedere personale infermieristico e tecnico in numero adeguato alle effettive esigenze dei servizi.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, ove non diversamente previsto in specifiche disposizioni per settori di attività, viene fissata ai fini autorizzativi la seguente parametrizzazione minima per l'attività di degenza ordinaria:

- a) per i vari settori di degenza il tempo di assistenza infermieristica pro-die e per degente deve essere non inferiore a 76';
- b) per i settori di terapia intensiva (unità di terapia cardiologica intensiva, di rianimazione -respiratoria, neurochirurgica, cardiologica, ecc. - per grandi ustionati) il tempo di assistenza infermieristica pro-die e per degente deve essere compreso tra i 500' e 600' in relazione al tipo di cura intensiva;
- c) per i settori di terapia subintensiva inseriti nelle unità funzionali di cardiocirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, patologia neonatale, il tempo di assistenza infermieristica pro-die e per degente in relazione alla dimensione dell'unità stessa deve essere compreso tra 200' e 240';

La casa di cura deve inoltre garantire la presenza di un collaboratore professionale esperto/caposala per ogni raggruppamento di unità funzionale fino a un massimo di 60 posti letto con impegno orario settimanale non inferiore a 28,5 e superiore a 60 posti letto con impegno orario pari al tempo pieno e di un operatore socio-sanitario a tempo pieno ogni 20 posti letto per ciascuno dei due turni.

La casa di cura può avvalersi di infermieri generici ad esaurimento qualora già in servizio nell'organico purché sia garantita la presenza di almeno un infermiere in ogni turno e per ogni 30 posti letto.

La casa di cura può avvalersi di figure professionali tecniche di assistenza alla persona previste dalla previgente normativa, qualora già in servizio nell'organico prevedendo, ove possibile, programmi di riqualificazione per operatore socio - sanitario.

Nelle unità funzionali di ostetricia e ginecologia dovrà prevedersi la presenza in ciascun turno di almeno una ostetrica in luogo di quella di un infermiere e di almeno una puericultrice o vigilatrice d'infanzia in ciascun turno per ogni otto culle-neonati.

Per ciascun raggruppamento deve essere garantita la presenza nelle ore notturne di personale infermieristico nella proporzione di almeno un terzo (con arrotondamento in caso di frazioni all'unità superiore) delle unità di personale previste nel raggruppamento per ciascuno dei due turni diurni e di una ulteriore unità di personale di assistenza alla persona.

L'organico di altre figure professionali sanitarie riconosciute dalla normativa vigente è determinato in relazione alle specifiche caratteristiche di ciascuna casa di cura.

Il personale di assistenza alla persona e di riabilitazione può essere a rapporto di lavoro dipendente ovvero con contratti di altra tipologia ai sensi della normativa vigente.

L'organico del personale tecnico per i servizi di laboratorio e di radiologia ove previsti, è determinato in relazione alle dotazioni di apparecchiature stabilite nei singoli casi ed alla previsione delle prestazioni da effettuare.

Nel conteggio del personale infermieristico addetto alle degenze sono esclusi il collaboratore professionale esperto/caposala, il personale addetto alle sale operatorie e il personale addetto ai servizi rivolti agli utenti esterni (ambulatori, laboratori, etc.).

L'orario svolto dal personale addetto ai servizi generali (cucina, pulizia, lavanderia, etc.) deve essere distinto da quello relativo alle degenze.

I parametri orari sopra indicati rappresentano i requisiti minimi per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura e all'esercizio dell'attività sanitaria.

Il fabbisogno effettivo di personale necessario per lo svolgimento dell'attività deve essere comunque calcolato in modo direttamente proporzionale al tasso di occupazione annuale verificato su base semestrale, tenendo altresì conto del livello di complessità del bisogno assistenziale e della quantità delle prestazioni richieste.

33. Regolamento di organizzazione della casa di cura e carta dei servizi sanitari

Ogni casa di cura deve dotarsi del regolamento di organizzazione sanitaria della struttura, approvato dal Direttore Sanitario, in cui sono indicate le attribuzioni, i compiti e le responsabilità di ciascun operatore sanitario, nonché l'orario di lavoro ed i criteri secondo cui vanno stabiliti i turni di servizio, in conformità a quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti in materia.

Il regolamento, comprese le eventuali successive modifiche, deve essere approvato dalla Regione previo parere obbligatorio e vincolante della Commissione di Vigilanza per le attività sanitarie dell'ASL territorialmente competente.

La casa di cura deve dotarsi di un sistema informatico di rilevazione delle presenze per tutto il personale dipendente; per il restante personale che a vario titolo opera nella stessa, la struttura deve certificare mensilmente l'orario di presenza.

La casa di cura deve dotarsi di una carta dei servizi sanitari agevolmente consultabile dall'utenza ispirata ai principi e ai requisiti previsti dal DPCM 19 maggio 1995.

La casa di cura ha l'obbligo di comunicare preventivamente agli assistiti solventi l'importo delle tariffe delle prestazioni sanitarie praticate e delle tariffe alberghiere applicate.

34. Cartelle cliniche

Per ogni ricovero deve essere compilata la cartella clinica secondo le modalità definite dalla normativa vigente in materia.

La cartella clinica nella sua totalità (informazioni e documenti riportati) deve rispondere ai requisiti di rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, veridicità, pertinenza e completezza.

In caso di cessazione dell'attività della casa di cura le cartelle cliniche dovranno essere depositate presso l'ASL territorialmente competente.

35. Attività di verifica per il mantenimento del titolo autorizzativo e sanzioni

Fermo restando l'obbligo annuale di verifica e segnalazione periodica, le Commissioni di Vigilanza per le attività sanitarie delle ASL devono altresì verificare, con cadenza semestrale, le dotazioni organiche mediche, infermieristiche e del personale tecnico e di assistenza delle case di cura secondo i parametri orari stabiliti nel presente provvedimento, tenendo altresì conto, nel calcolo del fabbisogno di personale, del tasso di occupazione dei posti letto verificato su base annuale, della complessità del bisogno assistenziale (intensivo, semintensivo, per acuti e post acuti) e della quantità delle prestazioni erogate.

Qualora nell'ambito della ordinaria attività di controllo effettuata dalle Commissioni di vigilanza per le attività sanitarie si riscontrassero carenze di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi la Regione applicherà le sanzioni previste dalla normativa vigente.

36. Termini di adempimento

I requisiti strutturali di cui al presente provvedimento si applicano a tutte le case di cura di nuova realizzazione o nuova attivazione a seguito di ristrutturazione/riconversione e alle case di cura che abbiano ottenuto l'approvazione del progetto edilizio. Tali disposizioni non si applicano alle case di cura che abbiano ottenuto l'approvazione del progetto edilizio ed abbiano già stipulato contratti di appalto.

Tutte le case di cura operanti sul territorio piemontese dovranno essere in possesso dei requisiti minimi organizzativi di cui al presente regolamento entro il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente atto.

DGR 10.2.14, n. 191-708 -DGR n. 7-5838 del 31.05.2013 "Disposizioni alle Aziende Sanitarie sul contenimento dei costi delle Risorse Umane". Modificazioni e integrazioni per gli anni 2014 e 2015. Azioni n. 10.1.4 - 10.1.5 e 10.1.6 del programma operativo approvato con DGR n. 25-699 del 30.12.2013. (BUR n.7 del 13.2.14)

Note

Viene disposto che ogni Azienda adotti, per quanto concerne i singoli punti di seguito elencati, le sotto specificate azioni:

1. PERSONALE DIPENDENTE

Per gli anni 2014 e 2015, le aziende del SSR possono procedere alle assunzioni di personale a tempo indeterminato ed a tempo determinato per la copertura dei posti che si renderanno vacanti dal 1° gennaio 2014, nel rispetto dei tetti di spesa annuali stabiliti dalla regione, entro il limite del 50% dei posti di dirigenti medici e veterinari, dei posti di dirigenti sanitari e dei posti di personale del comparto del ruolo sanitario, del ruolo professionale e del profilo professionale di Operatore Socio Sanitario.

La mobilità volontaria del personale è consentita esclusivamente tra le aziende sanitarie della Regione Piemonte, nel rispetto dei tetti di spesa annuali approvati formalmente per ciascuna azienda: il personale così acquisito non viene, invece, conteggiato ai fini del raggiungimento della percentuale di cui al punto precedente.

E', parimenti consentita la mobilità di compensazione.

Per quanto attiene le assunzioni obbligatorie delle c.d. categorie protette trova applicazione l'art. 7 comma 6 del d.l. n. 101/2013, convertito nella legge n. 125/2013.

