

PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS Anno VIII – n. 161

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, programmatica e di alta amministrazione (con specifici atti di indirizzo) che le ha portato ad esprimere una propria "cultura" di governo che senz'altro costituisce un patrimonio storicamente acquisito, da tenere nella dovuta considerazione, anche nella prospettiva del federalismo e del rafforzamento delle autonomie locali, secondo il principio di sussidiarietà verticale sancito dall'Unione Europea.

Tenendo conto delle crescenti funzioni che le Regioni vanno più assumendo nel quadro delle politiche sociali e di welfare, gli atti delle Regioni, espressi, come è noto negli atti di legislazione, di programmazione, di controllo e di indirizzo, rappresentano il risultato di notevoli elaborazioni concettuali e dottrinali, che portano a definire un quadro che si

caratterizza come un processo in continua evoluzione, e che sottolinea la diversità e la peculiarità delle singole Regioni, pur nell'osservanza di una unità di fondo che è riferibile alla garanzia data dalla Costituzione della Repubblica con i suoi principi e le sue idealità.

Pertanto PANORAMA LEGISLATIVO 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 quindicinale e viene edito di norma il PRIMO e il SEDICI di ogni mese.

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

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:

1di 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.

2di 38 euro per operatori singoli;

3di 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 2014, scadenza MAGGIO 2014 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 Romatre

NB

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

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

Parte

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 30 GIUGNO 2014 arretrati compresi

EDILIZIA

Istituto nazionale di statistica

Indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati relativi al mese di maggio 2014, che si pubblicano ai sensi dell'art. 81 della legge 27 luglio 1978, n. 392 (Disciplina delle locazioni di immobili urbani), ed ai sensi dell'art. 54 della legge del 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica). senza tabacchi, relativi ai singoli mesi del 2013 e 2014 e le loro variazioni rispetto agli indici relativi al corrispondente mese dell'anno precedente e di due anni precedenti risultano:

Anni e mesi Indici	2010=100)	Variazioni percentuali rispetto al corrispondente	
		dell'anno precedente	di due anni precedenti
(Base 2013			
Maggio	106,9	1,2	4,3
Giugno	107,1	1,2	4,4
Luglio	107,2	1,2	4,2
Agosto	107,6	1,1	4,3
Settembre	107,2	0,8	3,9
Ottobre	107,1	0,7	3,4
Novembre	106,8	0,6	3,0
Dicembre	107,1	0,6	3,0
<i>Media</i>	<i>107,0</i>		
2014			
Gennaio	107,3	0,6	2,8
Febbraio	107,2	0,5	2,3
Marzo	107,2	0,3	1,9
Aprile	107,4	0,5	1,6
Maggio	107,3	0,4	1,6

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

DECRETO 14 maggio 2014 - Contributo per l'incremento della massa attiva dei comuni in dissesto finanziario – anno 2013. (GU n. 141 del 20.6.14)

IL DIRETTORE CENTRALE DELLA FINANZA LOCALE

Visto l'art. 3 *-bis*, del decreto-legge del 10 ottobre 2012, n. 174, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213, il quale prevede che «Per gli anni 2012, 2013 e 2014, le somme disponibili sul capitolo 1316 "Fondo ordinario per il finanziamento dei bilanci degli enti locali" dello stato di previsione del Ministero dell'interno sono destinate all'incremento della massa attiva della gestione liquidatoria degli enti locali in stato di dissesto finanziario, deliberato dopo il 4 ottobre 2007 e finno alla data di entrata in vigore del presente decreto»;

Parte

Visto, altresì, che ai sensi del suddetto art. 3 *-bis*, il contributo è ripartito, nei limiti della massa passiva accertata, in base ad una quota pro capite determinata tenendo conto della popolazione residente, calcolata alla fine del penultimo anno precedente alla dichiarazione di dissesto, secondo i dati forniti dall'Istituto nazionale di statistica;

Visto che, in base al sopracitato art. 3 *-bis*, ai fini della copertura degli oneri derivanti dalle finalità di cui al medesimo articolo si provvede, per gli anni 2012, 2013 e 2014, entro il limite massimo di 30 milioni di euro annui, con le somme non impegnate e disponibili sul capitolo 1316 «Fondo ordinario per il finanziamento dei bilanci degli enti locali» dello stato di previsione del Ministero dell'interno, accantonate ai sensi dell'art. 35, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 504, e non utilizzate nei richiamati esercizi, per gli interventi di cui agli articoli 259, comma 4, e 260, comma 2, del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

Viste che le richieste dei comuni, già acquisite per l'anno 2012 e riportate nell'Allegato del decreto del direttore centrale in data 11 marzo 2013, relativo all'anno 2012, possono essere considerate valide anche per l'annualità 2013, ad eccezione di quelle riguardanti i comuni di Capistrello (AQ), Trivento (CB), Rocca Priora (RM), Mentana (RM), San Procopio (RC), Rionero Sannitico (IS), Montecalvo Irpino (AV), i cui organi straordinari della liquidazione hanno, nel frattempo, presentato il rendiconto finale e, pertanto, la liquidazione del dissesto in quei comuni è formalmente terminata.

Riscontrato che a fine esercizio 2013, sul capitolo 1316 risultano non impegnate e disponibili somme pari ad euro 25.000.000,00 e ritenuto quindi di dover concedere con il presente decreto, ai comuni come riportati nell'allegato «A», che forma parte integrante del presente decreto, il contributo di cui al già citato art. 3 *-bis*;

Tenuto conto, altresì, che ai sensi del sopracitato art. 3 *-bis*, ai fini del riparto gli enti con popolazione superiore a 5.000 abitanti sono considerati come enti di 5.000 abitanti;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni, recante norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;

Decreta:

Art. 1.

Criteri e modalità per la concessione del contributo

1. Il contributo previsto dall'art. 3 *-bis*, del decreto legge del 10 ottobre 2012, n. 174, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213, concesso a ciascun ente, è determinato, nei limiti della massa passiva accertata, in base ad una quota pro capite definita tenendo conto della popolazione residente, calcolata alla fine del penultimo anno precedente alla dichiarazione di dissesto, secondo i dati forniti dall'Istituto nazionale di statistica.

2. Ai fini del riparto gli enti con popolazione superiore a 5.000 abitanti sono considerati come enti di 5.000 abitanti.

Art. 2.

Concessione del contributo

1. Per l'anno 2013, ai comuni di cui all'allegato «A» (a cui si rinvia), che forma parte integrante del presente decreto, a valere sulle somme non impegnate, pari ad euro 25.000.000,00, disponibili sul capitolo 1316 «Fondo ordinario per il finanziamento dei bilanci degli enti locali» dello stato di previsione del Ministero dell'interno, accantonate ai sensi dell'art. 35, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 504, e non utilizzate nell'esercizio 2013, è concesso, ai sensi dell'art. 3 *-bis*, decreto-legge n. 174 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 213 del 2012, un contributo destinato all'incremento della massa attiva della gestione liquidatoria per gli interventi di cui agli articoli 259, comma 4, e 260, comma 2, del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Parte

2. Il contributo è erogato sul conto di tesoreria intestato all'organo straordinario della liquidazione, in un'unica soluzione, entro 15 giorni successivi alla data di registrazione del presente decreto da parte della Corte dei conti.

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA

CIRCOLARE 28 aprile 2014 , n. **4** .- Piani di razionalizzazione degli assetti organizzativi e riduzione della spesa di personale. Dichiarazione di eccedenza e prepensionamento. (GU n. 141 del 20.6.14)

Alle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165

OGGETTO : Piani di razionalizzazione degli assetti organizzativi e riduzione della spesa di personale. Dichiarazione di eccedenza e prepensionamento

1. Premessa.

La presente circolare fornisce indirizzi applicativi sul ricorso ad alcuni strumenti che, nel quadro degli interventi di riduzione della spesa pubblica, permettono una migliore allocazione del personale delle amministrazioni pubbliche.

La circolare riguarda, in particolare, i limiti entro i quali è ammesso il ricorso all'istituto del c.d. «prepensionamento», per riassorbire le eccedenze conseguenti alla riduzione delle dotazioni organiche ovvero alla redazione di piani di ristrutturazione per ragioni funzionali o finanziarie, che determina, a regime, una riduzione della spesa di personale. Si rileva peraltro fin d'ora che il prepensionamento non può essere in nessun caso utilizzato come strumento per eludere il regime pensionistico introdotto dall'articolo 24 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214.

2. Definizioni.

Ai fini della presente circolare, si intende per:

a) «sopranumerarietà»: situazione per cui il personale in servizio (complessivamente inteso e senza alcuna individuazione nominativa) supera la dotazione organica in tutte le qualifiche, le categorie o le aree. L'amministrazione non presenta, perciò posti vacanti utili per un'eventuale riconversione del personale o una diversa distribuzione dei posti;

b) «eccedenza»: situazione per cui il personale in servizio (inteso quantitativamente e senza individuazione nominativa) supera la dotazione organica in una o più qualifiche, categorie, aree o profili professionali di riferimento.

Si differenzia dalla sopranumerarietà, in quanto la disponibilità di posti in altri profili della stessa area o categoria, ove ricorrano le condizioni, potrebbe consentire la riconversione del personale;

c) «esubero»: individuazione nominativa del personale sopranumerario o eccedentario, con le procedure previste dalla normativa vigente. Il personale in esubero è quello da porre in prepensionamento, ove ricorrano le condizioni, o da mettere in disponibilità ai sensi dell'articolo 33 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

d) «prepensionamento»: risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro del personale in soprannumero o eccedentario nelle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001, individuato in esubero, per il quale è prevista l'ultrattività (fino al 31 dicembre 2016) delle disposizioni relative ai requisiti di accesso al trattamento pensionistico e alle decorrenze di tale trattamento previgenti rispetto alla riforma prevista dall'articolo 24 del decreto-legge n. 201 del 2011,

Parte

esclusivamente a favore di tale personale. Si rinvia alla circolare del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione del 29 luglio 2013, n. 3 in materia di pensionamenti in caso di soprannumero.

3. Le cause della soprannumerarietà o dell'eccedenza di personale.

Le situazioni di soprannumerarietà o di eccedenza di personale possono derivare da:

1. riduzione delle dotazioni organiche delle amministrazioni centrali disposta dall'articolo 2 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
2. ragioni funzionali, conseguenza degli interventi indicati nel successivo paragrafo 4;
3. ragioni finanziarie riferite a situazioni di squilibrio finanziario rilevate dagli organi competenti (collegio dei revisori, Corte dei conti, amministrazione vigilante) o descritte da specifiche disposizioni normative. Per quanto riguarda gli enti locali, si rinvia, in particolare, alle previsioni contenute nel Titolo VIII, recante disciplina degli enti locali deficitari o dissestati, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;
4. piani di ristrutturazione decisi dalle amministrazioni pubbliche seguendo la procedura di ricognizione del fabbisogno derivante dal combinato disposto dell'articolo 6 e dell'articolo 33 del decreto legislativo n. 165 del 2001. In particolare, per gli enti locali le situazioni in esame possono derivare dalla volontà dell'ente di rientrare in un più virtuoso rapporto tra spesa di personale e spesa corrente (ai sensi dell'articolo 76, comma 7, del decreto legge n. 112 del 2008, convertito dalla legge n. 133 del 2008, le Regioni e gli Enti locali dovrebbero avere un'incidenza delle spese di personale pari o inferiore al 50 per cento delle spese correnti).

Per la gestione di tali situazioni, come sarà illustrato nel successivo paragrafo 5, si applica il combinato disposto dell'articolo 33 del decreto legislativo n. 165 del 2001 e dell'articolo 2, comma 11, del decreto-legge n. 95 del 2012. Si ricorda che l'ambito soggettivo di applicazione della lettera a) di quest'ultimo comma è stato precisato dall'articolo 2, comma 3, del decreto-legge n. 101 del 2013, che ha chiarito che detta disposizione si applica a tutte le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001.

Lo strumento in esame, quindi, non può essere utilizzato da altri organismi di diritto pubblico o dalle società partecipate da amministrazioni pubbliche in assenza di specifiche previsioni di legge.

Nell'allegato tecnico alla presente circolare, si individuano alcuni riferimenti normativi che illustrano situazioni tipiche che necessitano piani di razionalizzazione e di eventuale revisione del fabbisogno di personale.

4. La revisione del fabbisogno di personale.

La revisione del fabbisogno di personale, conseguente all'attuazione di misure di razionalizzazione degli assetti organizzativi e dei procedimenti amministrativi, è una misura straordinaria e ulteriore rispetto alla ricognizione annuale ordinariamente prevista i cui principi sono comunque applicabili anche in presenza di processi speciali di ristrutturazione.

L'obbligo di adozione della programmazione triennale del fabbisogno di personale, da parte degli organi di vertice delle amministrazioni pubbliche, è previsto dall'articolo 39, comma 1, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 e ribadito dall'articolo 6 del decreto legislativo n. 165 del 2001. La programmazione triennale del fabbisogno e la ricognizione annuale sono finalizzate a garantire la funzionalità e l'ottimizzazione delle risorse, nell'ottica del miglior funzionamento dei servizi compatibilmente con le disponibilità finanziarie e di bilancio, nonché nel rispetto dei vincoli previsti dalla normativa vigente in materia di dotazioni organiche, spesa di personale, regime delle assunzioni e mobilità obbligatoria e volontaria.

Al fine di una maggiore responsabilizzazione del dirigente pubblico, il comma 4 -bis del citato articolo 6 prevede che il documento di programmazione triennale del fabbisogno di personale e i suoi

aggiornamenti siano elaborati su proposta dei competenti dirigenti, che individuano i profili professionali necessari allo svolgimento dei compiti istituzionali delle strutture cui sono preposti.

Gli atti organizzativi, nella misura in cui non si riflettono sui rapporti di lavoro, non richiedono motivazione, ma devono comunque ispirarsi ai principi sopra richiamati, ovvero a criteri razionali, di efficienza, economicità, trasparenza e imparzialità, indispensabili per una corretta pianificazione delle politiche di personale e di reclutamento di risorse. Una motivazione è invece richiesta per gli atti di organizzazione che, non derivando direttamente dalla legge ed essendo frutto di scelte, sia pure strategiche, dell'amministrazione, si riflettono sui rapporti di lavoro.