Il trattenimento in servizio di personale non rientra nelle limitazioni di cui sopra qualora la vigente normativa non consenta valutazioni discrezionali da parte dell'azienda.

Le aziende, nel rispetto dei tetti di spesa determinati formalmente dalla Regione, attualmente disposti con D.G.R. n. 10 – 6035 del 02/07/2013, possono prorogare i contratti del personale a tempo determinato, secondo quanto previsto dall'art. 4, comma 5 del d.l. n. 158/2012, convertito nella l. n. 189/2012, in conformità con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute con la nota n. 86/2013 del 10/12/2013 trasmessa con circolare regionale n. 28165/DB2013 del 16/12/2013.

Le aziende sanitarie possono procedere al conferimento di incarichi di direttore di dipartimento, di direttore di distretto, di direttore di struttura complessa e responsabile di struttura semplice esclusivamente previa autorizzazione regionale, a seguito del recepimento degli atti aziendali, nel rispetto dei parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) del Patto per la salute 2010 – 2012.

Per quanto attiene il conferimento di incarichi ai sensi dell'art 15 – septies del D.lgs. n. 502/92, si precisa che :

- fino ad avvenuta realizzazione nella Regione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti strutture complesse, in applicazione dell'art. 15, comma 13, lett. c) del d.l. n. 95/2012, convertito con modificazioni nella legge n. 135/2012, le aziende sanitarie non possono procedere al conferimento o al rinnovo di qualsiasi tipologia di incarico ex art. 15 – septies del d.lgs. n. 502/1992.
- ai sensi dell'art. 4 del d.l. n. 158/2012, convertito con modificazioni, nella l. n. 189/2012, per il conferimento di incarichi di direttore sanitario di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'art. 15 – septies del d. lgs. n. 502/1992.

Le aziende sanitarie che risultano in disequilibrio economico possono procedere alle assunzioni di personale, entro i limiti sopra stabiliti, esclusivamente per la sostituzione di personale dedicato ai servizi di emergenza/urgenza.

Nelle more del recepimento da parte della Regione degli atti aziendali, attraverso i quali dovrà essere guidato il processo di riordino del SSR, le aziende non potranno procedere a modifiche organizzative che possano incidere sugli incarichi di coordinamento e sulle posizioni organizzative: resta ferma la possibilità, in caso di incarichi in scadenza, di rinnovare gli stessi fino alla definizione

del nuovo assetto aziendale.

Tutte le disposizioni che precedono si applicano anche alle strutture a direzione universitaria nonché al personale universitario convenzionato.

2. CONTRATTI DI LAVORO ATIPICI

Le aziende, al fine di ridurre il costo per consulenze e contratti atipici, devono per il biennio 2014 –2015 operare con l'obiettivo di ridurre per ciascun anno il numero di personale con contratto atipico del 5%, procedendo anche con la risoluzione o il non rinnovo alla naturale scadenza dei contratti atipici relativi al personale appartenente alla dirigenza PTA, al ruolo tecnico escluso gli OSS e al ruolo amministrativo. In ogni caso le Aziende devono procedere alla riduzione dei contratti atipici in modo da far sì che complessivamente nel triennio 2013-2015 si realizzi una riduzione di costo pari almeno al 18% del costo del tendenziale 2013: le ASR che nell'anno 2013 non abbiano rispettato il tetto minimo programmato del 6%, devono operare nel biennio 2014 – 2015 in modo da

conseguire, al termine di tale periodo, la percentuale del 18%.

Trova, pertanto, conferma, per gli anni 2014 e 2015, il divieto alle ASR di rinnovare, prorogare e/o stipulare nuovi contratti di lavoro flessibile ad esclusione di quelli riguardanti i medici, il personale di assistenza (infermieri, ostetriche, operatori socio sanitari) e i tecnici di radiologia in misura pari al 50% dei posti e della spesa corrispondente ai contratti scaduti e/o cessati dopo il 31 dicembre dell'anno precedente. Il divieto permane per tutte le Aziende indipendentemente dalla compatibilità con il tetto di spesa annuo stabilito dalla direzione Sanità.

3. ATTIVAZIONE DI NUOVI SERVIZI

Trova parimenti conferma il divieto alle ASR, per gli anni 2014 e 2015, di attivare nuovi servizi e/o attività oppure ampliare quelle esistenti, salvo deroghe della Direzione Sanità.

4. CONFERIMENTO DI COMMESSE

Permane, per gli anni 2014 e 2015, il divieto alle ASR che si configurano, in qualsiasi forma giuridica, quali membri di società di servizi, di conferire alle stesse nuove commesse comportanti costi aggiuntivi e/o aumenti del personale rispetto all'anno precedente.

5. ESTERNALIZZAZIONE DI SERVIZI

Permane, per gli anni 2014 e 2015, il divieto alle ASR di esternalizzare mediante qualsiasi forma di appalto e/o consulenza, i servizi o le attività prodotte nell'anno precedente da figure professionali comprese nella consistenza organica aziendale: qualora le ASR ritengano conveniente e necessaria l'esternalizzazione devono comunicarlo preventivamente alla Direzione Sanità con indicazione dei risparmi che si intendono realizzare con l'esternalizzazione.

6. PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Trova conferma la limitazione al ricorso alle prestazioni aggiuntive, in modo da ottenere una riduzione del costo, nel 2014 e nel 2015, per ottenere economie almeno pari al 5% dell'importo consuntivato nel rendiconto IV trimestre 2012: le aziende che non abbiano rispettato nell'anno 2013 la riduzione programmata per le prestazioni aggiuntive del 6% rispetto al costo consuntivato del IV trimestre 2012, devono operare in maniera tale da recuperare la percentuale non rispettata.

7. ALTRE CONSULENZE

Trova conferma la limitazione del ricorso alle consulenze, in modo da ottenere una riduzione del costo, nel 2014 e nel 2015, per ottenere economie, almeno pari al 5% dell'importo consuntivato nel rendiconto IV trimestre 2012: le aziende che non abbiano rispettato nell'anno 2013 la riduzione programmata delle consulenze del 6% rispetto al costo consuntivato del IV trimestre 2012, devono operare in maniera tale da recuperare la percentuale non rispettata.

8. MEDICI SPECIALISTI CONVENZIONATI

Trova conferma, per gli anni 2014 e 2015, la riduzione, mediante la revisione del fabbisogno di ore e tipologia di contratto (tempo indeterminato o tempo determinato) per le singole branche specialistiche, del costo dei medici specialisti convenzionati con le ASR del 2% rispetto al costo sostenuto da ciascuna azienda nell'anno 2012 risultante dal CE IV trimestre 2012: le aziende che non abbiano rispettato nell'anno 2013 la riduzione programmata del costo dei medici specialisti

convenzionati con le ASR del 4% rispetto al costo consuntivato del IV trimestre 2012, devono operare in maniera tale da recuperare la percentuale non rispettata.

B) di precisare che le disposizioni fornite alle aziende con il presente provvedimento saranno, se necessario, riviste e adeguate ai contenuti del definitivo P.O. 2013-2015.

C) di dar mandato alla direzione Sanità della Regione di trasmettere la presente deliberazione alle Aziende ed Enti del SSR.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

PUGLIA

DGR 30.12.13, n. 2568 - Integrazione D.G.R. n.1714/2011 “Accordo tra Regione Puglia e Federfarma Puglia per la erogazione di ausili per diabetici a prezzo concordato, attraverso la rete delle farmacie convenzionate pubbliche e private” e D.G.R n. 20/2009 “Rimodulazione DD.GG.RR. n. 362/05 e 1027/06 adozione definitiva note AIFA anni 2006,2007 e 2008”. (BUR n. 18 dell'11.1.14)

Note

Viene integrata la D.G.R. n.1714/2011 con gli aghi per iniettori a penna per la somministrazione dei farmaci attivi sul sistema delle “Incretine”, alle stesse condizioni e modalità di distribuzione a prezzo unico concordato degli aghi da insulina;

DGR 30.12.13, n. 2569 - Proroga DGR n. 1410/2013 - Accordo Regionale - FEDERFARMA sulla distribuzione dei farmaci inclusi nel PHT - art. 8 lett. a) della Legge 405/2001. (BUR n. 18 dell'11.1.14)

Note

Viene prorogato l'Accordo di cui alla precitata DGR 1410/2013 “ proroga DGR 1235/2010 Accordo Regionale Federfarma sulla distribuzione dei farmaci inclusi nel PHT - art 8 lett. a) della Legge 405/2001 “ fino al 31 marzo 2014, fatti salvi tutti i provvedimenti adottati in riferimento alla Distribuzione Diretta di alcune specialità medicinali.

DGR 30.12.13, n. 2582 - Documento di indirizzo economico funzionale del Servizio Sanitario Regionale. Ripartizione provvisoria anno 2013. (BUR n. 18 dell'11.1.14)

Note

Le disposizioni più importanti sono le seguenti:

A valere dal 2013 e sino a diversa disposizione, in attuazione degli accordi sottoscritti il 9 ottobre u.s., a modifica di quanto disposto dai DIEF degli anni precedenti, ed ai fini della corretta e puntuale programmazione della spesa sanitaria, si precisa che:

- i. Il Tetto invalicabile “prestazioni remunerate regionali” comprende le prestazioni in regime di ricovero e prestazioni ambulatoriali regionali ed è da considerarsi Tetto Unico;
- ii. Per la Somministrazione diretta farmaci regionali è fatta salva la possibilità di erogare le prestazioni oltre quanto previsto dal Tetto;
- iii. Per la Mobilità attiva extraregionale è fatta salva la possibilità di erogare le prestazioni oltre quanto previsto dal Tetto;
- iv. Il Tetto per le “Emergenze ed altre funzioni” è invalicabile.

I suddetti tetti (I, II, III, IV) inoltre sono da considerarsi separati, non trasferibili e non compensabili tra di loro.

Sono previsti:

- l'approvazione con Deliberazione di Giunta Regione del Bilancio preventivo economico della GSA e Consolidato 2014 ai sensi dell'art. 32 del D.Lgs 118/2011 a seguito della sottoscrizione del Piano Operativo 2013 - 2015 in corso di approvazione da parte dei Ministeri competenti;

- il consolidamento della spesa 2013 per ciascuna ASL per l'erogazione di prestazioni domiciliari a valenza sanitaria (assistenza domiciliare sanitaria, riabilitativa) e sociosanitaria (assistenza domiciliare integrata), sia per la gestione diretta con proprio personale che mediante l'affidamento a terzi, con la spesa per acquisizione di beni e servizi, in coerenza con gli accordi di programma già sottoscritti tra ASL e Ambiti territoriali Sociali per l'attuazione del Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura, e nelle more della approvazione del DIEF 2014 per il pieno recepimento degli indirizzi aggiuntivi in materia di cure domiciliari integrate di cui al Programma Operativo Salute 2013 – 2015.

NB

* Per quanto riguarda i progetti e gli obiettivi prioritari per il SSR, ex art. 10 della LR 38/94, cui si rinvia per la parte procedimentale alle singole specifiche determinate attuative, nelle more dell'approvazione del DIEF 2014, i Servizi competenti sono autorizzati ad assumere i relativi impegni di spesa a fronte dello stanziamento del capitolo 741090/2014 come dettagliatamente riportato nell'allegato "L" - colonna "Budget 2014" e nell'allegato "L1" al fine di dare avvio e/o assicurare la prosecuzione delle corrispondenti attività;

* Non si procede ai saldi per le Aziende Sanitarie Locali sino a riparto definitivo 2013 salvo che per le quote relative ai saldi degli IRCCS privati ed EE sulla base della tabella "D".

L.R. 12.2.14, n. 2 - "Modalità di erogazione dei farmaci e dei preparati galenici magistrali a base di cannabinoidi per finalità terapeutiche". (BUR n. 21 del 17.2.14)

Art. 1

Finalità

1. La Regione Puglia, nel rispetto delle proprie competenze e dei limiti derivanti dalla legislazione statale, riconosce il diritto del cittadino all'utilizzo di medicinali e preparati galenici magistrali a base dei principi attivi cannabinoidi, di seguito denominati farmaci cannabinoidi, per finalità terapeutiche e ne disciplina l'accesso, fatti salvi i principi dell'autonomia e responsabilità del medico nella scelta terapeutica.

Art. 2

Modalità di prescrizione

1. I farmaci cannabinoidi, di cui al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, emanati con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n.309 e s.m.i., sono prescritti dal medico specialista del Servizio sanitario regionale (SSR) e dal medico di medicina generale del SSR, sulla base del piano terapeutico redatto dal medico specialista del SSR, fatte salve le specifiche disposizioni previste dalla normativa vigente sulle modalità di redazione delle prescrizioni mediche.

Art. 3

Modalità di somministrazione e acquisto

1. L'inizio del trattamento può avvenire:

- a. in ambito ospedaliero pubblico o privato accreditato;
- b. in ambito domiciliare.

2. Nel caso in cui il trattamento avvenga in ambito ospedaliero pubblico o privato accreditato, compresi day hospital e ambulatori, i farmaci di cui all'articolo 2 sono acquistati, o preparati e forniti, dalla farmacia ospedaliera e posti a carico del SSR, anche nel caso del prolungamento della cura dopo la dimissione del paziente. In quest'ultimo caso, il paziente deve presentare alla farmacia ospedaliera, secondo normativa vigente, una nuova ricetta redatta dal medico ospedaliero che lo ha in cura.

3. Nel caso in cui il trattamento sia avviato in ambito domiciliare, il medico di medicina generale prescrive la terapia su ricetta del SSR, sulla base del piano terapeutico redatto dal medico specialista. Ai fini della fornitura del farmaco cannabinoidi, il paziente o suo delegato:

a. nel caso di farmaci importati, deve rivolgersi obbligatoriamente al farmacista del servizio pubblico, il quale consegna direttamente i farmaci cannabinoidi al medico o al paziente, dietro pagamento del solo prezzo di costo richiesto dal produttore e delle spese accessorie riportate nella fattura estera;

b. nel caso di farmaci autorizzati all'immissione in commercio sul territorio nazionale, può rivolgersi al farmacista del servizio pubblico con oneri a carico del SSR oppure al farmacista privato convenzionato con oneri a proprio carico.

4. Il medico e il paziente, o suo delegato, sono autorizzati a trasportare farmaci cannabinoidi nella quantità massima indicata nella prescrizione medica necessaria per l'effettuazione della terapia domiciliare. La prescrizione deve sempre accompagnare il trasporto del farmaco cannabinoide e, nel caso di trasporto da parte di soggetto delegato, deve riportare il nome del paziente.

Art. 4

Compiti di informazione sanitaria

1. La Regione promuove aggiornamenti periodici per gli operatori sanitari interessati, ai fini della diffusione della conoscenza degli ambiti e degli effetti della cura con cannabinoidi.

Art. 5

Attività di monitoraggio regionale

1. La Regione monitora l'andamento del trattamento del dolore cronico, anche per le patologie che utilizzano farmaci cannabinoidi, in ottemperanza alla legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore).

Art. 6

Norme finali e transitorie

1. La Giunta regionale emana, con propria deliberazione, gli indirizzi attuativi della presente legge, al fine di garantire l'omogeneità nell'organizzazione dell'erogazione dei farmaci in ambito ospedaliero e in ambito domiciliare, nonché a monitorare il consumo sul territorio regionale dei farmaci cannabinoidi.

Art. 7

Norma finanziaria

1. Agli oneri derivanti dalla presente legge si provvede con le risorse del Fondo sanitario regionale. La presente legge è dichiarata urgente e sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 1 della L.R. 12/05/2004, n° 7 "Statuto della Regione Puglia" ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Puglia.

REGOLAMENTO REGIONALE 12 febbraio 2014, n. 2 - Strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche per la Procreazione Medicalmente Assistita (Centri PMA): fabbisogno, autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio, requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici. (BUR n. 21 del 17.2.14)

Note

Si rinvia alla lettura integrale del testo

SICILIA

DASS 30.12.13 - Approvazione del Progetto Formazione, Educazione e Dieta (F.E.D.) nella Regione siciliana - Indirizzi di attuazione. 8bur n. 7 del 14.2.14)

Art. 1

Per tutte le motivazioni espresse in premessa e che si intendono interamente riportate, è approvata l'attuazione nella Regione siciliana del Progetto F.E.D. (Formazione, Educazione, Dieta) di cui all'allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ed è contestualmente ritirato il D.A. n. 1778 del 24 settembre 2013.

Art. 2

È istituito un tavolo tecnico regionale con funzioni di indirizzo e di coordinamento per le due fasi, formativa e operativa, del Progetto F.E.D. di cui all'allegato A al presente decreto.

Lo stesso tavolo tecnico individua i docenti della fase formativa di cui all'allegato B che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, predispone programmi e metodologie e coordina gli interventi della fase operativa, ivi compresa la validazione dei modelli di dieta ed il loro aggiornamento periodico conseguente all'evolversi delle evidenze scientifiche.