Anche per questa ragione, il citato articolo 6 del decreto legislativo n. 165 del 2001 prevede che «nei casi in cui processi di riorganizzazione degli uffici comportano l'individuazione di esuberi o l'avvio di processi di mobilità, al fine di assicurare obiettività e trasparenza, le pubbliche amministrazioni sono tenute a darne informazione, ai sensi dell'articolo 33, alle organizzazioni sindacali rappresentative del settore interessato e ad avviare con le stesse un esame sui criteri per l'individuazione degli esuberi o sulle modalità per i processi di mobilità. Decorsi trenta giorni dall'avvio dell'esame, in assenza dell'individuazione di criteri e modalità condivisi, la pubblica amministrazione procede alla dichiarazione di esubero e alla messa in mobilità. (...) Ai fini della mobilità collettiva le amministrazioni effettuano annualmente rilevazioni delle eccedenze di personale su base territoriale per categoria o area, qualifiche e profilo professionale».

5. Procedure da seguire in caso di soprannumero o di eccedenza di personale.

Le procedure che le pubbliche amministrazioni devono seguire nei casi in cui si verifichino situazioni di soprannumero, o in cui comunque esse rilevino eccedenze di personale, sono definite dall'articolo 33 del decreto legislativo n. 165 del 2001 e dall'articolo 2, comma 11, del decreto-legge n. 95 del 2012.

In base al comma 4 del citato articolo 33, il dirigente responsabile è tenuto a informare preventivamente le rappresentanze unitarie del personale e le organizzazioni sindacali firmatarie del contratto collettivo nazionale del comparto o area. In materia di partecipazione sindacale interviene anche l'articolo 6 del decreto legislativo n. 165 del 2001, così come modificato dall'articolo 2, comma 18, lettere a) e b), del decreto-legge n. 95 del 2012, che, al comma 1, prevede, tra l'altro, che, nei casi in cui i processi di riorganizzazione degli uffici comportino l'individuazione di esuberi o l'avvio di processi di mobilità, al fine di assicurare obiettività e trasparenza, le pubbliche amministrazioni sono tenute a darne informazione alle organizzazioni sindacali rappresentative del settore interessato e ad avviare con le stesse un esame sui criteri per l'individuazione degli esuberi o sulle modalità per avviare i processi di mobilità. Decorsi trenta giorni dall'avvio dell'esame, in assenza dell'individuazione di criteri e modalità condivisi, la pubblica amministrazione procede alla dichiarazione di esubero e alla messa in mobilità.

Il comma 5 dell'articolo 33 del decreto legislativo n. 165 del 2001 dispone che l'amministrazione applica l'articolo 72, comma 11, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 (1). In subordine, l'amministrazione verifica la ricollocazione totale o parziale del personale in situazione di soprannumero o di eccedenza nell'ambito della stessa amministrazione, anche mediante il ricorso a forme flessibili di gestione del tempo di lavoro o a contratti di solidarietà. È anche possibile la ricollocazione presso altre amministrazioni comprese nell'ambito della regione, previo accordo con le stesse, tenuto anche conto di quanto previsto dall'articolo 1, comma 29, del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, nonché del comma 6. I contratti collettivi nazionali possono stabilire criteri generali e procedure per consentire il passaggio diretto ad altre amministrazioni anche al di fuori del territorio regionale. Anche per queste previsioni, ovviamente, l'ambito di applicazione è dato dall'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001.

(1) Sui criteri di applicazione della disposizione richiamata si rinvia alla circolare n. 2 dell'8 marzo 2012, "Decreto-legge n. 201 del 2011, convertito in legge n. 214 del 2011, c.d. "Decreto salva Italia" - art. 24 - Limiti massimi per la permanenza in servizio nelle P.A.".

Nel caso in cui l'amministrazione, in base all'ordine di priorità definito dall'articolo 2, comma 11, del decreto-legge n. 95 del 2012, ritenga di ricorrere alle misure previste dalla lettera a) del suddetto comma (prepensionamento), essa dovrà effettuare una ricognizione delle posizioni dei lavoratori che potrebbero risultare in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi applicati prima dell'entrata in vigore del decreto-legge n. 201 del 2011 o che li possano conseguire in tempo utile per maturare la decorrenza del trattamento medesimo entro il 31 dicembre 2016.

Rispetto a tali posizioni, l'amministrazione, dovrà chiedere all'INPS la certificazione del diritto a pensione e della relativa decorrenza.

L'Istituto si impegna a rilasciare le dette certificazioni entro trenta giorni dall'invio degli elenchi del personale da parte delle Amministrazioni che facciano ricorso alla misura del prepensionamento, assicurando altresì di provvedere, nello stesso termine a richiedere agli Enti la certificazione dei periodi mancanti qualora la posizione assicurativa risultasse incompleta.

Solo dopo aver acquisito la certificazione da parte dell'ente previdenziale, l'amministrazione potrà procedere, nei limiti del soprannumero, alla risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro, tenuto conto del regime delle decorrenze, nei confronti dei dipendenti in possesso dei requisiti indicati nella disposizione (articolo 2, comma 6, del decreto-legge n. 101 del 2013).

Senza necessità di motivazione, trova applicazione anche l'articolo 72, comma 11, del decreto-legge n. 112 del 2008, che prevede la risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro del personale dipendente a decorrere dal raggiungimento dei requisiti contributivi di cui all'articolo 24, comma 20, del decreto-legge n. 201 del 2011.

È necessario fissare preventivamente e motivatamente la tempistica di assorbimento delle eccedenze. Dalla tempistica definita potrebbe rivelarsi sufficiente il ricorso al pensionamento ordinario che deve essere sempre preferito rispetto allo strumento del prepensionamento.

Le posizioni dichiarate eccedentarie non possono essere ripristinate nella dotazione organica di ciascuna amministrazione (art. 2, comma 3, del decreto-legge n. 101 del 2013). Inoltre, le cessazioni disposte per prepensionamento, limitatamente al periodo di tempo necessario al raggiungimento dei requisiti previsti dall'articolo 24 del decreto-legge n. 201 del 2011, non possono essere calcolate come risparmio utile per definire l'ammontare delle disponibilità finanziarie da destinare alle assunzioni o il numero delle unità sostituibili in relazione alle limitazioni del turn over (art. 14, comma 7, del decreto-legge 6 luglio n. 95 del 2012).

Trascorsi novanta giorni dalla informativa data alle OO.SS., l'amministrazione che non assorbe le eccedenze con il pensionamento ordinario o con il prepensionamento o con le altre modalità previste dall'articolo 33 del d.lgs. n. 165 del 2001 colloca in disponibilità il personale.

Ai sensi dell'articolo 33, comma 8, del decreto legislativo n. 165 del 2001, dalla data di collocamento in disponibilità restano sospese tutte le obbligazioni inerenti al rapporto di lavoro e il lavoratore ha diritto ad un'indennità pari all'80 per cento dello stipendio e dell'indennità integrativa speciale, con esclusione di qualsiasi altro emolumento retributivo comunque denominato, per la durata massima di ventiquattro mesi. I periodi di godimento dell'indennità sono riconosciuti ai fini della determinazione dei requisiti di accesso alla pensione e della misura della stessa.

È riconosciuto altresì il diritto all'assegno per il nucleo familiare di cui all'articolo 2 del decreto-legge 13 marzo 1988, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 maggio 1988, n. 153. Alla scadenza dei 24 mesi interviene l'estinzione del rapporto di lavoro.

6. Vincoli da rispettare in caso di ricorso al prepensionamento.

L'applicazione, fino al 31 dicembre 2016, dell'articolo 2, comma 11, del decreto-legge n. 95 del 2012 è condizionata da una serie di vincoli per la salvaguardia degli equilibri di finanza pubblica. In particolare:

le amministrazioni che dichiarano eccedenza di personale non possono ripristinare i posti soppressi nella dotazione organica. Dalla riduzione di quest'ultima deve scaturire una diminuzione strutturale della spesa di personale;

i prepensionamenti non possono essere conteggiati nell'immediato come risparmi utili ai fini del calcolo del budget da destinare a eventuali assunzioni;

non sono consentite assunzioni, né di vincitori di concorso né di idonei, finché non è riassorbito il personale eccedentario nelle aree/categorie nelle quali è dichiarata l'eccedenza e non si sono create ulteriori vacanze in relazione al pensionamento ordinario.

In conclusione, il ricorso al prepensionamento è consentito solo nei casi di dichiarazione di soprannumerari età ed eccedenza sopra illustrati e nel limite massimo delle posizioni individuate in esubero da parte delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001.

La disciplina in esame, con le limitazioni e i vincoli sopra illustrati, assicura che le misure di prepensionamento non si ripercuotano negativamente sugli equilibri della finanza pubblica complessivamente intesa, ma anzi consentano risparmi. Ciò richiede che le amministrazioni pubbliche utilizzino correttamente lo strumento realizzando riduzioni strutturali della spesa del personale, che potranno essere garantite e certificate solo dalla coerenza delle scelte operate dall'amministrazione anche nel medio periodo. Sarà cura degli organi di controllo competenti per ciascuna amministrazione (collegio dei revisori, Corte dei conti, amministrazione vigilante) verificare che la misura adottata realizzi gli obiettivi predetti, favorendo anche un riequilibrio del bilancio della stessa amministrazione.

Le amministrazioni avranno cura di fornire ai suddetti organi di controllo informazioni complete sulle misure adottate. Tali misure dovranno essere accompagnate da una certificazione di conformità ai vincoli previsti dalla normativa vigente e agli obiettivi di riduzione di spesa perseguiti, come illustrati nella presente circolare. La predetta certificazione, sottoscritta dal vertice amministrativo o dal dirigente responsabile in ragione dell'assetto organizzativo dell'ente, dovrà accompagnare la documentazione inoltrata all'Inps per la liquidazione dei prepensionamenti.

Le sedi territoriali dell'Inps, anche sulla base della predetta certificazione di conformità delle delibere di prepensionamento, procedono alla liquidazione dei trattamenti pensionistici dandone contestuale comunicazione alla Direzione centrale Previdenza/Pensioni.

L'Inps fornirà semestralmente al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, al Ministero dell'economia e delle finanze e al Ministero del lavoro e delle politiche sociali l'elenco delle amministrazioni che si avvalgono del prepensionamento anche al fine dell'esercizio dell'attività di controllo volta a verificare la corretta applicazione della normativa di riferimento.

Nell'ambito delle attività ispettive rimesse alle amministrazioni competenti (Ispettorato della funzione pubblica, Ministero dell'economia e delle finanze, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Inps), sulla base dei dati di monitoraggio forniti dall'Inps, potranno essere svolti accertamenti a campione.

La presente circolare è adottata d'intesa con le citate amministrazioni.

Roma, 28 aprile 2014

Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione

MADIA

Registrata alla Corte dei conti il 30 maggio 2014

Uffici di controllo atti P.C.M. Ministeri giustizia e affari esterni, Reg. n. 1592

Parte

Allegato tecnico di cui al paragrafo 3

Riferimenti normativi che illustrano situazioni tipiche che necessitano piani di razionalizzazione e di eventuale revisione del fabbisogno di personale.

Articolo 15 del d.l. n. 98/2011 in materia di liquidazione degli enti dissestati e misure di razionalizzazione dell'attività dei commissari straordinari. La norma prevede che «Fatta salva la disciplina speciale vigente per determinate categorie di enti pubblici, quando la situazione economica, finanziaria e patrimoniale di un ente sottoposto alla vigilanza dello Stato raggiunga un livello di criticità tale da non potere assicurare la sostenibilità e l'assolvimento delle funzioni indispensabili, ovvero l'ente stesso non possa fare fronte ai debiti liquidi ed esigibili nei confronti dei terzi (...) l'ente è posto in liquidazione coatta amministrativa; i relativi organi decadono ed è nominato un commissario. Il commissario provvede alla liquidazione dell'ente, non procede a nuove assunzioni (...). Le funzioni, i compiti ed il personale a tempo indeterminato dell'ente sono allocati (...) nel Ministero vigilante, in altra pubblica amministrazione, ovvero in una agenzia (...)».

Inoltre, «nei casi in cui il bilancio di un ente sottoposto alla vigilanza dello Stato non sia deliberato nel termine stabilito dalla normativa vigente, ovvero presenti una situazione di disavanzo di competenza per due esercizi consecutivi, i relativi organi, ad eccezione del collegio dei revisori o sindacale, decadono ed è nominato un commissario (...)» che «approva il bilancio, ove necessario, e adotta le misure necessarie per ristabilire l'equilibrio finanziario dell'ente; quando ciò non sia possibile, il commissario chiede che l'ente sia posto in liquidazione coatta amministrativa ai sensi del comma 1. Nell'ambito delle misure di cui al precedente periodo il commissario può esercitare la facoltà di cui all'articolo 72, comma 11, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con legge 6 agosto 2008, n. 133, anche nei confronti del personale che non abbia raggiunto l'anzianità massima contributiva di quaranta anni.».

Decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178 che ha previsto una riorganizzazione significativa dell'Associazione italiana della Croce Rossa (C.R.I.), a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183 con una sua graduale privatizzazione.

Articolo 15, comma 13, lettera c), del d.l. n. 95/2012 che ha previsto «sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (...), nonché tenendo conto della mobilità interregionale» che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottino, «nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei, (...) provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale (...), adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici (...). La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse. (...)».

Interventi normativi che le Regioni hanno operato in materia di riordino delle comunità montane, nonché, in generale, di riordino dei loro enti strumentali rientranti nel novero delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Articolo 1, comma 557, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 «Ai fini del concorso delle autonomie regionali e locali al rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, gli enti sottoposti al patto di stabilità interno assicurano la riduzione delle spese di personale (...) con azioni da modulare nell'ambito della propria autonomia, rivolte (...) ai seguenti ambiti prioritari di intervento:

a) riduzione dell'incidenza percentuale delle spese di personale rispetto al complesso delle spese correnti, attraverso parziale reintegrazione dei cessati e contenimento della spesa per il lavoro flessibile;

b) razionalizzazione e snellimento delle strutture burocratico-amministrative, anche attraverso accorpamenti di uffici con l'obiettivo di ridurre l'incidenza percentuale delle posizioni dirigenziali in organico;

(...)»;

Articolo 4 del decreto-legge 6 marzo 2014, n. 16 secondo cui «le regioni devono obbligatoriamente adottare misure di contenimento della spesa per il personale, ulteriori rispetto a quelle già previste dalla vigente normativa, mediante l'attuazione di piani di riorganizzazione finalizzati alla razionalizzazione e allo snellimento delle strutture burocratico-amministrative, anche attraverso accorpamenti di uffici con la contestuale riduzione delle dotazioni organiche del personale dirigenziale in misura non inferiore al 20 per cento e della spesa complessiva del personale non dirigenziale nella misura non inferiore al 10 per cento.