Fornisce altresì gli indirizzi operativi finalizzati alla migliore attuazione del programma a tutti i rami della Amministrazione coinvolti nel progetto nel rispetto della normativa vigente. Fornisce il parere tecnico per tutte le iniziative a carattere scientifico e divulgativo in materia di educazione alimentare finalizzato alla concessione del patrocinio dell'Assessorato regionale della salute.

Fornisce le dovute indicazioni di ordine tecnico-sanitario sui menù da utilizzare nelle mense scolastiche, nella ristorazione collettiva e ospedaliera, nel rispetto delle particolari esigenze nutritive e costituisce il riferimento di indirizzo salutistico nella composizione degli specifici capitolati di fornitura anche in ragione della utilizzazione della produzione agroalimentare di pregio della Regione siciliana che risponda a criteri di sicurezza e qualità complessiva.

Il coordinamento dei lavori del tavolo tecnico è affidato al dirigente generale del dipartimento ASOE dell'Assessorato regionale della salute o suo delegato.

Il tavolo tecnico è costituito, inoltre, dai seguenti componenti:

1. il responsabile del servizio promozione della salute DASOE o suo delegato;
2. il responsabile dell'area formazione e comunicazione del DASOE o suo delegato;
3. dott. Giuseppe Carruba - responsabile finanziamenti, ricerca e internazionalizzazione - ARNAS Civico di Palermo n.q. di responsabile scientifico del Progetto MeDiet;
4. dott. Pietro Di Fiore n.q. di responsabile Centro di prevenzione e cura dell'obesità, ASP Palermo;
5. dott.ssa Elena Alonzo n.q. di responsabile SIAN, ASP di Catania;
6. dott. Francesco Leonardi n.q. direttore U.O. di dietologia Az. Osp. Cannizzaro di Catania;
7. il dirigente del laboratorio promozione della salute, CEFPAS;
8. prof. Francesco Vitale direttore del dipartimento assistenziale servizi di ospedale del Policlinico universitario P. Giaccone, Palermo;
9. Dott. Giuseppe Noto n.q. direttore sanitario azienda ASP di Palermo.

Art. 3

È costituito un comitato esecutivo con funzioni di controllo e di monitoraggio sui tempi e sulle modalità di esecuzione di tutte le fasi del progetto, secondo le indicazioni del tavolo tecnico di cui all'art. 2. Il comitato esecutivo è costituito dai seguenti componenti:

1. il dirigente generale del dipartimento ASOE o suo delegato;
2. il responsabile dell'area formazione e comunicazione del DASOE o suo delegato;
3. il responsabile del servizio promozione della salute del DASOE o suo delegato;
4. il responsabile del servizio igiene degli alimenti del DASOE o suo delegato;
5. un rappresentante Assessorato regionale delle risorse agricole e alimentari;
6. un rappresentante Assessorato regionale delle attività produttive;
7. un rappresentante Assessorato regionale dell'istruzione e della formazione professionale;
8. un rappresentante dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sicilia;
9. un rappresentante Ufficio scolastico regionale;
10. un rappresentante degli IPSSAR, individuato con l'Ufficio scolastico regionale
11. un rappresentante del CEFPAS.

Il comitato esecutivo si riunirà, a regime, con cadenza almeno bimestrale e relazionerà al tavolo tecnico regionale di cui all'art. 2, sullo stato di attuazione del Progetto FED e formulerà eventuali proposte al tavolo stesso finalizzate all'adozione dei provvedimenti necessari alla corretta gestione del programma. A tal fine ciascun rappresentante delle diverse aree di competenza riferirà sulla ricognizione operativa periodicamente condotta dal rispettivo ramo dell'amministrazione di competenza in armonia con le funzioni di indirizzo, vigilanza e controllo previste dalla norma. Il

coordinamento del comitato esecutivo è assegnato al dirigente generale del dipartimento ASOE o suo delegato.

Art. 4

È approvato il Programma formativo regionale di educazione alimentare di cui all'allegato B che fa parte integrante del presente provvedimento. Il Programma formativo FED è distinto in due livelli consecutivi:

- nel primo livello saranno selezionati, istruiti e abilitati da un team regionale di docenti costituito e promosso da componenti del tavolo tecnico di questo progetto FED, i formatori di 1° livello: l'azione formativa viene rivolta ai soggetti che istituzionalmente si occupano della promozione di corretti stili nutrizionali (SIAN e UOESA delle ASP), ad altri soggetti pubblici che a vario titolo sono coinvolti nella promozione della dieta tradizionale (medici, veterinari, farmacisti, biologi, nutrizionisti, dietisti, dirigenti dell'Assessorato regionale della salute e di quello delle risorse agricole e alimentari, operatori progetto MeDiet, del progetto Diana, dell'Istituto zoo profilattico sperimentale, ecc.), in linea con le più accreditate evidenze scientifiche e salutistiche; a tali soggetti alla fine del programma formativo, superato con profitto, verrà attribuita la qualifica di "Formatore di primo livello FED";
- nel secondo livello, i formatori di primo livello, acquisiti e condivisi indirizzo, obiettivi, metodologie contenuti e linguaggio della prima fase del Progetto FED, riportano il know how in ogni singola ASP e, con la supervisione del tavolo tecnico, la collaborazione dei docenti del team regionale ed il coordinamento locale dei SIAN di ciascuna ASP, sviluppano la successiva fase formativa di cui all'allegato B al presente decreto. Ai partecipanti, alla fine del programma formativo superato con profitto, verrà attribuita la qualifica di "Educatore FED". I formatori di I livello e gli educatori FED, insieme ai docenti del team regionale, costituiranno la Rete integrata territoriale che opererà sotto il coordinamento delle singole ASP (UOEPSA e SIAN) in armonia con gli indirizzi del tavolo tecnico, sviluppando la fase operativa del Progetto FED di cui all'allegato A e secondo il disposto del D.A. n. 300/12. Il CEFPAS di Caltanissetta redigerà un apposito registro del personale formato destinato alla creazione di un albo regionale ad aggiornamento annuale. Il titolo di educatore FED, già nella fase di regime del progetto, costituirà requisito per concessione di patrocinio aziendale o regionale agli eventi di promozione della salute e incontri scientifici o divulgativi in materia di educazione alimentare.

Art. 5

I destinatari del primo livello del programma formativo FED (formatori FED di I livello) verranno selezionati dal team regionale di docenti di cui all'art. 4, sulla base delle proposte avanzate dai componenti del comitato esecutivo nell'ambito delle seguenti aree di appartenenza,

- Area sanitaria:
 - Assessorato della salute;
 - Dipartimenti universitari inerenti per disciplina;
 - ASP: SIAN, UOEPSA, distretti sanitari, Dipartimento materno infantile, NPI e DSM;
 - Aziende ospedaliere: Servizi di dietologia, UU.OO. equipollenti per disciplina;
- Area agronomica:
 - Assessorato regionale delle risorse agricole e alimentari;
 - Assessorato regionale delle attività produttive;
- Area degli istituti professionali di Stato per i servizi alberghieri e la ristorazione;
 - Referenti di educazione alla salute degli uffici scolastici di ambito territoriale;
 - insegnanti referenti degli istituti professionali di Stato per i servizi alberghieri e la ristorazione.

La selezione avverrà in base a univoci criteri a cura del tavolo tecnico di cui all'art. 2

Art. 6

I destinatari del secondo livello del programma formativo F.E.D. (Educatori F.E.D.), condotti dalle ASP, verranno selezionati, a cura dell'U.O. Formazione corrispondente e su indirizzo del comitato esecutivo, tra i portatori di interesse nell'ambito delle seguenti aree di appartenenza:

- Area sanitaria: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti in scienza dell'alimentazione, ginecologi, medici veterinari, dietisti, biologi nutrizionisti, terzo settore, ecc.
 - Area agronomica e imprenditoriale: uffici afferenti ai competenti Assessorati regionali, anche tramite le camere di commercio, imprenditori e attività commerciali di riferimento quali produttori di biologico a marchio DOP, IGP, titolari di aziende di agriturismo, associazione di produttori, terzo settore, ecc.
 - Area scolastica: docenti referenti di educazione alla salute delle scuole di ogni ordine e grado nonché docenti degli istituti professionali di Stato per i servizi alberghieri e la ristorazione.
- Costituiscono criteri premiali di selezione la personale attitudine dell'istante alla realizzazione degli obiettivi del Progetto FED attestata dal proprio curriculum e la posizione lavorativa favorevole a sviluppare la fase operativa dello stesso secondo i programmi degli enti di appartenenza o delle prospettive di sviluppo delle singole imprese.