Gli enti locali adottano le misure di razionalizzazione organizzativa garantendo in ogni caso la riduzione delle dotazioni organiche entro i parametri definiti dal decreto di cui all'articolo 263, comma 2, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267. Al fine di conseguire l'effettivo contenimento della spesa, alle unità di personale eventualmente risultanti in soprannumero all'esito dei predetti piani obbligatori di riorganizzazione si applicano le disposizioni previste dall'articolo 2, commi 11 e 12, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nei limiti temporali della vigenza della predetta norma.».

DECRETO-LEGGE 24 giugno 2014, n. 90

Parte

Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari. (GU n. 144 del 24.6.14)

Note

Si rinvia alla lettura integrale del testo.

Si fa riserva della pubblicazione una volta convertito in legge

SANITÀ

Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano

INTESA 29 maggio 2014. - Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, recante modifica all'articolo 12 dell'intesa della Conferenza Stato - Regioni il 1° luglio 2004 (Rep. atti n. 2037) avente ad oggetto: «Organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico non trasformati in Fondazioni, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288». (Rep. Atti n. 64/CSR). .

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali Regionali pervenuti al 26 GIUGNO 2014, arretrati compresi

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

CALABRIA

L. R. n. 8 del 3.6.14 - Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 7 febbraio 2005, n. 1 (Norme per l'elezione del Presidente della Giunta regionale e del Consiglio regionale). (BUR n. 25 del 9.6.14)

Art. 1

(Modifiche all'articolo 1)

1. All'articolo 1 della legge regionale 7 febbraio 2005, n. 1 (Norme per l'elezione del Presidente della Giunta regionale e del Consiglio regionale) sono apportate le seguenti modifiche:

- a) al comma 2 la parola: "cinquanta" è sostituita dalla seguente parola: "trenta"; le parole: "compreso il Presidente della Giunta regionale" sono sostituite dalle seguenti parole: "oltre il Presidente della Giunta regionale";
- b) dopo il comma 2 è inserito il seguente comma: "2 bis. Il territorio della regione è ripartito in tre circoscrizioni elettorali così denominate:
 - a) circoscrizione nord;
 - b) circoscrizione centro;
 - c) circoscrizione sud.";
- c) dopo il comma 2 bis è inserito il seguente comma: "2 ter. Le circoscrizioni elettorali di cui al comma 2 bis sono così composte:
 - a) la circoscrizione nord comprende i Comuni dell'attuale Provincia di Cosenza;
 - b) la circoscrizione centro comprende i Comuni delle attuali Province di Catanzaro, Crotona e Vibo Valentia;
 - c) la circoscrizione sud comprende i Comuni dell'attuale Provincia di Reggio Calabria.";
- d) dopo il comma 2 ter è inserito il seguente comma: "2 quater. Per la circoscrizione elettorale di cui alla lettera b) del comma 2 bis, le liste sono composte, a pena di inammissibilità, in modo che ci sia almeno un candidato residente per ciascuna delle province corrispondenti.";
- e) il comma 3 è sostituito dal seguente: "Non sono ammesse al riparto dei seggi:
 - a) le liste regionali che non abbiano ottenuto nell'intera Regione almeno il 15 per cento dei voti validi o almeno il 4 per cento, se facenti parte di una coalizione;
 - b) le coalizioni che non abbiano ottenuto complessivamente nell'intera Regione almeno il 15 per cento dei voti validi espressi a favore delle stesse.";
- f) alla fine del comma 4 è aggiunto il seguente periodo: "In ogni caso sono esonerate dalla sottoscrizione degli elettori le liste regionali cui sono collegate le liste provinciali.";
- g) i commi 6 bis e 6 ter sono abrogati.

Art. 2

(Integrazioni alla l.r. 1/2005)

1. Dopo l'articolo 1 della legge regionale 1/2005 è inserito il seguente articolo:

"1 bis

(Indizione delle elezioni)

1. Le elezioni sono indette con decreto del Presidente della Giunta regionale, sentito il Presidente del Consiglio regionale e d'intesa con il Presidente della Corte d'Appello di Catanzaro. In caso di impedimento permanente o di morte del Presidente della Giunta e negli altri casi previsti dallo Statuto le elezioni sono indette dal Vicepresidente della Giunta con le stesse modalità.".

Parte

Art. 3

(Modifiche all'articolo 2)

1. All'articolo 2 della l.r. 1/2005 sono apportate le seguenti modifiche:

- a) alla lettera a) del comma 1 la parola: "Quaranta" è sostituita dalla seguente parola: "Ventiquattro";
- b) alla lettera b) del comma 1 la parola: "Nove" è sostituita dalla seguente parola: "Sei"; la parola: "alta" è sostituita dalla seguente parola: "alla";
- c) al comma 2 le parole: "anche non" sono soppresse.

Art. 4

(Modifiche all'articolo 4)

1. All'articolo 4 della l.r. 1/2005 sono apportate le seguenti modifiche:

- a) al comma 1 la parola: "nove" è sostituita dalla seguente parola: "sei";
- b) alla lettera a) del comma 1 la parola: "dei" è sostituita dalla seguente parola: "del";
- c) alla lettera b) del comma 1 la parola: "25" è sostituita dalla seguente parola: "15"; la parola: "quattro" è sostituita dalla seguente parola: "tre"; le parole: "cinque" sono sostituite dalle seguenti parole: "tre";
- d) alla lettera c) del comma 1 la parola: "25" è sostituita dalla seguente parola: "15"; la parola: "nove" è sostituita dalla seguente parola: "sei";
- e) alla lettera e) del comma 1 primo e secondo periodo le parole: "55 per cento" sono sostituite dalle seguenti parole: "60 per cento".

LAZIO

DGR 15.4.14 - Linee guida per la relazione del Presidente della Regione, per l'anno 2013, sulla regolarità della gestione, sull'efficacia e sull'adeguatezza del sistema dei controlli interni, ai sensi dell'art. 1, comma 6, del decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 213/2012. (Delibera n. 9/SEZAUT/2014/INPR).

DGR 15.4.14 - Linee guida per le relazioni dei revisori dei conti sui bilanci di previsione delle Regioni, per l'anno 2014, ai sensi dell'art. 1, comma 3, del decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174 convertito con modificazioni dalla legge n. 213/2012. (BUR n. 46 del 10.6.14).

REG. REG.LE 5.6.14, n. 12 - Classificazione delle società, direttamente o indirettamente controllate dalla Regione, per fasce sulla base di indicatori dimensionali qualitativi e quantitativi e determinazione dei compensi dei componenti i consigli di amministrazione delle suddette società da corrispondere ai sensi dell'articolo 2389, terzo comma, del codice civile", in attuazione dell'articolo 23, comma 5, della L.R. 28 giugno 2013, n. 4. (BUR n. 46 del 10.6.14).

REG. REG.LE 5.6.14, n. 13 - Deliberazione 20 maggio 2014, n. 274 - Adozione del regolamento di Giunta regionale concernente "Classificazione delle società, direttamente o indirettamente controllate dalla Regione, per fasce sulla base di indicatori dimensionali qualitativi e quantitativi e determinazione del limite massimo dei compensi da corrispondere ai componenti i consigli di amministrazione delle suddette società ai sensi dell'articolo 2389, terzo comma, del codice civile", in attuazione dell'articolo 23, comma 5, della L.R. 28 giugno 2013, n. 4 (BUR n. 46 del 10.6.14).

VENETO

L.R. 19.6.14, n. 15 - Referendum consultivo sull'autonomia del Veneto.- (BUR n.62 del 24.6.14)

Art. 1

Rapporti istituzionali per il conseguimento di ulteriori forme di autonomia della Regione del Veneto

1. Il Presidente della Giunta regionale è autorizzato ad instaurare con il Governo un negoziato volto a definire il contenuto di un referendum consultivo finalizzato a conoscere la volontà degli elettori del Veneto circa il conseguimento di ulteriori forme di autonomia della Regione del Veneto.
2. Al termine del negoziato, e comunque entro centoventi giorni dall'approvazione della presente legge, il Presidente della Giunta riferisce al Consiglio circa il suo esito.
3. Qualora il negoziato non giunga a buon fine entro il termine di cui al comma 2, il Presidente della Giunta regionale procede ai sensi dell'articolo 2.

Art. 2

Indizione di un referendum consultivo

1. Qualora il negoziato non giunga a buon fine entro il termine di cui al comma 2 dell'articolo 1, il Presidente della Giunta regionale è autorizzato ad indire un referendum consultivo per conoscere la volontà degli elettori del Veneto in ordine ai seguenti quesiti:
 - 1) “Vuoi che alla Regione del Veneto siano attribuite ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia?”;
 - 2) “Vuoi che una percentuale non inferiore all'ottanta per cento dei tributi pagati annualmente dai cittadini veneti all'amministrazione centrale venga utilizzata nel territorio regionale in termini di beni e servizi?”;
 - 3) “Vuoi che la Regione mantenga almeno l'ottanta per cento dei tributi riscossi nel territorio regionale?”;
 - 4) “Vuoi che il gettito derivante dalle fonti di finanziamento della Regione non sia soggetto a vincoli di destinazione?”;
 - 5) “Vuoi che la Regione del Veneto diventi una regione a statuto speciale?”.
2. Se alla consultazione partecipa la maggioranza degli aventi diritto e viene raggiunta la maggioranza dei voti validamente espressi, il Presidente della Giunta regionale propone al Consiglio regionale un programma di negoziati che intende condurre con lo Stato e presenta un disegno di legge statale contenente percorsi e contenuti per il riconoscimento di ulteriori e specifiche forme di autonomia per la Regione del Veneto.

Art. 3

Disciplina delle procedure referendarie

1. Per lo svolgimento delle operazioni relative al referendum di cui all'articolo 1 si applicano le norme previste agli articoli 15 comma 2 bis, comma 2 ter e comma 2 quater, all'articolo 17, all'articolo 18, all'articolo 19 e all'articolo 20 della legge regionale 12 gennaio 1973, n. 1 “Norme sull'iniziativa popolare per le leggi ed i regolamenti regionali, sul referendum abrogativo e sui referendum consultivi regionali”.
2. Il referendum di cui all'articolo 1 è indetto, previa intesa con le competenti autorità statali, in concomitanza con lo svolgimento delle prime elezioni per il rinnovo del Parlamento europeo o del Parlamento nazionale o delle elezioni regionali successive alla data di entrata in vigore della presente legge. La Giunta regionale è autorizzata a stipulare apposita convenzione con il Ministero dell'Interno per determinare e ripartire le spese derivanti dalla attuazione di adempimenti comuni, nonché per stabilire le modalità di pagamento delle spese poste a carico della Regione del Veneto.

Art. 4
Norma finanziaria

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, quantificati in complessivi euro 3.950.000,00, di cui 1.975.000,00 per l'esercizio 2015 e 1.975.000,00 per l'esercizio 2016, si fa fronte con le risorse allocate nell'upb U0004 "Consultazioni elettorali" del bilancio pluriennale 2014-2016, la cui dotazione viene incrementata di pari importo nei due esercizi; contestualmente vengono operate le seguenti riduzioni:

- a) le risorse allocate nell'upb U0046 "Servizi alle imprese e alla collettività rurale" sono ridotte di euro 1.171.000,00 in ciascuno degli esercizi 2015 e 2016 (di cui euro 776.000,00 a valere sulla dotazione del capitolo 012030/U ed euro 395.000,00 a valere sulla dotazione del capitolo 012040/U);
- b) le risorse allocate nell'upb U0244 "Politiche del lavoro" sono ridotte di euro 90.000,00 in ciascuno degli esercizi 2015 e 2016 (capitolo 023000/U);
- c) le risorse allocate nell'upb U0217 "Azioni a sostegno del commercio estero e della promozione economica" sono ridotte di euro 24.000,00 in ciascuno degli esercizi 2015 e 2016 (capitolo 100592/U);
- d) le risorse allocate nell'upb U0100 "Sostegno alle aree naturali protette regionali" sono ridotte di euro 135.000,00 in ciascuno degli esercizi 2015 e 2016 (capitolo 051050/U);
- e) le risorse allocate nell'upb U0110 "Prevenzione e protezione ambientale" sono ridotte di euro 180.000,00 in ciascuno degli esercizi 2015 e 2016 (capitolo 050268/U);
- f) le risorse allocate nell'upb U0169 "Manifestazioni ed istituzioni culturali" sono ridotte di euro 3.000,00 in ciascuno degli esercizi 2015 e 2016 (capitolo 070160/U);
- g) le risorse allocate nell'upb U0172 "Interventi per il diritto allo studio" sono ridotte di euro 372.000,00 in ciascuno degli esercizi 2015 e 2016 (capitolo 071204/U).

L.R 19.6.14, n. 16 - Indizione del referendum consultivo sull'indipendenza del Veneto. (BUR n. 62 del 24.6.14)

Articolo 1

1. Il Presidente della Giunta regionale del Veneto indice un referendum consultivo per conoscere la volontà degli elettori del Veneto sul seguente quesito: "Vuoi che il Veneto diventi una Repubblica indipendente e sovrana? Sì o No?".
2. La proposta soggetta a referendum è approvata se alla consultazione partecipa la maggioranza degli aventi diritto e viene raggiunta la maggioranza dei voti validamente espressi.
3. Hanno diritto di voto tutti i cittadini che, alla data di svolgimento del referendum, hanno compiuto il diciottesimo anno di età e che sono iscritti nelle liste elettorali di un comune compreso nel territorio Veneto.
4. Il Consiglio regionale, ai sensi dell'articolo 27 dello Statuto del Veneto, con proprio provvedimento, fissa la data idonea allo svolgimento della consultazione referendaria.