Art. 7

I corsi formativi F.E.D. di primo livello verranno svolti con cadenza almeno biennale a Palermo (per il bacino occidentale) e/o a Caltanissetta (per il bacino orientale) a cura del CEFPAS. Il team di docenti per i corsi del primo livello del Programma formativo F.E.D. verrà predisposto dal tavolo tecnico sentito il comitato esecutivo. Alla fine del corso verrà rilasciato ai partecipanti il certificato di idoneità (Formatori F.E.D. di I Livello) che costituisce requisito per svolgere attività didattica nel secondo livello del progetto formativo F.E.D. ad articolazione provinciale, secondo le rispettive competenze professionali.

Art. 8

Le aziende sanitarie provinciali della Regione siciliana, avvalendosi del team regionale di docenti e dei formatori di primo livello, organizzano, con cadenza almeno annuale in armonia con le indicazioni del tavolo tecnico, corsi di formazione di educazione alimentare FED di secondo livello destinati ad operatori del settore pubblico e privato, insegnanti della scuola dell'obbligo e degli IPSSAR.

Alla fine del corso verrà rilasciato ai partecipanti un attestato regionale che li accredita come idonei allo svolgimento del programma operativo F.E.D. (Educatori FED), riconosciuto e patrocinato dalla Regione siciliana e dalle AA.SS.PP. in tutte le sue attività, limitatamente alle rispettive competenze istituzionali.

L'organizzazione dei corsi annuali di II livello verrà curata dall'U.O. Formazione delle singole AA.SS.PP. sulla base del programma predisposto dal corrispondente SIAN, in conformità con l'allegato B al presente decreto ed inserito nel Piano aziendale di educazione e promozione della salute di cui al D.A. 20 febbraio 2012 n. 300.

I direttori generali delle AA.SS.PP. sono tenuti a dare la più ampia pubblicità alla promozione dei corsi di educazione alimentare FED di II livello. I programmi devono corrispondere in ogni punto all'allegato tecnico B di cui all'art. 4 del presente decreto.

Art. 9

Il tavolo tecnico indica alle singole ASP i contenuti della fase operativa del progetto F.E.D. che saranno puntualmente sviluppati in base ad un preciso programma operativo provinciale reso in armonia con i disposti del D.A. n. 300 del 20 febbraio 2012. Fatte salve le variabili locali che saranno determinate da particolari esigenze, i contenuti del programma operativo dovranno obbligatoriamente comprendere:

1. attività della Rete integrata territoriale con declinazione degli interventi;
2. realizzazione degli studi pilota (per le AA.SS.PP. interessate) di cui all'allegato A;
3. campagne informative specifiche;
4. attività di promozione e tutela dei prodotti da realizzarsi attraverso la loro identificazione, caratterizzazione, tracciabilità, certificazione e documentazione avvalendosi delle rispettive competenze dell'Assessorato delle risorse agricole e alimentari e dell'IZS;
5. riconoscimento delle imprese in linea col Progetto F.E.D.;
6. formazione specifica nelle scuole, negli ambienti di vita e di lavoro.

Art. 10

L'Assessorato regionale della salute, nell'ambito della fase operativa del Progetto F.E.D., per il tramite dei SIAN (per la sicurezza alimentare dei prodotti di origine vegetale e la specifica competenza nutrizionale) e dei SIAOA (per la parte della sicurezza alimentare dei prodotti di origine animale) delle ASP, attribuirà il marchio F.E.D. "Vivi Sano. Mangia Siciliano" a tutti gli esercizi di pubblica ristorazione aderenti al Progetto F.E.D. ed in linea con i suoi obiettivi. Tali esercizi sono tenuti a conformare i menù proposti agli indirizzi salutistici e di promozione di prodotti siciliani che verranno indicati ed aggiornati dal tavolo tecnico.

Requisiti obbligatori per ottenere il marchio da esporre alla pubblica evidenza sono:

- a) sicurezza alimentare (assenza di sanzioni e/o prescrizioni igienico-sanitarie negli ultimi due anni);
- b) valore nutritivo, rispetto delle tradizioni e della cultura (proposte di menù salutari valutati dai SIAN in aderenza a sperimentati modelli e linee di indirizzo nazionali);
- c) offerta stagionale e costante diversificazione dei menù dal documentato impatto salutistico supportato da evidenza scientifica.

Ai superiori requisiti va aggiunto quello obbligatorio della partecipazione di almeno un operatore qualificato dell'esercizio di ristorazione ad un corso completo di educazione alimentare - FED di secondo livello con superamento dell'esame finale.

Requisiti aggiuntivi attestanti l'alta qualità dei pasti offerti:

- a) adesione al merceologico regionale pubblicato dall'Assessorato regionale delle risorse agricole e alimentari;
- b) promozione delle tipicità locali;
- c) rispetto dell'ambiente e delle risorse nella produzione, nella preparazione e nell'offerta dei cibi;
- d) rispetto dei principi etici nella produzione e nella distribuzione.

Art. 11

Ogni attività di valenza scientifica o divulgativa in materia di educazione alimentare patrocinata dall'Assessorato regionale della salute o dalle aziende sanitarie provinciali dovrà ricevere un parere tecnico preventivo, rispettivamente, dal tavolo tecnico di cui all'art. 2 o dal responsabile del SIAN dell'ASP di competenza.

Art. 12

Nessun compenso è dovuto per le attività del tavolo tecnico e del comitato esecutivo espresse da ciascun componente.

I costi per eventuale trattamento di missione e per il rimborso delle spese sostenute dai componenti sono a carico delle rispettive amministrazioni di appartenenza.

Per la conduzione dei corsi di primo e secondo livello verranno riconosciute a docenti e segretari le quote previste dalle specifiche tabelle al momento vigenti. I dipendenti pubblici incaricati della direzione dei corsi di formazione di primo e secondo livello di cui all'allegato B al presente decreto potranno rendere prestazione professionale di tipo occasionale e non continuativa di cui all'art. 2222 e ss.cc. del codice civile nel rispetto delle limitazioni vigenti. I costi imputabili alla gestione dei corsi di primo livello sono a totale carico del CEFPAS, ente strumentale della Regione.

I costi imputabili ai corsi di secondo livello sono a totale carico delle AASSPP gravando sulle quote annuali di riparto del Fondo sanitario regionale destinate alla prevenzione.

Tali corsi dovranno essere inseriti nel Piano aziendale della formazione su proposta delle competenti unità operative.

Il trattamento di missione ed il rimborso spese sostenute da docenti, tutor e segretari non residenti presso le varie sedi di corso verrà riconosciuto in ossequio ai limiti disposti dalla legge 30 luglio 2010.

I costi relativi alla conduzione biennale di studi di intervento alimentare per la riduzione del rischio di sviluppare patologie oncologiche, metaboliche e degenerative saranno posti a carico delle aziende individuate dal tavolo tecnico con successivo provvedimento

I costi relativi alle azioni di promozione del Progetto F.E.D. e quelli relativi alle attività di segreteria centrale, pubblicizzazione, organizzazione ed attuazione del programma previste dal Progetto F.E.D. trovano copertura sul capitolo 416526 del bilancio della Regione e sono così suddivisi:

1. € 20.000 per il Workshop di presentazione a carattere congressuale.
2. € 5.000 per il Workshop conclusivo sui report di attività da realizzare presso l'Assessorato regionale della salute.
3. € 15.000 per la produzione di materiale edito a stampa e l'acquisizione delle necessarie attrezzature informatiche funzionali al corretto svolgimento del progetto (pc portatili, materiale di consumo).

TOSCANA

DGR 19.2.14, n. 100 - Art. 44 della legge regionale 24 dicembre 2013, n. 77 (Legge Finanziaria per l'anno 2014). Approvazione schema di Protocollo di intesa tra Regione Toscana e Associazione Italiana per il Factoring per lo smobilizzo dei crediti delle imprese nei confronti del Servizio Sanitario della Toscana. (BUR n. 8 del 26.2.14)

Note

Viene approvato lo schema di Protocollo d'intesa con l'Associazione Italiana per il Factoring (ASSIFACT) per lo smobilizzo dei crediti delle imprese nei confronti del servizio Sanitario della Toscana" allegato A al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale;

UMBRIA

DGR 28.1.14, n. 41 - Linee di indirizzo per il trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). (BUR n. 8 del 19.2.14)

VENETO

DGR 16.12.13, N. 2358 - DGR 24/12/2012 n.154/cr. assegnazione definitiva alle aziende sanitarie del veneto delle risorse finanziarie per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'esercizio 2013. (BUR n. 17 del 11.2.14)

Note

PREMESSA

Con DGR 24/12/2012 n.154/CR la Giunta regionale ha effettuato il riparto provvisorio delle risorse finanziarie alle Aziende Sanitarie del Veneto rispettivamente per gli esercizi 2013, 2014 e 2015 per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, definendo altresì i provvisori livelli-obiettivo delle perdite di esercizio.