Articolo 2

1. La propaganda, le procedure di voto e la proclamazione ufficiale del risultato relativa allo svolgimento del referendum previsto dalla presente legge saranno disciplinate dalle disposizioni che saranno emanate dalla Giunta regionale del Veneto entro trenta giorni dalla pubblicazione della presente legge nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.
2. Le facoltà riconosciute dalle disposizioni vigenti ai partiti o gruppi politici rappresentati in Consiglio regionale ed ai comitati promotori di referendum sono estese anche agli enti e alle associazioni che, operando in Veneto, per la loro opera politica od associativa dichiarata formalmente

Parte

in atti pubblici o in programmi elettorali accettati dal Ministero dell'Interno, hanno interesse positivo o negativo verso l'espressione del Popolo Veneto in ordine alla propria autodeterminazione. Tali enti e associazioni sono individuati, a richiesta dei medesimi, con decreto del Presidente del Consiglio regionale del Veneto entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge regionale.

3. A garanzia della libera e corretta informazione sul referendum indetto, il Consiglio regionale del Veneto assicurerà un'adeguata attività di comunicazione ai favorevoli e ai contrari al quesito referendario, ponendo in essere tutti gli strumenti necessari affinché l'insieme della popolazione e della società civile veneta abbiano tutte le informazioni e le conoscenze accurate per l'esercizio del diritto a decidere, promuovendo la loro partecipazione a tale processo.

Articolo 3

1. Il Presidente del Consiglio regionale del Veneto ed il Presidente della Giunta regionale del Veneto, in esecuzione della risoluzione n. 44 approvata con deliberazione n. 145 del 28 novembre 2012, si attivano, con ogni risorsa a disposizione del Consiglio regionale e della Giunta regionale, per avviare urgentemente con tutte le Istituzioni dell'Unione europea e delle Nazioni unite le relazioni istituzionali che garantiscano l'indizione della consultazione referendaria innanzi richiamata ed il monitoraggio delle procedure di voto al fine di accertare l'effettiva volontà del Popolo Veneto e convalidare l'esito del risultato finale.

2. Il Presidente del Consiglio regionale del Veneto ed il Presidente della Giunta regionale del Veneto, in esecuzione della risoluzione n. 44 approvata con deliberazione n. 145 del 28 novembre 2012, sono tenuti a tutelare in ogni sede competente, nazionale ed internazionale, il diritto del Popolo Veneto all'autodeterminazione.

Articolo 4

1. Agli oneri correnti derivanti dall'attuazione della presente legge quantificati in euro 14.000.000,00 per l'esercizio 2014, allocati nella upb U0004 "Consultazioni elettorali", si fa fronte con le entrate provenienti da erogazioni liberali e donazioni da parte di cittadini ed imprese, introitate all'upb E0147 "Altri introiti" del bilancio di previsione 2014.

Articolo 5

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

ANZIANI

VENETO

DGR 27.5.14, n. 776 - Protocollo per la prevenzione delle patologie da elevate temperature nella popolazione anziana della regione veneto - estate 2014. (BUR n. 59 del 13.6.14)

Note

PREMESSA

Tra le situazioni di emergenza, la cui gestione deve avvenire attraverso un'attività di coordinamento delle strutture di volta in volta interessate, rientrano le ondate di calore e gli effetti sulla salute della popolazione. Sia a livello internazionale, che a livello nazionale e regionale è riconosciuta la criticità dell'effetto delle condizioni climatiche estive estreme sulla mortalità, in particolar modo, della popolazione ultrasettantacinquenne. Negli ultimi decenni e nelle varie zone del mondo, le ondate di calore, un tempo considerate eccezionali, sono divenute più frequenti, anche a causa del progressivo riscaldamento cui va incontro il nostro pianeta. Alla luce di ciò e al fine di prevenire e contenere eventuali danni alla salute è necessario predisporre adeguate linee d'azione.

Parte

L'elemento centrale da considerare nell'ambito delle conseguenze sulla salute umana è il cosiddetto effetto "isola di calore urbana". In condizioni di elevata temperatura ed umidità, le persone che vivono nelle città hanno un rischio maggiore di mortalità rispetto a coloro che vivono in ambiente suburbano o rurale. Inoltre è stato osservato e documentato come quest'effetto sia maggiore nelle città in cui il clima è solitamente temperato o fresco.

Il Ministro della Salute, già dall'estate 2003, in seguito all'ondata di calore che ha investito il nostro Paese, ha disposto un'indagine epidemiologica sulla mortalità estiva, affidandola all'Istituto Superiore di Sanità. L'indagine, basata sul confronto della mortalità nei mesi di luglio ed agosto fra il 2002 ed il 2003, ha stimato un eccesso di mortalità negli anziani con più di 75 anni di quasi 8.000 persone. Molte regioni, a seguito di ciò, hanno avviato, tra l'altro, attività di pianificazione, di educazione e di comunicazione, oltre alla elaborazione di progetti, raccomandazioni e linee guida locali.

A partire dal 2004, il Dipartimento della Protezione Civile ha attivato il progetto "Sistema Nazionale di Sorveglianza, previsione e di allarme per la prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute della popolazione". Si tratta di un programma nazionale che prevede l'attivazione, nelle città italiane tra cui anche Venezia e Verona, di sistemi di previsione e di allarme per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute (Heat Health Watch Warming Systems, HHWWS) e che individua il Dipartimento di epidemiologia della ASL Roma/E quale Centro di Competenza Nazionale (CCN).

La Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile attiva, ogni anno, le Amministrazioni regionali e locali al fine di organizzare un sistema di comunicazione con il Centro di Competenza Nazionale per il monitoraggio delle condizioni climatiche e la previsione e prevenzione degli effetti delle ondate di calore. Le modalità operative che possono essere adottate nelle varie aree prevedono due opzioni:

1. L'amministrazione regionale/locale si avvale del sistema di prevenzione nazionale.
2. L'amministrazione regionale/locale si avvale di un sistema di allarme sviluppato localmente - (il bollettino nazionale verrà comunque reso disponibile alla lettura).

La Regione del Veneto si è impegnata, fin dall'anno 2004, a rispondere a tale necessità attraverso l'elaborazione di un "Protocollo Sanitario Operativo" per la prevenzione della mortalità causata da elevate temperature nella popolazione anziana al di sopra dei 75 anni o ultrasessantacinquenne con patologie croniche invalidanti, e con l'attivazione di piani operativi sociali al fine di intervenire prontamente negli stati di rischio e "fragilità". In particolare, nell'anno 2005, la Giunta regionale con DGRV n. 1826 del 12/07/2005 ha approvato ed attuato un protocollo operativo che contempla il coinvolgimento di diversi attori, quali: l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto - ARPAV, il Sistema Regionale della Prevenzione, i Distretti e i Medici di Medicina Generale, i Servizi Sociali e le Amministrazioni Comunali, i Servizi Ospedalieri e il Sistema dell'Urgenza/Emergenza, il Sistema Epidemiologico Regionale - SER e le Aziende sanitarie. Visti i risultati positivi conseguiti con l'applicazione di tale protocollo, la Giunta regionale ha dato seguito a quanto intrapreso, adottando per gli anni seguenti la D.G.R.V. n. 2067 del 27/06/2006, la D.G.R.V. n. 1605 del 29/05/2007, la D.G.R.V. n. 1449 del 06/06/2008, la D.G.R.V. n. 1707 del 09/06/2009, la D.G.R.V. n. 1474 del 25/05/2010, la D.G.R.V. n. 862 del 21/06/2011, la D.G.R.V. n. 1100 del 12/06/2012 e la D.G.R.V. n. 853 del 04/06/2013.

LA CONTINUITÀ DELL'AZIONE REGIONALE

In ottica di continuità con quanto realizzato e tenuto conto della validità dimostrata dal protocollo operativo, viene disposto:

- a) di adottare il "Protocollo per la prevenzione delle patologie da elevate temperature nella popolazione anziana della Regione Veneto - estate 2014", che si riporta nell'**Allegato A** quale parte integrante del presente provvedimento, avvalendosi, quindi, di un sistema di allarme sviluppato localmente;
- b) di implementare l'interfaccia operativa del Protocollo medesimo.

Parte

Quanto sopra in considerazione di possibili periodi di alta temperatura nella prossima estate e della conseguente necessità di promuovere azioni specifiche atte a prevenire le patologie da elevate temperature climatiche, soprattutto nella popolazione anziana.

Anche per il corrente anno, viene affidata alla sala operativa di protezione civile - COREM - Coordinamento regionale in emergenza, il compito di attivare l'allarme presso le strutture deputate a porre in essere gli interventi di contrasto agli effetti dell'ondata di calore.

Per rendere omogenea e uniforme la comunicazione ai soggetti interessati, considerato che la comunicazione si configura come una dimensione essenziale della partecipazione dei cittadini, viene predisposto un *format* contenente le "Informazioni standard sull'emergenza caldo per le Aziende UU.LL.SS.SS. da diffondere alla popolazione", che si allega al presente provvedimento **Allegato B** quale parte integrante e sostanziale dello stesso. Il documento sintetizza le indicazioni contenute nel Protocollo Operativo per l'anno 2014, ad uso delle Aziende UU.LL.SS.SS, che potranno essere stampate e diffuse alla popolazione di riferimento.

L'Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto - ARPAV provvederà all'emissione di un bollettino sullo stato climatico delle aree geografiche e all'implementazione dell'interfaccia operativa del Protocollo, di cui all'**Allegato A**, e svilupperà anche per quest'anno, sulla base del sistema di allerta nazionale HHWW del Dipartimento di Protezione Civile e dei modelli di previsione utilizzati dal Dipartimento medesimo, un sistema che integrerà: le previsioni del tempo, il monitoraggio dell'ozono all'indice di disagio fisico e la previsione della qualità dell'aria, al fine di fornire al Servizio Sanitario Regionale uno strumento di "allarme climatico" in grado di far scattare a cascata i provvedimenti previsti dal citato protocollo. Il Centro Meteorologico di Teolo formulerà, quotidianamente, una previsione sul disagio fisico e sulla qualità dell'aria, con particolare riferimento all'inquinante tipico della stagione estiva (ozono), specifica per la Regione Veneto ed articolata sulle quattro aree sub-regionali individuate nel Protocollo. Il bollettino previsionale sarà emesso quotidianamente, entro le ore 15,00, per tutta la durata del periodo estivo, cioè dal 1° giugno 2014 al 15 settembre 2014, giorni festivi compresi, e sarà trasmesso dall'ARPAV, a mezzo e-mail, ai referenti istituzionali ed operativi individuati nel Protocollo stesso nonché alle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali della Regione Veneto.

Qualora il Bollettino ARPAV indichi una previsione di disagio intenso prolungato, la Sala operativa di protezione civile - COREM - Coordinamento regionale in emergenza, sentito il medico reperibile, attiva in tempo reale l'avviso di allarme climatico a quei servizi sanitari (Centrali Operative 118, Pronto Soccorsi e Distretti Sanitari) in grado di rispondere attivamente ai bisogni di ordine sanitario della popolazione, nonché alle Direzioni Generali di riferimento. A questo scopo il Responsabile del Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza individuerà i medici reperibili e ne definirà i turni di reperibilità. A conclusione delle attività predette, l'ARPAV produrrà un elaborato relativo alle attività svolte, completo di tutte le rilevazioni effettuate.

Ai fini dell'attuazione del protocollo operativo, è previsto che le Aziende UU.LL.SS.SS. individuino propri referenti aziendali e relativi sostituti, nonché predispongano elenchi di referenti dei distretti, dei pronto soccorso e delle centrali operative del 118 a cui inviare i bollettini previsionali e le comunicazioni qualora si verificassero situazioni di allerta climatica in modo da assicurare i tempestivi interventi. Tali elenchi sono trasmessi al Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza; eventuali modifiche da apportare agli elenchi dovranno essere comunicate, con richiesta formale del Direttore Generale dell'Azienda, con un anticipo di 48 ore.

In quest'ambito, si inserisce anche l'attività svolta dal Sistema Epidemiologico Regionale - SER che, a partire dal 2003, ha sviluppato un protocollo per il monitoraggio degli effetti delle condizioni climatiche avverse sulle condizioni di salute della popolazione, con particolare riferimento alla popolazione anziana.

Parte

Il SER continua anche quest'anno il monitoraggio dei decessi nei Comuni capoluogo di provincia e nei Comuni non capoluogo con più di 25.000 abitanti per il periodo dal 1° giugno al 15 settembre.

Il monitoraggio in questione consentirà di valutare l'effetto di eventuali condizioni climatiche estreme sulla mortalità generale delle aree metropolitane.

ALLEGATO A

PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DA ELEVATE TEMPERATURE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA DELLA REGIONE VENETO - ESTATE 2014 -

1. INTRODUZIONE

La Regione Veneto, nell'ambito della propria attività e delle proprie competenze, con la finalità di dare una risposta efficace e tempestiva alle emergenze sanitarie e ai relativi effetti, attraverso il coinvolgimento coordinato delle strutture, regionali e non, che sono titolari di competenze in materia, intende promuovere alcune **azioni atte a prevenire le patologie da elevate temperature climatiche nella popolazione anziana della Regione Veneto nell'estate 2014.**

Gli studi portati a termine dal Sistema Epidemiologico Regionale - SER sui dati relativi alla mortalità nei mesi di giugno, luglio e agosto negli anni dal 2003 al 2013 hanno confermato che risulta a rischio la popolazione al di sopra dei 75 anni.

Per il 2013 il SER ha continuato le attività di monitoraggio già favorevolmente sperimentate negli anni precedenti, anche attraverso la gestione del flusso regionale di mortalità al fine di analizzare il dato della mortalità per il periodo estivo su tutto il territorio regionale.

Il SER ha calcolato l'humidex regionale a partire dai dati ambientali rilevati e trasmessi dall'ARPAV relativi ai capoluoghi di provincia; l'humidex è un indicatore del disagio climatico che tiene conto della temperatura e dell'umidità. L'estate 2013 ha presentato parametri di disagio climatico simili rispetto all'estate 2012, e ben lontani da quelli registrati durante l'estate del 2003, caratterizzata dal susseguirsi di ondate di calore. La tabella 1 confronta i dati del 2003 e del periodo 2010-2013.

Come nelle estati precedenti, i comuni capoluogo di provincia del Veneto hanno comunicato il numero giornaliero di residenti deceduti in città tra il 1 giugno ed il 31 agosto; dal 2008 il monitoraggio è stato prolungato al 15 settembre.