Le manovre di finanza pubblica nel settore sanitario volte alla razionalizzazione e al contenimento della spesa adottate negli ultimi anni ed, in particolare, la c.d. *spending review* e la Legge di Stabilità per il 2013, hanno delineato una situazione straordinaria di incertezza in ordine al quadro economico-finanziario di riferimento per la programmazione delle attività inerenti l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Alla luce dei provvedimenti legislativi, il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2013 è quantificato in riduzione, rispetto all'anno precedente, per un importo non definibile puntualmente.

Esaminati i vari provvedimenti e le diverse interpretazioni regionali, stimiamo che la riduzione rispetto all'esercizio 2012 sia di ca. 1 miliardo di euro.

A ciò devono aggiungersi le innovazioni legislative legate alla legge 5 maggio 2009, n.42, recante *disposizioni per la delega la governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'art. 119 della Costituzione* e del d.lgs. 6 maggio 2011, n.68, che in attuazione della citata legge 42/2009, introduce disposizioni anche in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario.

Il D.Lgs. 68/2011, in particolare, prevede che il fabbisogno sanitario standard delle singole regioni a statuto ordinario, cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale standard, è determinato, in fase di prima applicazione a decorrere dall'anno 2013, applicando a tutte le regioni valori di costo rilevati nelle regioni assunte quali *benchmark* di riferimento.

Tale processo non si è ancora concluso, pertanto alla data attuale non solo non è noto l'ammontare di risorse finanziarie da ripartire tra le regioni, ma nemmeno la quota di accesso delle singole regioni (e quindi neanche della Regione Veneto) alle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2013.

Riassumendo, alla data attuale:

- a) non esiste un provvedimento di certa quantificazione delle risorse finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale
- b) non esiste un parametro di riferimento per stimare l'allocazione delle risorse finanziarie alle singole regioni.

Stante tale incertezza, ogni Regione ha provveduto a stimare sia la consistenza delle risorse finanziarie del SSN, che la quota di propria spettanza, generalmente mantenendo i criteri dell'esercizio 2012 ma che potrebbero rivelarsi anche diversi, una volta quantificata la quota definitiva 2013 per le singole regioni.

LA RICADUTA SULLA REGIONE

Le risorse finanziarie così disponibili ammontano a 8.263,4 milioni di euro (punto 5), in aumento di 59,2 milioni rispetto ai 8.204,2 milioni indicati in DGR 24/12/2012 n.154/CR.

La quantificazione delle risorse da destinare alle Aziende Sanitarie a titolo di riparto, passa attraverso la definizione delle somme a vario titolo riconducibili alla Gestione Sanitaria Accentrata. Pertanto, rispetto alla DGR 24/12/2012 n.154/CR:

- a) si conferma il finanziamento degli investimenti con i valori già iscritti per 70 milioni;
- b) Viene allocato il Finanziamento Regionale per le Attività Trasfusionali (FRAT) direttamente nelle risorse da ripartire alle Aziende del SSR, in corrispondenza dei costi da queste sostenuti per le attività trasfusionali nell'ambito dei rispettivi Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale (DIMIT). Tale operazione costituisce una mera semplificazione contabile per una migliore chiarezza espositiva e non genera differenze né sulle quote capitarie né sui risultati economici delle singole Aziende.

L.R.7.2.14, n. 2 - Disposizioni in materia di promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale e modifica della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali". (BUR n. 18 del 14.2.14)

Art. 1

Inserimento di articoli nella legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"

1. Dopo l'articolo 17 della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 sono inseriti i seguenti articoli:

"Art. 17 bis - Disposizioni in materia di erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale con oneri a carico del servizio sanitario regionale.

1. Al fine di uniformare l'offerta di prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, superando l'attuale disomogenea presenza sul territorio regionale di erogatori privati ambulatoriali, salvaguardando, nel contempo, le specificità territoriali in conformità a quanto previsto dall'articolo 15 della legge regionale statutaria 17 aprile 2012, n. 1 "Statuto del Veneto" e dalla legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016" e successive modificazioni, sono definiti i seguenti criteri ai quali si attiene il direttore generale dell'azienda ULSS per individuare, nell'ambito del processo di programmazione regionale e sulla base del fabbisogno complessivo, gli erogatori privati accreditati, che forniscono prestazioni di assistenza

specialistica in regime ambulatoriale con oneri a carico del servizio sanitario regionale, con i quali, successivamente, stipulare gli accordi contrattuali:

a) accessibilità alla struttura da parte dell'assistito, in conformità a quanto previsto dalla legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 e successive modificazioni;

b) complementarità;

c) economicità/efficienza;

d) liste d'attesa;

e) appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) in conformità a quanto previsto dalla legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 e successive modificazioni;

f) standard di qualità;

g) standard di prestazioni.

2. I criteri di cui alle lettere a), b), c), d), e), f) e g) del comma 1 sono definiti dalla Giunta regionale in modo tale che ne sia garantita la misurabilità e sono aggiornati annualmente.

3. Il direttore generale dell'azienda ULSS individua la durata dei vari accordi contrattuali che, comunque, non deve essere superiore a tre anni.

4. Gli accordi contrattuali stipulati dal direttore generale dell'azienda ULSS, in base a quanto previsto dall'articolo 17, comma 4, e redatti in conformità allo schema tipo approvato dalla Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 17, comma 5, prevedono, in particolare:

a) i volumi di attività;

b) la tipologia;

c) le tariffe.

5. Gli accordi contrattuali vengono stipulati esclusivamente con erogatori privati accreditati.

6. Per l'accreditamento di erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale viene individuata la seguente procedura:

a) entro il 30 aprile i soggetti interessati presentano domanda di accreditamento;

b) entro il 31 maggio i direttori generali delle aziende ULSS esprimono al direttore generale alla sanità e al sociale di cui all'articolo 1 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 e successive modificazioni il loro parere; qualora i direttori generali delle aziende ULSS non rispettino tale termine, se ne prescinde;

c) entro il 31 luglio le competenti strutture della Giunta regionale effettuano, in conformità a quanto previsto dall'articolo 19, comma 3, l'istruttoria. Il conseguente provvedimento di accreditamento istituzionale è adottato dalla Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, che si esprime entro il 30 settembre; decorso inutilmente tale termine se ne prescinde;

d) entro il 30 novembre la Giunta regionale adotta i relativi provvedimenti di accreditamento istituzionale, ai sensi dell'articolo 16;

e) entro il 31 dicembre i direttori generali delle aziende ULSS, stipulano, sulla base dei criteri individuati al comma 1, gli accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati.

Art. 17 ter - Disposizioni in materia di laboratori di analisi.

1. In attuazione di quanto previsto dall'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento recante "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio" n. 61/CSR del 23 marzo 2011, di cui la Regione ha preso atto con deliberazione n. 2530 dell'11 dicembre 2012 pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto n. 107 del 24 dicembre 2012, la Regione adotta il modello "a rete" per organizzare la diagnostica di laboratorio sul proprio territorio, modello che è il più idoneo sia per garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate, sia per conseguire le maggiori economie di scala.

2. La soglia minima di prestazioni effettuate in proprio annualmente dalla rete, viene individuata, con cadenza triennale, dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare.

3. Per garantire le finalità di cui al comma 1 dell'articolo 17 bis, con particolare riferimento alla diagnostica di laboratorio, i direttori generali delle aziende ULSS stipulano gli accordi

contrattuali attenendosi ai criteri di cui al suddetto comma 1, ai quali si aggiunge quello specifico dell'organizzazione "a rete".

4. La Giunta regionale definisce, previo parere della competente commissione consiliare, il modello organizzativo della rete, prevedendo anche la semplificazione della vigente procedura per l'apertura di punti prelievo per la raccolta di campioni organici, inseriti in una rete.

Art. 17 quater - Clausola valutativa.

1. In relazione a quanto disposto dagli articoli 17 bis e 17 ter la Giunta regionale relazione annualmente al Consiglio regionale, sulle richieste di accreditamento e in particolare sulle richieste di nuovo accreditamento, sul fabbisogno espresso dai direttori generali e sugli accordi contrattuali stipulati dai medesimi nonché sul funzionamento e consistenza delle reti dei laboratori e sul numero di esami erogati.