La Tabella 2 mostra il numero di decessi nel 2013, disaggregato per mese ed età (cut-off=75 anni), confrontato con la media dei decessi del periodo 2010-2012. Si può vedere come vi sia una contenuta riduzione nel numero di decessi rispetto al periodo di riferimento nei soggetti con meno di 75 anni, ed un aumento nella classe di età più anziana. Tale aumento è stato più rilevante nel mese di giugno, mese in cui non si sono peraltro verificate particolari condizioni di disagio climatico. Un eccesso di mortalità non attribuibile al caldo è confermato anche dai dati del "Piano Operativo Nazionale per la Prevenzione degli effetti del Caldo nella Salute".

Si rinvia alla lettura integrale della tabella

Analogamente agli anni precedenti, i dati di mortalità dell'estate 2013 sono stati incrociati con l'humidex applicando un modello di regressione di Poisson.

Possiamo osservare dalla Tabella 3 che nei Comuni capoluogo non si riscontra una relazione tra decessi registrati e valori di humidex.

Tabella 3. *Relazione tra decessi nei comuni capoluogo e valori giornalieri di humidex (in classi: <30°C=categoria di riferimento): stime del rischio relativo (ed intervalli di confidenza al 95%) ottenute mediante regressione di Poisson, giugno-agosto 2013.*

Si rinvia alla lettura integrale della tabella

I comuni di Adria, Arzignano, Bassano del Grappa, Castelfranco Veneto, Chioggia, Cittadella, Conegliano, Feltre, Jesolo, Legnago, Mira, Mirano, Mogliano Veneto, Monselice, Montebelluna, Portogruaro, San Donà di Piave, Schio, Spinea, Valdagno, Villafranca di Verona e Vittorio Veneto hanno comunicato il numero giornaliero di residenti deceduti sia in città che fuori comune tra il 1 giugno ed il 15 settembre 2013.

Si sono verificati 1832 decessi (525 in giugno, 557 in luglio, 495 in agosto, 255 nella prima metà di settembre). In tali Comuni con il modello di regressione non si osserva una relazione significativa tra decessi registrati nei residenti ed andamento dell'humidex regionale.

Parte

Sommando i decessi registrati in tutti i comuni monitorati (comuni capoluogo e non), l'associazione con l'andamento dell'humidex regionale risulta di entità contenuta e ai limiti della significatività statistica (+0.6% di decessi per ogni grado di incremento dell'humidex, $p=0.055$).

Nelle Figure 1 e 2 si può osservare come non sia riscontrabile un'evidente relazione tra andamento dell'humidex e dei decessi nel corso dell'intero periodo monitorato, ad eccezione di un limitato aumento della mortalità nei Comuni capoluogo in corrispondenza dell'ondata di calore verificatasi nella prima decade di agosto.

2. ATTORI E RUOLI

2.1 Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto-ARPAV

Il Centro Meteorologico di Teolo dell'ARPAV ha sviluppato un sistema che integrerà le previsioni del tempo e il monitoraggio dell'ozono all'indice di disagio fisico e alla previsione della qualità dell'aria, per fornire al Servizio Sanitario Regionale un preciso strumento di "allarme climatico" finalizzato ad attivare le procedure previste da questo protocollo.

Tale sistema è elaborato tenendo conto anche del sistema di allerta nazionale HHWW previsto dal Dipartimento di Protezione Civile e dei modelli di previsione utilizzati dal Dipartimento medesimo ed applicati, per quanto riguarda la Regione Veneto, alle città di Venezia e Verona, comprese nelle 27 città italiane per le quali è prevista l'attivazione dei Sistemi HHWW.

Il centro meteorologico di Teolo (ARPAV) sarà in grado di definire le previsioni meteorologiche applicate al disagio fisico e alla qualità dell'aria, mappando la Regione Veneto in 4 fasce:

- 1) Costiera,
- 2) Continentale
- 3) Pedemontana
- 4) Montana.

Tale suddivisione è dovuta al fatto che la Regione Veneto possiede un territorio particolarmente variegato caratterizzato da aree montane, collinari, costiere e agglomerati urbani nell'entroterra a cui corrisponde una diversità di clima: verosimilmente i tassi di umidità saranno più alti nelle zone pianeggianti e litoranee che nelle zone collinari e montane, le temperature saranno più miti nelle fasce costiere e montane.

A seconda di tali peculiarità geografiche e quindi climatiche, risulta sicuramente utile dividere il territorio nelle fasce sopraindicate, indicando le aree più a rischio, tenendo sotto controllo la popolazione anziana e "fragile" residente.

L'ARPAV, tramite il proprio Centro Meteorologico di Teolo, provvederà a formulare quotidianamente una previsione sul disagio fisico e sulla qualità dell'aria, con particolare riferimento all'inquinante tipico della stagione estiva (ozono), specifica per la Regione Veneto ed articolata sulle quattro aree sub-regionali.

Il bollettino previsionale avrà cadenza di emissione quotidiana, dal 1° giugno 2014 al 15 settembre 2014, giorni festivi compresi, entro le ore 15.00. La validità temporale della previsione sarà per il pomeriggio/sera del giorno in corso e per i tre giorni successivi.

Si definiscono tre classi di disagio: assente, debole/moderato, intenso. Tali classi sono determinate sulla base di una valutazione combinata che tiene conto sia dell'indice di Scharlau, ottenuto analizzando le reazioni fisiologiche di persone medie e sane in relazione a varie combinazioni di temperatura dell'aria ed umidità atmosferica, sia del livello di Humidex, un indicatore di temperatura percepita ricavabile dai dati di temperatura ed umidità relativa. L'ARPAV si riserva, inoltre, di testare ulteriori indici di disagio che prevedono una combinazione di temperatura dell'aria e di umidità atmosferica.

Per quanto riguarda la previsione della qualità dell'aria (ozono), si definiscono tre classi: buona/discreta, scadente, pessima. Tali classi sono definite sulla base della normativa vigente (D.L. 183/2004), la quale, con riferimento alle concentrazioni di ozono, distingue quattro classi di qualità dell'aria: buona ($< 120 \mu\text{g}/\text{m}^3$), discreta ($120-180 \mu\text{g}/\text{m}^3$), scadente ($180-240 \mu\text{g}/\text{m}^3$), pessima ($> 240 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Per il giorno in corso e per quello successivo, per ciascuna delle quattro aree sub-regionali, verrà sinteticamente indicata la previsione del disagio fisico prevalente e della qualità dell'aria (ozono). Con riferimento al disagio fisico prevalente: la classificazione "assente" sarà indicata con sfondo verde; la classificazione "debole/moderato" sarà indicata con sfondo arancio; la classificazione "intenso" sarà indicata con sfondo rosso. Con riferimento alla qualità dell'aria: la classificazione "buona/discreta" sarà indicata con sfondo verde; la classificazione "scadente" sarà indicata con sfondo arancio; la classificazione "pessima" sarà

indicata con sfondo rosso. Tali indicazioni sintetiche saranno corredate da un campo che potrà contenere eventuali spiegazioni e/o osservazioni sulla situazione meteorologica.

Per i due giorni successivi, verrà indicata la previsione del disagio fisico prevalente e della qualità dell'aria (ozono), con eventuali osservazioni sulla situazione meteorologica e con eventuali riferimenti ad una o più tra le quattro aree sub-regionali, in modo da consentire alle strutture coinvolte nel Protocollo di emettere l'allarme.

Il bollettino previsionale verrà inviato a mezzo e-mail ai seguenti referenti istituzionali ed operativi:

1. Assessorato Regionale alla Sanità;
2. Assessorato Regionale ai Servizi Sociali;
3. Assessorato Regionale all'Identità Veneta, alla Protezione Civile e alla Caccia;
4. Area Sanità e Sociale;
5. Dipartimento Ambiente;
6. Sala operativa di protezione civile – COREM – Coordinamento regionale in emergenza;
7. Segreteria dell'ANCI Veneto;
8. Sistema Epidemiologico Regionale - SER;
9. 7 Centrali Operative 118
10. Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza – CREU
11. Altre strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali della Regione Veneto indicate nell'apposita tabella

2.2 Sala operativa di protezione civile – COREM – Coordinamento regionale in emergenza

La sala operativa di protezione civile – COREM – Coordinamento regionale in emergenza ha il compito di diffondere l'allarme climatico.

Qualora il Bollettino ARPAV indichi una previsione di disagio intenso prolungato, la Sala operativa di protezione civile – COREM – Coordinamento regionale in emergenza, sentito il medico reperibile, attiva in tempo reale l'avviso di allarme climatico a quei servizi sanitari (Centrali Operative 118, Pronto Soccorso e Distretti Sanitari) in grado di rispondere attivamente ai bisogni di ordine sanitario della popolazione, nonché alle Direzioni Generali di riferimento.

A questo scopo, il Responsabile del Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza individua i medici reperibili e ne definisce i turni di reperibilità.

2.3 Sistema Regionale della Prevenzione

Il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS si svolge attraverso le seguenti funzioni:

1. coordinamento delle attività di comunicazione nell'ambito dell'Azienda ULSS;
2. cura della rete locale di alleanze per affrontare il problema "caldo": tra servizi ULSS, comuni, provincia, MMG, volontariato, ecc.;
3. diffusione di comunicati stampa a livello locale;
4. predisposizione di materiali informativi da distribuire attivando la rete locale.

La popolazione maggiormente a rischio è composta da:

- gli anziani
- i bambini da 0 a 4 anni
- i diabetici
- gli ipertesi
- chi soffre di malattie venose
- le persone non autosufficienti
- chi ha patologie renali
- chi è sottoposto a trattamenti farmacologici.

Vi sono una serie di semplici e generali precauzioni da adottare, che potranno essere divulgate alla popolazione e, in particolare, agli anziani più a rischio attraverso una campagna di informazione capillare che prevedrà un ruolo attivo, da definire, sia per la Regione che per le Aziende ULSS .

Tali precauzioni prevedono:

- Evitare di uscire nelle ore calde della giornata (tra le ore 12 e le 17).
- Cercare di rendere il più fresco possibile l'ambiente in cui si vive (usare con attenzione e moderazione i condizionatori e i ventilatori e coprirsi quando si passa da un ambiente caldo ad uno fresco).
- Bere molto (almeno 2 litri di acqua) anche se non se ne sente il bisogno, evitare le bibite gasate, zuccherate, o

Parte

troppo fredde.

- Limitare i caffè e le bevande alcoliche che aumentano la sudorazione e la sensazione di caldo.
- Preferire pasti leggeri, facili da digerire, non grassi, privilegiando la pasta, la frutta e la verdura ed evitando carni e insaccati.
- Vestirsi con indumenti leggeri di colore chiaro, di fibre naturali come cotone e lino; usare un copricapo quando si esce, soprattutto nelle ore con il sole più alto.
- Recarsi presso strutture climatizzate (Case di riposo, Centri ricreativi per gli anziani etc.).
- Non interrompere o modificare mai di propria iniziativa senza aver consultato il proprio medico una cura che si sta seguendo.
- Se possibile adottare l'abitudine di fare frequenti docce non calde senza asciugarsi.
- Non fare attività fisica nelle ore calde.
- Non sostare al sole.

Andranno sensibilizzati particolarmente gli operatori sanitari e le persone più a contatto con gli anziani (infermieri delle case di riposo, medici di famiglia, assistenti sociali dei distretti sanitari etc.), per adottare le norme sopra elencate e per attivarsi nei confronti degli anziani sopra i 75 anni, o con patologie croniche invalidanti o in condizioni di solitudine, al fine di prevenire l'insorgenza di quadri clinici che poi richiedano un'ospedalizzazione del paziente. In particolare, andranno verificate, oltre le norme comportamentali, il corretto uso della terapia ed il suo eventuale aggiustamento, nonché l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'ADIMED, e i supporti infermieristici e assistenziali sociali garantiti dai Distretti Sociosanitari e dai Comuni.

La patologia da calore si manifesta inizialmente con facile affaticabilità, mancanza d'appetito, insonnia, capogiri o svenimenti nella stazione eretta, crampi muscolari, palpitazioni. In presenza di questi disturbi, che possono perdurare per giorni, l'attivazione sistematica dei provvedimenti di prevenzione è in genere sufficiente a risolvere la situazione.

In caso di aggravamento, si manifesterà: un aumento della temperatura corporea con cute calda, secca ed arrossata, stato di agitazione confusionale e deterioramento della coscienza, mancanza di respiro e, in taluni casi, anche nausea-vomito, mal di testa, vertigini e ronzii alle orecchie e contrazione della diuresi. In tali casi, vanno aggiunti alle norme di prevenzione sopra ricordate i seguenti provvedimenti:

- tenere la persona in un luogo fresco, ombroso e possibilmente ventilato;
- usare un ventilatore per favorire l'evaporazione della pelle bagnata;
- eseguire, per ridurre gradualmente la temperatura, spugnature con acqua fresca sui polsi, fronte, collo e inguine;
- porre una borsa di ghiaccio sul capo;
- integrare i liquidi persi dando da bere acqua e sali minerali;
- raffreddare la cute con dell'acqua o avvolgendo la persona colpita con un panno fresco e bagnato.

In caso di necessità contattare:

1. medici di famiglia
2. farmacisti
3. assistenti sociali
4. case di riposo
5. RSA
6. ospedali
7. ADI
8. associazioni volontariato
9. presidio sanitario dei luoghi di vacanza

2.4 Azioni dei Distretti e dei Medici di Medicina Generale

Le **Direzioni dei Distretti Sanitari** opereranno, prioritariamente, di concerto con le **Direzioni dei Servizi Sociali delle Aziende ULSS** e con la necessaria collaborazione dei **Servizi Sociali degli enti Locali** per identificare la popolazione a rischio, individuando soprattutto le condizioni di particolare solitudine e "fragilità". I Distretti, inoltre, effettueranno il monitoraggio del grado di risposta, sul livello provinciale, ai bisogni della popolazione di riferimento.

Parte

Le Direzioni dei Distretti, fulcro del sistema di presidio sanitario del territorio, agiranno, altresì, attraverso le loro molteplici articolazioni funzionali (Medici di Medicina Generale, Servizi di Continuità Assistenziale, Servizi di Assistenza Domiciliare - ADI, ADIMED -, rete di residenzialità extraospedaliera – RSA -), che rappresentano il primo livello di intervento clinico-sanitario sul paziente, mirato prevalentemente a prevenire, a domicilio, l'insorgere di situazioni di rischio, favorendo interventi comportamentali, e, se necessario, terapeutici (effettuare interventi preventivi e di supporto a domicilio, con visite e contatti costanti anche telefonici, fornire eventuale supporto alle esigenze quotidiane etc.). Nei territori in cui è in dotazione, andrà migliorata l'attività finalizzata al riequilibrio delle condizioni cliniche dei soggetti fragili per impedirne l'evoluzione verso complicanze che impongono l'ospedalizzazione del paziente e che possono divenire talora anche mortali.