Art. 17 quinquies - Disposizioni per i servizi socio-sanitari semiresidenziali e residenziali.

1. Gli accordi contrattuali dei servizi socio-sanitari semiresidenziali e residenziali, redatti in conformità allo schema tipo approvato ai sensi dell'articolo 17, comma 5, sono stipulati dal direttore generale dell'azienda ULSS con i soggetti accreditati che applicano la tariffa/retta regionale di riferimento.

2. Nelle more dell'individuazione della tariffa/retta regionale di riferimento il direttore generale attiva gli accordi contrattuali di cui al comma 1 con i soggetti accreditati presenti nel territorio della propria ULSS e inseriti nella programmazione dal piano di zona di cui all'articolo 8 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517."."

2. La Giunta regionale definisce il modello organizzativo della rete di cui all'articolo 17 ter, comma 4, della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22, così come introdotto dal comma 1, previo parere della competente commissione consiliare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

Art. 2

Disposizioni in materia di alta specialità ambulatoriale

1. La Giunta regionale può assegnare, in sede di riparto delle risorse finanziarie alle aziende sanitarie ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, risorse extra budget, in misura non superiore al 15 per cento delle risorse assegnate come budget, a soggetti privati accreditati che siano in grado di erogare sul territorio regionale prestazioni di particolare elevata complessità.

2. La Giunta regionale determina entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con proprio provvedimento, sul quale esprime parere la competente commissione consiliare, gli standard che determinano le prestazioni di cui al comma 1.

Art. 3

Disposizioni transitorie

1. Per gli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale che abbiano già presentato istanza di accreditamento alla data di entrata in vigore della presente legge, la procedura di accreditamento deve concludersi entro il 31 marzo 2014; decorso inutilmente tale termine i suddetti soggetti possono presentare istanza di accreditamento secondo le procedure di cui all'articolo 17 bis, comma 6, della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22, così come introdotto dall'articolo 1.

Art. 4

Entrata in vigore

- 1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.*

STATISTICA

LIGURIA

DCR 28.1.14.n. 4 - Programma statistico regionale 2014-2016 (legge regionale 3 aprile 2008, n. 7 (Norme sul sistema statistico regionale)). (BUR n. 8 del 16.2.14)

Note

Viene approvato il Programma statistico regionale 2014-2016 allegato alla presente deliberazione .

TUTELA DEI DIRITTI

EMILIA ROMAGNA

Risoluzione n. 2876 - Risoluzione proposta dai consiglieri Barbati, Casadei, Mumolo, Grillini, Carini e Sconciaforni per impegnare la Giunta a porre in essere azioni nei confronti del Governo volte a disciplinare la materia riguardante il testamento biologico, sollecitare le amministrazioni comunali ad istituire i relativi registri, sensibilizzando inoltre il personale sanitario all'utilizzo dei connessi dispositivi terapeutici al fine di garantire la dignità della persona umana anche nella sua fase terminale (BUR n. 44 del 12.2.14)

L'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna

Note

PREMESSA

Come noto e per quanto specificamente rileva in tal sede, il progresso medico-scientifico ha condotto allo studio e all'individuazione di tecniche che, oltre ad aver determinato il positivo incremento delle possibilità di guarigione rispetto a diverse patologie, consentono di prolungare artificialmente la vita del paziente affetto da patologie gravi e degenerative.

Tale prolungamento artificiale della permanenza in vita del paziente si traduce, in alcune peculiari situazioni limite, in una (spesso penosa) protrazione delle sofferenze del malato;

.Proprio per queste ragioni, nel caso di malattie degenerative irreversibili si pone il problema di riconoscere al paziente il diritto di formulare direttive ed indicazioni sui futuri trattamenti sanitari da praticare nel periodo di sopravvenuta incapacità.

In particolare, si pone la questione - di ordine giuridico, sociale e bioetico - della rilevanza della dichiarazione con cui il soggetto abbia formulato specifiche disposizioni di volontà volte ad escludere trattamenti salvifici artificiali che lo mantengano in vita in stato vegetativo clinicamente valutato come irreversibile (c.d. testamento biologico).

Il Tribunale di Roma (ord. 16 dicembre 2006, c.d. "caso Welby") ha statuito che, ancorché nell'ordinamento giuridico possa configurarsi il diritto di un paziente alla consapevole ed informata autodeterminazione nella scelta delle terapie c.d. "salvavita" (diritto all'autodeterminazione terapeutica), in concreto tale diritto non è tutelabile a causa della mancata definizione, a livello normativo, del concetto e dei limiti del c.d. "accanimento terapeutico".

Ulteriormente, i giudici di merito hanno affermato che nel bilanciamento tra il diritto all'autodeterminazione terapeutica, da un lato, e il diritto alla conservazione dell'integrità personale e alla vita, dall'altro, la prevalenza deve essere accordata a quest'ultimo a prescindere dalla volontà del paziente.

Tali statuizioni hanno suscitato obiezioni e critiche - della dottrina giuridica e medica, di parte consistente del firmante politico e dell'opinione pubblica - con cui si è rilevato che, ragionando nei suddetti termini, il diritto alla vita verrebbe a trasformarsi in un dovere di vivere, dovere che non trova e non può trovare cittadinanza in un ordinamento giuridico costituzionale ispirato al principio personalistico e al rispetto della persona umana in qualsiasi momento della vita; proprio tale concezione individualistica impone il pieno rispetto delle determinazioni volitive assunte dal soggetto in ordine alle cure a cui sottoporsi o non sottoporsi, disposizioni di volontà orientate dal fascio di convinzioni etiche, culturali, filosofiche e religiose che caratterizza la percezione che ciascuno ha di sé;

Tali osservazioni sono state condivise dalla sentenza 21748/07, con cui la Cassazione, nella nota "vicenda Englaro", ha espressamente statuito che deve escludersi che il diritto all'autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il

sacrificio del bene vita. In particolare, come emerge dalla citata pronuncia, di fronte al rifiuto del paziente di sottoporsi a cure "salvavita", sicuramente vi è spazio per una strategia della persuasione da parte del personale sanitario, anche al fine di prestare la massima solidarietà e il massimo supporto in un momento di debolezza e sofferenza; sicuramente è necessario verificare che la determinazione volitiva del soggetto sia autentica, informata, personale ed attuale; ma è altrettanto certo che, ove sussistano tali requisiti, non è possibile disattendere o eludere il rifiuto alle cure del soggetto in nome di un presunto dovere di curarsi da intendersi come presunto principio di ordine pubblico;

Da tali considerazioni, come peraltro sottolineato dai giudici di legittimità nella citata pronuncia, il diritto alla salute (che può essere limitato solo nei casi espressamente previsti dalla legge, *ex art. 32, comma 2, Cost.*), come tutti i diritti di libertà, è tutelato sia nel suo risvolto positivo come diritto ad essere curati sia nel suo risvolto negativo come diritto di perdere la salute, di ammalarsi, di non curarsi, di vivere le fasi finali della propria esistenza in coerenza con le proprie convinzioni, finanche di lasciarsi morire. In altri termini, l'art. 32 Cost. non garantisce il diritto a morire, bensì il diritto a che il naturale evento morte si attui con modalità coerenti all'autocoscienza della dignità personale.

Peraltro, è da precisare che il rifiuto delle terapie salvifiche, con conseguente decesso del paziente, non integra un'ipotesi di eutanasia, consistendo quest'ultima nell'abbreviare la vita mediante un comportamento positivo; diversamente, nel caso di rifiuto delle cure da parte del paziente, si ha un atteggiamento di scelta a cui è speculare un comportamento negativo del paziente e del sanitario, affinché la malattia segua il suo naturale decorso (patologico).

Nelle ipotesi di specie, in cui vi sia un rifiuto alle cure da parte del paziente, nemmeno è configurabile una responsabilità (penale e civile) del sanitario. La responsabilità del medico per omessa cura, infatti, può sussistere fin tanto che esista per il medesimo l'obbligo giuridico di intraprendere o continuare la terapia salvifica, mentre è ontologicamente non configurabile quando tale obbligo viene meno: segnatamente, l'obbligo di prestare l'assistenza sanitaria salvifica, fondandosi sul consenso del malato, cessa - e specularmente insorge il dovere di rispettare la volontà del paziente - quando il consenso viene meno in seguito al rifiuto del paziente.