Le Direzioni dei Distretti comunicheranno alla sala operativa di protezione civile – COREM – Coordinamento regionale in emergenza e al Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza l'eventuale aggiornamento del numero telefonico dedicato alla comunicazione con il network istituzionale ed un indirizzo di posta elettronica necessario a ricevere il quotidiano rapporto sulle condizioni ambientali.

In particolare, per quanto riguarda gli interventi dei **Medici di Medicina Generale** nei confronti della popolazione a rischio, ovvero quella al di sopra dei 75 anni e gli ultrasessantacinquenni con patologie croniche invalidanti, si raccomanda ai Direttori Generali e ai Direttori di Distretto di valutare l'opportunità, ove necessario, limitatamente al periodo di giugno, luglio, agosto e settembre 2014 ed alle zone geografiche “a rischio di allarme climatico”, di autorizzare l'attivazione dei protocolli di Assistenza Programmata Domiciliare anche oltre il tetto massimo, previsto dall'art. 59 co. 3, lett. C, punto 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG reso esecutivo con Intesa della Conferenza Stato Regioni rep. n. 2272 del 23 marzo 2005 e successive modifiche e integrazioni.

2.5 Azioni dei Servizi Sociali e delle Amministrazioni Comunali

Gli indirizzi per la predisposizione di azioni ed interventi atti a fronteggiare l'emergenza caldo richiedono di sottolineare una premessa fondamentale: in ambito sociale gli interventi di emergenza si connotano, indipendentemente dalla stagione climatica, per la situazione di isolamento e di esclusione sociale che le persone più fragili vivono nella quotidianità della vita di tutti i giorni. Tali situazioni di emergenza sicuramente si acquisiscono e diventano a volte drammatiche durante il periodo estivo in cui “l'ondata di calore” è accompagnata soprattutto “da condizioni di abbandono”, con ridotta possibilità di usufruire dei servizi rispetto al normale periodo lavorativo dell'anno.

Il piano di intervento in ambito sociale si deve connotare, pertanto, prioritariamente per il suo carattere preventivo, che vede coinvolta tutta la comunità locale con le risorse e le opportunità che in essa esistono, al fine di affermare e consolidare nel tessuto sociale i valori della solidarietà e della dignità della persona.

Il piano di intervento dovrà essere elaborato, concordato e realizzato in raccordo con le Associazioni di volontariato, con gli enti di promozione sociale, con la Protezione Civile e con i gruppi organizzati dell'ambito territoriale di riferimento, che essendo in un contatto di vicinanza e di prossimità con le persone, sono in grado di conoscere e di monitorare i bisogni delle persone più fragili.

In considerazione dell'esperienza svolta negli anni dal 2004 al 2013, pertanto, le Aziende UU.LL.SS.SS. e le Amministrazioni Comunali dovranno provvedere ad elaborare un piano di intervento che preveda:

- modalità operative ed il raccordo con le Associazioni di volontariato e gli enti di promozione sociale del territorio;
- possibilità di ricorrere ai servizi esistenti facilitando l'accesso quando ciò sia richiesto a motivo dell'emergenza;
- potenziamento dei servizi esistenti prevedendo la possibilità di utilizzare maggiori disponibilità nel periodo di durata dell'emergenza.

Gli interventi che dovranno essere assicurati durante la fase di emergenza sono:

- interventi di assistenza domiciliare e di ADI;
- frequenza ai Centri Diurni;
- accoglienza nei servizi residenziali.

Al fine di facilitare l'accesso alle informazioni sulle risorse e sulle opportunità del territorio è attivato il Numero Verde **800-462340** in collaborazione con il Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo.

2.6 Azioni dei Servizi Ospedalieri e del Sistema dell'Emergenza/Urgenza

Parte

Il ruolo del Sistema dell’Emergenza/ Urgenza nel Protocollo Allarme Climatico 2014, coinvolge la rete del SUEM 118 e delle strutture di Pronto Soccorso, che con l’ausilio delle Croci e degli Enti di volontariato, fa fronte ai possibili aumenti delle richieste di soccorso, sia extra che intraospedaliero derivanti dalle elevate temperature, nella popolazione anziana.

L’obiettivo principale del Protocollo regionale è prevenire lo stato clinico di malattia da eccessive temperature. Il protocollo garantisce un’ulteriore integrazione tra il Sistema dell’Emergenza/Urgenza e i Distretti Socio Sanitari con le loro articolazioni di operatività sul territorio, per ricorrere al numero dell’emergenza 118 solo nei casi realmente urgenti, rispetto ai casi di patologia da calore che troveranno risposta sul territorio da parte dei Medici di Medicina Generale, dalla Continuità Assistenziale e dalle altre forme di assistenza previste. Il ricorso infatti alle strutture di Pronto Soccorso dovrà essere limitato ai casi realmente urgenti, la cui diagnosi porterà all’Osservazione Breve Intensiva o al ricovero presso gli idonei reparti di cura.

Gli aspetti sanitari risultano pertanto a forte integrazione tra la medicina del territorio, con prevalente funzione di prevenzione e di diagnosi e cura degli stati iniziali di patologia da calore e delle complicanze correlate, e il sistema dell’emergenza/urgenza che affronta le situazioni cliniche divenute realmente urgenti e talora a rischio per la vita del paziente (emergenza) che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico di tipo ospedaliero.

Le chiamate al 118 dovrebbero essere confinate alle reali esigenze di urgenza ed emergenza, ma si ritiene di poter inserire nel DISPATCH oggi in uso nelle Centrali Operative, a fronte dell’attivazione dell’allarme climatico, alcuni criteri che valutino prioritariamente l’età e la presenza di patologie associate e l’individuazione di sintomi che facciano presupporre una patologia da calore (ipotensione, spossatezza etc.) e secondariamente le condizioni sociali di vita e le caratteristiche dell’abitazione (presenza di impianto di condizionamento, presenza di familiari o altre persone nella casa, tempo di esposizione a temperature ed umidità elevate) e le condizioni di alimentazione (assunzione di cibo e liquidi).

Compatibilmente con i mezzi a disposizione, in base al dispatch sopra citato, potrà essere inviata al domicilio un’ambulanza o altri mezzi di soccorso o forniti consigli telefonici sulle azioni di prevenzione o comervergersi alle strutture territoriali laddove non emergano condizioni di urgenza clinica. Le Direzioni delle Centrali Operative SUEM 118, dovranno, in ogni momento, poter garantire un’adeguata interfaccia con la rete dell’assistenza territoriale gestita dalle Direzioni di Distretto, in particolare durante i periodi di prolungata condizione meteorologica difficile. Andrà inoltre prevista una sensibilizzazione della rete degli Enti, Croci e Volontariato per coadiuvare il SUEM 118 in situazioni di esponenziale aumento delle chiamate, in analogia all’organizzazione operativa di una grande emergenza sanitaria.

Si ritiene necessario rendere disponibile, in maniera omogenea sul territorio regionale, per la persona anziana, un’attesa al Pronto Soccorso in ambienti climatizzati e assistiti (utilizzando personale ausiliario e/o volontario).

In base all’allarme climatico, dovranno inoltre essere messi in atto criteri di particolare attenzione nel TRIAGE che considerino l’anziano a rischio prioritario.

2.7 Compiti del Sistema Epidemiologico Regionale - SER

A partire dal 2003 il Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale - SER ha sviluppato un protocollo per il monitoraggio degli effetti delle condizioni climatiche avverse sulle condizioni di salute della popolazione, con particolare riferimento alla popolazione anziana; al progetto hanno collaborato i Comuni, le ASL e l’ARPAV per i dati di pertinenza.

Come per gli anni precedenti, il SER continuerà il monitoraggio dei decessi nei comuni capoluogo diprovincia e nei comuni non capoluogo con più di 25.000 abitanti per il periodo dal 1° giugno al 15 settembre 2014. Tale sorveglianza, relativamente tempestiva almeno per i comuni capoluogo, consente di valutare l’effetto di eventuali condizioni climatiche estreme sulla mortalità generale delle aree metropolitane.

Il SER ha inoltre in gestione il flusso regionale di mortalità che consente di analizzare il dato della mortalità per il periodo estivo su tutta la Regione. Tale monitoraggio consente una valutazione dell’impatto di eventuali ondate di calore esteso a tutta la Regione e comprensivo dell’analisi delle cause di morte.

Tali dati sanitari verranno incrociati con le misure ambientali fornite dall’ARPAV. Negli anni precedenti l’ARPAV ha comunicato per ciascun capoluogo i dati giornalieri di temperatura massima ed umidità relativa misurata alla medesima ora, da cui è stato ricavato un indicatore di temperatura percepita (Humidex).

2.8 Compiti delle Aziende Sanitarie

Le aziende sanitarie in relazione alle indicazioni di cui sopra, dovranno elaborare uno specifico **piano per il**

territorio di competenza, indicando un **dirigente di riferimento**, con la funzione di attivare gli interventi previsti e di raccordarsi in modo operativo con Coordinamento Generale di Sistema. Tale piano dovrà essere trasmesso al Settore Assistenza distrettuale e Cure primarie dell'Area Sanità e Sociale.

PROTOCOLLO PREVENZIONE PATOLOGIE DA ELEVATE TEMPERATURE 2014

MODALITA' OPERATIVE

ARPAV

Emette il bollettino (ore 15.00)

ARPAV invia il bollettino a mezzo e-mail ai seguenti riferimenti istituzionali e operativi

ARPAV invia il bollettino a mezzo e-mail alle seguenti strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali

- Assessorato alla Sanità • Settore Assistenza distrettuale e Cure primarie
 - Settore Promozione Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica
 - Assessorato ai Servizi Sociali • Sezione Prevenzione
 - Assessorato all'Identità veneta, alla Protezione Civile e alla Caccia
 - Dipartimento Servizi Sociosanitari e Sociali
 - Sezione Protezione Civile • CREU – Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza
 - Area Sanità e Sociale • Sezione Protezione Civile
 - Dipartimento Ambiente • 21 Conferenze dei sindaci
 - CRR- SER • 23 Direzioni Generali Aziende sanitarie ed ospedaliere + 2 Direzioni Generali IRCSS
 - 7 Centrali Operative 118 • 21 Direzioni Sociali Aziende ULSS
 - Segreteria ANCI VENETO •
 - Sala Operativa Protezione Civile – COREM
- Coordinamento regionale in emergenza

Il COREM allerta a cascata: Le Direzioni Sociali delle AULSS allertano a cascata:

- Direzioni Generali *(di volta in volta interessate dall'emergenza)*
- Servizi Sociali delle Aziende ULSS
- Centrali Operative 118 *(di volta in volta interessate dall'emergenza)*
- Unità Operative di Pronto Soccorso *(di volta in volta interessate dall'emergenza)*
- Distretti S.S. *(di volta in volta interessati dall'emergenza)*

Le quattro fasce climatiche della Regione Veneto

ALLEGATO B

INFORMAZIONI STANDARD SULL'EMERGENZA CALDO PER LE AZIENDE U.U.LL.SS.SS. DA DIFFONDERE ALLA POPOLAZIONE.

ESTATE 2014

COSA SI COMUNICA

1. inizio e fine allarme
2. elenco categorie a rischio
3. stili di vita salutari
4. consigli pratici
5. comportamenti a rischio

CHI RISCHIA DI PIÙ

1. i bambini tra 0 e 4 anni
2. gli anziani
3. i diabetici
4. gli ipertesi
5. chi soffre di malattie venose
6. le persone non autosufficienti
7. chi ha patologie renali
8. chi è sottoposto a trattamenti farmacologici

Parte

CONSIGLI PRATICI

1. bere molti liquidi (2 litri di acqua al giorno)
2. stare in casa nelle ore calde (12-17)
3. ventilare gli ambienti
4. indossare abiti leggeri, di colore chiaro, non sintetici
5. seguire una dieta bilanciata con molta frutta e verdura
6. usare cappelli e occhiali
7. non fare attività fisica nelle ore calde
8. non bere alcool e limitare i caffè
9. non sostare al sole
10. non modificare le cure che si stanno seguendo
11. bagnarsi spesso

IN CASO DI COLPO DI CALORE

1. tenere la persona in un luogo fresco, ombroso e possibilmente ventilato
2. usare un ventilatore per favorire l'evaporazione della pelle bagnata
3. eseguire, per ridurre gradualmente la temperatura, spugnature con acqua fresca sui polsi, fronte, collo inguine
4. porre una borsa di ghiaccio sul capo
5. integrare i liquidi persi dando da bere acqua e sali minerali
6. raffreddare la cute con dell'acqua o avvolgendo la persona colpita con un panno fresco e bagnato

CHI CONTATTARE

1. medici di famiglia
2. pediatri
3. farmacisti
4. assistenti sociali
5. case di riposo
6. ospedali
7. distretto socio-sanitario
8. associazioni volontariato
9. presidi sanitari nei luoghi di vacanza

MEZZI UTILIZZABILI PER LA COMUNICAZIONE

1. televisioni e carta stampata
2. sms
3. internet
4. numeri verdi
5. cartellonistica
6. depliant e opuscoli informativi

ASSISTENZA PENITENZIARIA**BASILICATA**

DGR 26.5.14, n. 609 - Azioni propedeutiche e seminariali promosse dalla Regione Basilicata sull'intero territorio regionale. (BUR n. 21 del 16.6.14)

Note

Nel contesto dei . Progetti, da realizzare sull'intero territorio regionale, proposti dai Comitati Regionali Enti di Promozione regolarmente riconosciuti dal CONI, viene indicata la Promozione e sostegno della pratica sportiva negli istituti penitenziari, ivi compreso il Centro di Giustizia Minorile di Basilicata - C.G.M. -, con il coinvolgimento dei Comitati Regionali degli Enti di Promo -3. Promozione e sostegno della pratica sportiva negli istituti penitenziari, ivi compreso il Centro di Giustizia Minorile di Basilicata

- C.G.M. -, con il coinvolgimento dei Comitati Regionali degli Enti di Promozione accreditati dal Parte

Ministero della Giustizia;

LIGURIA

DGR 6.6.14, n. 695 - Interventi di sostegno per persone sottoposte a provvedimenti penali. Percorso di coprogettazione attraverso la stipula di patti di sussidiarietà. Impegno di ! 250.000,00 a favore del Consorzio Agorà. (BUR n. 26 del 25.6.14)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge regionale 24 maggio 2006 n. 12 “Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari”, con particolare riferimento all’articolo 17 in cui si stabilisce “i Comuni, attraverso gli Ambiti territoriali Sociali, riconoscono e agevolano il ruolo del Terzo Settore anche attraverso forme di concertazione per l’emanazione degli atti derivanti dalla presente legge. I soggetti di cui al comma 1, per realizzare le attività sociali e sociosanitarie stipulano contratti, convenzioni, accordi, protocolli d’intesa con i soggetti del Terzo settore e con le loro forma associative”.

Legge regionale 9 aprile 2009 n. 6 “Promozione delle politiche per i minori e i giovani”, che all’art 28 prevede “La Regione e gli Enti locali, per quanto di propria competenza, programmano politiche di sostegno per i minori autori di reato, anche stranieri non accompagnati, collaborando con gli organismi della giustizia minorile e delle associazioni del Terzo Settore ivi operanti”.

Legge regionale 25 novembre 2009 n. 56 “Norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”, che all’articolo 17 disciplina gli “Accordi con gli Interessati”;

Legge regionale 6 dicembre 2012, n. 42 “Testo unico delle norme sul Terzo Settore”, che prevede la partecipazione del Terzo Settore alla funzione sociale e definisce all’Art. 28 “Azioni e patti per la valorizzazione e il sostegno della sussidiarietà orizzontale”.

Piano Sociale Integrato Regionale 2013/2015, approvato con D.C.R. n. 18/2013, che al punto 5 “Rapporti tra pubbliche amministrazioni e soggetti senza finalità di profitto” sottolinea la necessità di promuovere politiche regionali e locali di valorizzazione della libera iniziativa della società civile attraverso la costruzione di patti di sussidiarietà.

“Linee guida in materia di inclusione sociale a favore delle persone sottoposte a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria”, approvate con intesa sancita in Conferenza Unificata il 26/03/2008, che intendono favorire lo sviluppo di una rete integrata, estesa, qualificata e differenziata di percorsi di inclusione sociale delle persone entrate nel circuito penale, potenziando la cooperazione tra i diversi livelli di governo e coinvolgendo gli organismi della società civile organizzata, in particolare il Terzo Settore, raccomandando l’adozione di metodologie di programmazione strategica e di progettazione partecipata.

D.G.R. n.828 del 06/07/2012, “Approvazione accordo operativo tra la Regione Liguria e il Provveditorato dell’amministrazione penitenziaria della Liguria sul tema dell’inclusione sociale”, in cui sono state individuate forme di collaborazione stabile tra la Regione Liguria e il Provveditorato dell’amministrazione penitenziaria della Liguria sul tema dell’inclusione sociale;

D.G.R. 1427/2011, 1722/2011, 386/2013 e 804/2013, con le quali è stato avviato e consolidato un percorso sperimentale di coprogettazione con soggetti privati senza finalità di profitto attraverso la stipula di patti di sussidiarietà, finalizzato alla realizzazione di interventi di sostegno per persone sottoposte a provvedimenti penali.

L’ESPERIENZA ACQUISITA

Il suddetto percorso di coprogettazione ha avuto esiti positivi, sia in termini di costruzione di una rete estesa che coinvolge soggetti istituzionali e del Terzo Settore, sia in termini di ricadute delle attività realizzate sui destinatari dell’intervento, come si evince dalle relazioni presentate dall’Associazione

Temporanea di Scopo “La rete che unisce” e dai verbali degli incontri trimestrali di monitoraggio, agli atti dell’ufficio.

LA VALIDITÀ DEL PROGETTO

Con nota del 19/05/2014 agli atti dell’ufficio, l’ATS “La rete che unisce”, considerati i risultati positivi ottenuti, chiede di poter proseguire l’esperienza, proponendo un’ulteriore evoluzione del progetto “La rete che unisce”.

L’importanza di garantire continuità all’esperienza è stata rappresentata anche dagli uffici del Ministero della Giustizia (Provveditorato dell’Amministrazione Penitenziaria e Centro di Giustizia Minorile) e dal Forum Ligure del Terzo Settore, che anche in questo caso assumerà all’interno del percorso un ruolo di garanzia, di promozione e di controllo-verifica in collaborazione con la Regione Liguria.

IL PRINCIPIO DI SUSSIDIARIETA’

Il percorso avviato risponde al principio di sussidiarietà richiamato non solo nella Costituzione e nel Testo Unico degli Enti Locali, ma anche nella legge quadro sui servizi sociali n. 328/2000 e nella legislazione regionale di settore già richiamata, oltre che negli atti di programmazione regionale.

LA CONTINUITÀ

Viene i data continuità all’esperienza precedente a partire dalla già costituita ATS “La rete che unisce”;

Viene pertanto avviato il procedimento ad evidenza pubblica finalizzato a garantire il rispetto dei principi di economicità, efficacia, pubblicità e trasparenza del procedimento amministrativo di cui alla legge n. 241/1990 e di buona amministrazione di cui all’art. 97 della Costituzione, anche al fine di favorire la massima partecipazione di nuovi soggetti che non abbiano preso parte al precedente percorso e che siano interessati a prendere parte ad un nuovo percorso di progettazione insieme ai soggetti facenti parte della già costituita ATS “Le rete che unisce”.

GLI ASPETTI INNOVATIVI

L’ATS “La rete che unisce”, nella composizione che andrà ad assumere a seguito della procedura sopra descritta, elaborerà attraverso un percorso di coprogettazione una proposta progettuale di prosecuzione ed evoluzione degli interventi attuati sul tema con il progetto approvato con DGR 804/2013.

Il percorso di coprogettazione dovrà raggiungere come esito l’elaborazione di una nuova progettualità esecutiva condivisa e ritenuta adeguata dalla nuova ATS; in tal caso la Regione valuterà la proposta, da parte della rete dei soggetti che hanno partecipato alla coprogettazione, di realizzare il progetto stesso in nome e per conto propri, in attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà di cui all’articolo 118 della Costituzione, dell’articolo 3 del T.U. sull’ordinamento degli enti locali e della legge regionale 12/2006 e con le modalità di cui alla Legge Regionale 6 dicembre 2012, n. 42.

GLI ASPETTI SPECIFICI

La nuova proposta progettuale, così come le precedenti, dovrà essere caratterizzata da:

- attività mirate ai bisogni di informazione, sostegno e accompagnamento, miglioramento della qualità della vita in carcere, accoglienza abitativa, nonché agli ambiti della mediazione penale minorile e del supporto alla genitorialità;
- diffusione delle azioni su tutto il territorio regionale;
- trasversalità del progetto in quanto coinvolgente enti pubblici e soggetti privati senza finalità di lucro;
- dovrà prevedere, quale evoluzione delle precedenti proposte, una maggiore attenzione al tema della prevenzione, in particolare per quanto riguarda le attività inerenti l’area minori.

Viene individuato negli accordi sostitutivi del provvedimento (di concessione di benefici economici a sostegno di autonome iniziative del Terzo settore) di cui all’articolo 11 della legge 241/1990 lo strumento amministrativo per dare concretezza alla coprogettazione e alla successiva realizzazione di interventi e servizi

Nella fase di realizzazione del progetto la rete dei soggetti che hanno partecipato alla coprogettazione assumerà un ruolo esecutivo.

IL PATTO DI SUSSIDIARIETÀ

In caso di valutazione finale positiva e sulla base del piano finanziario, si procederà a stipulare, ai sensi dell'art. 11 della legge 241/1990, un "Patto di Sussidiarietà" quale accordo sostitutivo del provvedimento di concessione di benefici economici a sostegno per la realizzazione del progetto stesso.

LA FINALITÀ DEL CONTRIBUTO COMPENSATIVO

Il contributo compensativo di sostegno dell'Amministrazione deve essere finalizzato a permettere l'equilibrio economico finanziario e l'adeguatezza della gestione sotto il profilo del raggiungimento degli obiettivi e della soddisfazione dei bisogni degli utenti.

I LIMITI DEL CONTRIBUTO

L'entità del suddetto contributo non può superare il 70 per cento del valore economico complessivo del progetto oggetto di accordo e, comunque, quanto necessario al fine della mera compensazione degli oneri che il partner privato assume, in conformità alla decisione CE del 20 dicembre 2011 (C/2011 9389 – 2012/21/UE) e successive modifiche.

NB

La concessione di tale contributo è da intendersi a titolo di compensazione volta a garantire l'adeguatezza e la sostenibilità della risposta ai bisogni sociali di riferimento e quindi alla sola copertura dello squilibrio fra i costi effettivamente sostenuti e le entrate conseguite; pertanto al termine del tempo concordato, eventuali somme sovrabbondanti rispetto alle necessità di compensazione effettivamente verificatesi dovranno essere restituite all'Amministrazione.

LE RISORSE PROPRIE

Al fine di accedere al summenzionato sostegno istituzionale, la rete dei soggetti senza finalità di profitto che hanno partecipato alla coprogettazione dovrà mettere a disposizione risorse economiche, organizzative e/o finanziarie proprie e/o autonomamente reperite, nella percentuale minima del 30 per cento delle risorse complessive previste per la realizzazione del progetto, come stabilito dalla legge Regionale 6 dicembre 2012, n. 42.

L'ENTITÀ DEL CONTRIBUTO

Il suddetto contributo di compensazione avrà un importo non superiore a euro 250.000,00

LA DISPOSIZIONE FINALE

Viene avviato il procedimento amministrativo di tipo partecipato, attraverso un percorso di evidenza pubblica, al fine di definire un progetto coinvolgente il più ampio numero di realtà del Terzo Settore che, aderendo alla già costituita ATS "La rete che unisce", intendano impegnarsi nell'attività di supporto a detenuti e persone in esecuzione penale esterna, nonché a minori sottoposti a provvedimenti penali, con particolare riferimento ai temi dell'informazione, del sostegno e dell'accompagnamento, del miglioramento della qualità della vita in carcere, dell'accoglienza abitativa, della mediazione penale minorile e del supporto alla genitorialità. Le modalità procedurali saranno rispettose dell'evidenza pubblica, attraverso il pubblico invito, rivolto alle organizzazioni senza finalità di profitto, che non hanno preso parte al precedente percorso e sono in possesso dei requisiti di cui all'allegato 1, a manifestare il proprio interesse alla partecipazione al procedimento.

L'ATS "La rete che unisce", nella composizione che andrà ad assumere a seguito della procedura sopra descritta, elaborerà attraverso un percorso di coprogettazione una proposta progettuale di prosecuzione ed evoluzione degli interventi attuati sul tema con il progetto approvato con DGR 804/2013.

Il percorso di coprogettazione dovrà raggiungere come esito l'elaborazione di una nuova progettualità esecutiva condivisa e ritenuta adeguata dalla nuova ATS come sopra costituita; in tal caso la Regione valuterà la proposta, da parte della rete dei soggetti che hanno partecipato alla coprogettazione, di realizzare il progetto stesso in nome e per conto propri, assumendo il relativo impegno quale esercizio

Parte

della funzione sociale pattuito con l'Amministrazione che ne è titolare e si impegnerà a sostenerlo per la sua adeguatezza e sostenibilità, in attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione, dell'articolo 3 del T.U. sull'ordinamento degli enti locali e della legge

regionale 12/2006 e con le modalità di cui alla Legge Regionale 6 dicembre 2012, n. 42.

Si procederà in caso di valutazione finale positiva e sulla base del piano finanziario, a stipulare, ai sensi dell'art. 11 della legge 241/1990, un "Patto di Sussidiarietà" quale accordo sostitutivo del provvedimento di concessione di benefici economici a sostegno per la realizzazione del progetto stesso. Il contributo compensativo di sostegno dell'Amministrazione deve essere finalizzato a permettere l'equilibrio economico finanziario e l'adeguatezza della gestione sotto il profilo del raggiungimento degli obiettivi e della soddisfazione dei bisogni degli utenti.

Viene approvato lo schema di procedimento ad evidenza pubblica (allegato 1) parte integrante del presente provvedimento, al fine di garantire il rispetto dei principi di economicità, efficacia, pubblicità e trasparenza del procedimento amministrativo di cui alla legge n. 241/1990 e di buona amministrazione di cui all'art. 97 della Costituzione e di favorire la massima partecipazione, anche attraverso la volontaria adesione di nuovi soggetti che non hanno preso parte al precedente percorso di coprogettazione;

Viene approvata l'apposita modulistica relativa alla manifestazione di interesse alla coprogettazione predisposta dagli uffici competenti, (allegato 2) e parte integrante del presente provvedimento.