Ulteriormente, proprio sulla base di tali assunti, la giurisprudenza (nel c.d. "caso Englaro"; sent. 21748/07 cit.) ha riconosciuto che, anche nelle ipotesi in cui il paziente non sia in grado di manifestare la propria volontà a causa dello stato patologico in cui versa e, prima di cadere in tali condizioni, non abbia espresso alcuna determinazione anticipata in ordine alle terapie da praticarsi nel caso in cui fosse venuto a trovarsi in stato di incoscienza, ciò non preclude al suo rappresentante legale (al tutore) di domandare l'interruzione delle cure, che può essere disposta solo sussistendo due requisiti: che lo stato vegetativo sia clinicamente irreversibile e non sussista la minima possibilità di recupero della coscienza e della percezione del mondo esterno; che sia accertata in modo inconfutabile la presunta volontà del paziente (la decisione che egli avrebbe assunto se fosse stato cosciente) esaminando la sua condotta di vita e il complesso delle sue convinzioni. Sussistendo tali presupposti, è quindi da riconoscere al rappresentante legale il potere-dovere di rifiutare, in nome e per conto del paziente rappresentato, le cure salvavita o le terapie che mantengano in vita artificialmente il soggetto.

Peraltro, l'art. 408, comma 1, c.c. prevede che "L'amministratore di sostegno può essere designato dallo stesso interessato, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata", con ciò consentendo che l'interessato possa dare indicazioni (all'amministratore di sostegno) in merito alle terapie che intende o non intende accettare nell'eventualità in cui dovesse trovarsi nella condizione di incapacità.

Dalle suddette considerazioni emerge chiaramente la necessità di predisporre un intervento normativo, a livello nazionale, che disciplini giuridicamente in modo puntuale ed uniforme l'istituto del c.d. "testamento biologico" e le relative modalità attrattive.

Alcuni comuni della Regione (tra cui Rimini, Reggio Emilia e Ferrara) hanno già istituito il registro dei testamenti biologici, che consente l'iscrizione delle dichiarazioni anticipate anche indicando un fiduciario garante dell'attuazione delle determinazioni volitive.

I PRESUPPOSTI

DGR 9 novembre 2009, n. 1706, recante "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio".

I numerosi d.d.l. presentati in sede governativa.

La normativa elaborata da diversi Paesi (Paesi Bassi, Germania, Inghilterra, Svizzera, Stati Uniti), in cui il "testamento biologico" è stato giuridicamente disciplinato.

La Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (Oviedo, 1997), in cui si prevede che "i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione": da precisare che nonostante tale Convenzione sia stata firmata dall'Italia (nel 2001) e la sua ratifica da parte del Presidente della Repubblica sia stata autorizzata con Legge 28 marzo 2001, n. 145, il Governo non ha ancora adottato i decreti legislativi delegati attuativi e di adeguamento dell'ordinamento interno al Trattato internazionale previsti dall'art. 3 della citata L. 145/2001.

L'IMPEGNO RIVOLTO ALLA GIUNTA

Sollecitare il Governo all'adozione di un atto legislativo che disciplini compiutamente la materia, attivandosi a tal fine, per quanto di competenza, nelle opportune sedi istituzionali e politiche;

Sollecitare le amministrazioni comunali all'istituzione del registro dei testamenti biologici, anche mediante l'adozione di una delibera regionale di indirizzo e direttiva.

Nelle more dell'entrata in vigore della legge nazionale che - auspicabilmente - disciplini l'istituto in esame, sensibilizzare il personale sanitario competente in ordine all'utilizzo di dispositivi terapeutici per la cura palliativa dei soggetti che versano in uno stato patologico grave prossimo al fine vita, ivi compresa la somministrazione di sostanze stupefacenti dotate di proprietà terapeutiche secondo la normativa vigente, ciò al fine di garantire la dignità della persona umana anche nella sua fase terminale.

Risoluzione n. 4983 – Risoluzione proposta dai consiglieri Pariani, Paruolo, Ferrari, Pagani, Mori, Piva, Riva e Luciano Vecchi per impegnare la Giunta a sollecitare il Governo all'adozione di un atto legislativo che disciplini la materia relativa al "testamento biologico"

L'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna. (BUR n. 44 del 12.2.14)

Note

PREMESSA

L'introduzione di nuove tecnologie in ambito sanitario e la conseguente possibilità di prolungare artificialmente la vita di una persona hanno reso sempre più sentito nella società il problema di rendere possibile una gestione responsabile delle terapie per evitare l'accanimento terapeutico.

In questo contesto ha acquisito attualità il dibattito sulla possibilità di anticipare le proprie volontà attraverso una "Dichiarazione Anticipata di Trattamento" (DAT), comunemente detta anche "testamento biologico", ovvero un atto scritto con il quale ciascuno possa dare indicazioni in merito ai trattamenti medici in situazione di malattie o traumatismi cerebrali che determinino una perdita di coscienza permanente ed irreversibile.

Al fine di definire un quadro nazionale certo e uniforme si rende necessaria l'approvazione da parte del Parlamento di una legge in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari che sia rispettosa dei principi di libertà e responsabilità della persona e sia fondata su un ampio consenso.

La Costituzione italiana sancisce il diritto all'autodeterminazione terapeutica, come si evince in particolare dall'art. 32, che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed afferma che nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se non in casi specifici normati dalla legge. La Convenzione sui Diritti Umani e la Biomedicina, firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997 dagli Stati membri del Consiglio d'Europa e ratificata dal Governo italiano ai sensi della legge 145 del 28

marzo 2001 stabilisce, all'art. 9, che "i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione".

Vi sono stati su questi temi sentenze giuridiche anche molto in contrasto fra loro.

LE VALUTAZIONI CONSEGUENTI

La fase finale della vita va affrontata in modo rispettoso della dignità e della volontà del paziente e in questo quadro l'alleanza terapeutica fra medici e famiglia (o fiduciario nel caso manchi la famiglia) svolge un ruolo fondamentale.

È chiaro che è difficile prevedere per legge l'intera casistica delle diverse situazioni, ma certamente nel caso in cui il paziente sia impossibilitato a dare indicazioni è importante che venga garantita la possibilità di prendere in considerazione orientamenti espressi in modo anticipato e conservati in un apposito registro per questa evenienza.

LA SITUAZIONE NORMATIVA

La DGR 9 novembre 2009, n. 1706, ha disposto l "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio";

numerosi d.d.l. sono stati presentati in sede governativa;

la normativa elaborata da diversi Paesi esteri in cui il "testamento biologico" è stato giuridicamente disciplinato.

L' MPEGNO RIVOLTO ALLA GIUNTA

a sollecitare il Governo all'adozione di un atto legislativo che disciplini compiutamente la materia, attivandosi a tal fine, per quanto di competenza, nelle opportune sedi istituzionali e politiche.

PIEMONTE

D.D. 23 dicembre 2013, n. 279 - L.R. n. 16/2009 - Assegnazione dei finanziamenti per i Centri Antiviolenza e le Case Rifugio in attuazione della DGR 21 aprile 2011, n. 26-1871 e della DD n. 199/2013 - Spesa di euro 54.312,74 (Fondi già impegnati sul cap. 224950/2009 - imp. n. 5090). (BUR n.9 del 27.2.14)

Note

Viene preso atto delle risultanze dell'istruttoria effettuata dagli uffici regionali preposti sulle istanze presentate, ai sensi DD n. 199 dell'11.10.2013 "L.R. 16/2009 – Riapertura termini presentazione istanze per l'accesso ai finanziamenti per i Centri Antiviolenza e le Case Rifugio ai sensi della DD n. 100/2013. Spesa di Euro 224.438,55 (Fondi già impegnati sul Cap. 224950/23009 - Imp. 5090)" Cap. 224950/23009 - Imp. 5090" ed indicate nell'Allegato 1, approvato quale parte integrante della presente Determinazione.

Le istanze di cui all'Allegato 1 si aggiungono alle istanze già finanziate ai sensi delle DD n. 100/2013 e n. 182/2013, e che, pertanto, l'elenco completo dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio finanziati ai sensi della L.R. n. 16/2009 è contenuto nell'Allegato 3.

Si procede alla redistribuzione delle risorse non assegnate all'ambito territoriale della Provincia di Cuneo

Sono assegnati i finanziamenti previsti ai Comuni ed ai Soggetti gestori delle funzioni socioassistenziali indicati nell'Allegato 2.

SARDEGNA

DPGR 30.1.14, n. 11 - : Legge Regionale 17 gennaio 1989, n. 4 – art. 12 - Nomina del Difensore Civico. (BUR n.10 del 22.2.14)

ART. 1

Ai sensi dell'articolo 12 della legge regionale 17 gennaio 1989, n. 4, il dott. Felice Contu, nato a Mogoro il 10.9.1927, è nominato Difensore civico in Sardegna.