PROCEDIMENTO AD EVIDENZA PUBBLICA PER LA COPROGETTAZIONE DI INTERVENTI DI SOSTEGNO PER PERSONE SOTTOPOSTE A PROVVEDIMENTI PENALI

A. La Regione Liguria, su proposta dell'Associazione Temporanea di Scopo "La rete che unisce" e del Forum del Terzo Settore, avvia un procedimento ad evidenza pubblica volto a garantire la massima partecipazione ad un percorso di coprogettazione volto a sostenere l'impegno delle formazioni sociali senza finalità di profitto operanti sul territorio regionale per la soddisfazione dei bisogni delle persone sottoposte a provvedimenti penali, in applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 118 della Costituzione ed all'art. 3 del T.U. n. 267/2000, promuovendo:

- la definizione in modo partecipato con tali soggetti di un progetto sociale di rete, così come previsto dalla legge 328/2000 e dalla legge regionale 12/2006, evolutivo del progetto "La rete che unisce", esito del precedente analogo percorso;

- il sostegno della sua realizzazione ad opera di autonome iniziative degli stessi;

B. All'interno di detto percorso e della sua attuazione il Forum del Terzo Settore svolgerà compiti di garanzia, di promozione e di controllo-verifica in collaborazione con la Regione, partecipando anche al patto definitivo;

C. La Regione intende procedere alla verifica dell'interesse alla coprogettazione esecutiva e all'autonoma realizzazione di un progetto coinvolgente il più ampio numero di realtà del Terzo Settore in possesso dei requisiti di cui al successivo punto 1 che, aderendo alla già costituita ATS "La rete che unisce" intendano impegnarsi nell'attività di supporto a detenuti e persone in esecuzione penale esterna, nonché a minori sottoposti a provvedimenti penali, con particolare riferimento ai temi dell'informazione, del sostegno e dell'accompagnamento, del miglioramento della qualità della vita in carcere, della mediazione penale minorile, delle risorse alloggiative, della genitorialità;

D. Al termine del percorso di coprogettazione, la Regione, qualora si raggiunga come esito l'elaborazione di una nuova progettualità esecutiva condivisa e ritenuta adeguata, valuterà la proposta, da parte della rete dei soggetti che hanno partecipato alla coprogettazione, di realizzare il progetto in

Parte

nome e per conto propri, assumendo il relativo impegno quale esercizio della funzione sociale pattuito con l'Amministrazione che ne è titolare, in attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione, dell'articolo 3 del T.U. sull'ordinamento degli enti locali e della legge

regionale 12/2006 e con le modalità previste dalla legge regionale 6 dicembre 2012, n. 42 "Testo unico delle norme sul Terzo Settore";

E. In caso di valutazione finale positiva del progetto e sulla base del relativo piano finanziario, la Regione procederà, ai sensi dell'art. 11 della legge 241/1990, un "Patto di Sussidiarietà" quale accordo sostitutivo del provvedimento di concessione di benefici economici per il sostegno della realizzazione del progetto stesso. La concessione di tale contributo è da intendersi a titolo di compensazione volta a garantire l'adeguatezza e la sostenibilità della risposta ai bisogni sociali di riferimento e quindi alla sola copertura dello squilibrio fra i costi effettivamente sostenuti e le entrate conseguite; pertanto al termine del tempo concordato, eventuali somme sovrabbondanti rispetto alle necessità di compensazione effettivamente verificatesi dovranno essere restituite all'Amministrazione;

Il procedimento ad evidenza pubblica è disciplinato come segue:

1. Le organizzazioni non profit che, prestando servizi/attività direttamente e formalmente per servizi/strutture del Ministero di Giustizia sotto forma di convenzione o partenariato, effettivamente operino alla data del presente avviso ininterrottamente da almeno tre anni nel territorio della Regione Liguria nell'ambito delle attività legate all'inclusione sociale delle persone sottoposte a provvedimenti penali (adulti e minori), o che vi abbiano operato complessivamente, anche in modo discontinuo, per almeno tre anni negli ultimi cinque, che siano iscritti negli appositi albi regionali, ove prescritti in relazione alla loro natura giuridica, e che, nel caso in cui, ferma restando l'assenza della finalità di profitto, svolgano attività di tipo imprenditoriale, siano in possesso dei requisiti generali di cui all'articolo 38 del D. Lgs. 163/2006, possono manifestare il proprio interesse a partecipare al procedimento di cui al punto A facendo pervenire mediante consegna a mano o lettera raccomandata (varrà la data di invio) apposita richiesta attraverso il modulo allegato o in forma libera, ma comunque contenente tutti gli elementi indicati nel modello suddetto e con esplicita richiesta di partecipazione alla coprogettazione regionale, presso l'ufficio protocollo della Regione Via Fieschi 15 16121 Genova, entro e non oltre le ore **12,00** del giorno **10 luglio 2014**;

2. A seguito dell'accertamento dell'effettivo possesso dei requisiti di cui al punto precedente, l'Amministrazione procederà all'ammissione dei manifestanti l'interesse al procedimento, dandone comunicazione individuale. Si prevede fin d'ora che il primo incontro di coprogettazione tra i soggetti ammessi e la già costituita ATS "La rete che unisce", con la partecipazione dei referenti della Regione Liguria, del Ministero della Giustizia e del Forum del Terzo Settore è fissato per il giorno **21 luglio 2014** alle ore **10,00** presso la sala **di rappresentanza (11° piano) della sede degli Uffici Regionali di Via Fieschi, 15**. In quella sede la Regione constaterà la disponibilità dei candidati ammessi ad aderire all'Associazione Temporanea di Scopo "La rete che unisce", la quale dovrà essere adeguatamente modificata e sottoscritta da tutti i componenti. La Regione presenterà lo schema di Accordo Sostitutivo di cui alla Legge n. 241/1990 da sottoscrivere successivamente a cura degli interessati al termine del percorso di coprogettazione regionale a titolo di "Patto di Sussidiarietà";

3. I candidati ammessi (d'ora in avanti indicati come "Partecipanti") dovranno quindi aderire all'Associazione Temporanea di Scopo (ATS) "La rete che unisce", come sopra indicata, finalizzata alla coprogettazione. I Partecipanti che non aderiscono alla predetta ATS saranno esclusi dal procedimento;

4. Il Forum del Terzo Settore svolge nel presente percorso compiti di garanzia, di promozione e di controllo-verifica in collaborazione con la Regione;

5. Previa valutazione ed approvazione da parte dell'Amministrazione dell'accordo di ATS di cui al punto precedente, i Partecipanti procederanno all'elaborazione del progetto e del relativo piano finanziario per la realizzazione, comprensivo di cofinanziamento da parte dell'ATS e del contributo necessario a titolo di compensazione la cui erogazione è chiesta alla Regione. Il contributo compensativo di sostegno dell'Amministrazione deve essere finalizzato a permettere l'equilibrio economico finanziario e l'adeguatezza della gestione sotto il profilo del raggiungimento degli obiettivi e della soddisfazione dei bisogni degli utenti. Tale eventuale sostegno compensativo sarà quantificato, disciplinato e concesso in conformità alla decisione della Commissione Europea del 28 novembre 2005 in tema di aiuti di stato (2005/842/CE) ed a quanto previsto dalla legge regionale 6 dicembre 2012, n. 42 "Testo unico delle norme sul Terzo Settore";
6. L'Amministrazione si riserva di valutare l'adeguatezza del progetto esito dell'attività di coprogettazione e di approvarlo nel caso di valutazione positiva;
7. Qualora il percorso di coprogettazione non dovesse produrre quale esito un progetto condiviso e sostenibile, l'Amministrazione si riserva ogni più ampia facoltà di valutare l'adeguatezza delle linee progettuali acquisite per l'indizione di una procedura competitiva ad evidenza pubblica per la realizzazione del progetto con le modalità che saranno ritenute opportune, senza che nulla sia per ciò dovuto ai partecipanti.

ALLEGATO 2

CARTA INTESTATA ENTE/ASSOCIAZIONE

(Indirizzo, Tel., Cell., Web, e-mail)

Alla Regione Liguria

Dipartimento Salute e Servizi Sociali Servizio Famiglia, Minori, Pari Opportunità

Via Fieschi, 15 16121 GENOVA

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA COPROGETTAZIONE DEL PROGETTO "INTERVENTI DI SOSTEGNO PER PERSONE SOTTOPOSTE A PROVVEDIMENTI PENALI".

Il sottoscritto

nella sua qualità di legale rappresentante/responsabile dell'ente/associazione

Indicare tipologia

- Associazione di volontariato;
 Associazione di promozione sociale;
 Ente religioso;
 Fondazione;
 Cooperativa sociale;
 Altro soggetto non profit.

Codice fiscale dell'ente /associazione richiedente

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo (sede legale): _____

Cap - località/comune: _____

Recapito telefonico, fax ed e-mail: _____

Recapito postale (qualora diverso dall'indirizzo sopra riportato): _____

Referente per la coprogettazione:

Cognome _____ Nome _____

Ente di Appartenenza: _____

Indirizzo dell'Ente: _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

DICHIARA

Parte

che l'ente/associazione:

svolge attività senza finalità di profitto di cui all'articolo 1, quarto comma, della l. 328/2000;

è iscritta ai registri regionali l.r. 12/2006 art.53 (indicare n. iscrizione _____);

è in possesso dei requisiti generali di cui all'articolo 38 del d.lgs n.163/2006: codici dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/ce e 2004/18/ce" (solo per gli enti che svolgono attività di impresa es. cooperative);

opera effettivamente alla data del presente avviso da almeno tre anni nel territorio della Regione Liguria nell'ambito delle attività legate all'inclusione sociale delle persone sottoposte a provvedimenti penali (adulti e minori) prestando servizi/attività direttamente e formalmente per servizi/strutture del Ministero di Giustizia sotto forma di convenzione o partenariato (allegare sintetica descrizione dell'attività svolta con riferimento anche al periodo dell'effettiva realizzazione e alle convenzioni/partenariato)

oppure

ha operato complessivamente, anche in modo discontinuo, per almeno tre anni negli ultimi cinque nel territorio della Regione Liguria nell'ambito delle attività legate all'inclusione sociale delle persone sottoposte a provvedimenti penali (adulti e minori) prestando servizi/attività direttamente e formalmente per servizi/strutture del Ministero di Giustizia sotto forma di convenzione o partenariato (allegare sintetica descrizione dell'attività svolta con riferimento anche al periodo dell'effettiva

realizzazione e alle convenzioni/partenariato)

CHIEDE

di partecipare, ai sensi di quanto disposto dalla Giunta Regionale con Deliberazione _____n. _____, alla coprogettazione di interventi di sostegno per persone sottoposte a provvedimenti penali Il sottoscritto si assume la piena responsabilità delle affermazioni e delle notizie contenute nella presente domanda e nella documentazione ad essa allegata, consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità in atti o l'uso di un atto falso costituiscono reato ai sensi dell'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" ed implicano l'applicazione di una sanzione penale.

_____, lì _____

(firma del legale rappresentante)

allegare fotocopia documento di identità

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

ALLEGATO 3

PATTO PRELIMINARE AL PROCEDIMENTO AD EVIDENZA PUBBLICA PER LA COPROGETTAZIONE DEL PROGETTO "INTERVENTI DI SOSTEGNO PER PERSONE SOTTOPOSTE A PROVVEDIMENTI PENALI"

Il Forum Ligure del Terzo Settore, rappresentato dal portavoce Alessandro Frega

E

la Regione Liguria, rappresentata dal Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali dott.

Franco Bonanni

PREMESSO CHE

- con D.G.R. 1427/2011, 1722/2011, 386/2013 e 804/2013, è stato avviato e consolidato un percorso sperimentale di coprogettazione con soggetti privati senza finalità di profitto attraverso la stipula di patti di sussidiarietà, finalizzato alla realizzazione di interventi di sostegno per persone sottoposte a provvedimenti penali;

- il suddetto percorso di coprogettazione ha avuto esiti positivi, sia in termini di costruzione di una rete estesa che coinvolge soggetti istituzionali e del Terzo Settore, sia in termini di ricadute delle attività realizzate sui destinatari dell'intervento, come si evince dalle relazioni presentate dall'Associazione Temporanea di Scopo "La rete che unisce" e dai verbali degli incontri trimestrali di monitoraggio, agli atti dell'ufficio;

Parte

- con nota del 19/05/2014 agli atti dell'ufficio, l'ATS "La rete che unisce" stante i risultati positivi ottenuti, chiede di poter proseguire l'esperienza, proponendo un'ulteriore evoluzione del progetto "La rete che unisce";
- il Forum del Terzo Settore, valutato positivamente il percorso avviato con le precedenti deliberazioni della Giunta regionale n.1427/2011, 1722/2011, 386/2013 e 804/2013, ha proposto alla Regione Liguria a dare continuità all'esperienza;
- la Regione ha ritenuto il progetto "La rete che unisce" valida base di partenza per un nuovo percorso di coprogettazione, che vede le formazioni sociali non profit quali volontarie assuntrici, attraverso autonome iniziative, di pubbliche responsabilità sociali in risposta ai bisogni di informazione, sostegno e accompagnamento, miglioramento della qualità della vita in carcere, accoglienza abitativa (per permessi premio, misure alternative, dimissioni ecc..) nonché nell'ambito delle tematiche della mediazione penale minorile e del supporto alla genitorialità delle persone sottoposte a provvedimenti penali nel territorio ligure;
- il Forum, in continuità con l'esperienza precedente, intende svolgere, all'interno di detto percorso e della successiva attuazione, compiti di garanzia, di promozione e di controllo-verifica in collaborazione con la Regione;

CONCORDANO QUANTO SEGUE

- la Regione Liguria avvierà un procedimento amministrativo di tipo partecipato, attraverso un percorso di evidenza pubblica, al fine di definire un progetto coinvolgente il più ampio numero di realtà del Terzo Settore che, aderendo all'ATS "La rete che unisce", intendano impegnarsi nell'attività di supporto a detenuti e persone in esecuzione penale esterna, nonché a minori sottoposti a provvedimenti penali, con particolare riferimento ai temi dell'informazione, del sostegno e dell'accompagnamento, del miglioramento della qualità della vita in carcere, dell'accoglienza abitativa, della mediazione penale minorile e del supporto alla genitorialità. Le modalità procedurali saranno rispettose dell'evidenza pubblica, attraverso il pubblico invito, rivolto alle organizzazioni senza finalità di profitto operanti sul territorio regionale, a manifestare il proprio interesse alla partecipazione al procedimento;
- il percorso di coprogettazione dovrà raggiungere come esito l'elaborazione di una nuova progettualità esecutiva, evolutiva del progetto "La rete che unisce", condivisa e ritenuta adeguata; in tal caso la Regione valuterà la proposta, da parte della rete dei soggetti che hanno partecipato alla coprogettazione, di realizzare il progetto stesso in nome e per conto propri, assumendo il relativo impegno quale esercizio della funzione sociale pattuito con l'Amministrazione che ne è titolare e si impegnerà a sostenerlo per la sua adeguatezza e sostenibilità, in attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione, dell'articolo 3 del T.U. sull'ordinamento degli enti locali e della legge regionale 12/2006 e con le modalità previste dalla legge regionale 6 dicembre 2012 n. 42;
- in caso di valutazione finale positiva e sulla base del piano finanziario, la Regione provvederà a stipulare, ai sensi dell'art. 11 della legge 241/1990, un "Patto di Sussidiarietà" quale accordo sostitutivo del provvedimento di concessione di benefici economici a sostegno per la realizzazione del progetto stesso. Il contributo compensativo di sostegno dell'Amministrazione deve essere finalizzato a permettere l'equilibrio economico finanziario e l'adeguatezza della gestione sotto il profilo del raggiungimento degli obiettivi e della soddisfazione dei bisogni degli utenti. La concessione di tale contributo è da intendersi a titolo di compensazione volta a garantire l'adeguatezza e la sostenibilità della risposta ai bisogni sociali di riferimento e quindi alla sola copertura dello squilibrio fra i costi effettivamente sostenuti e le entrate conseguite; pertanto al termine del tempo concordato, eventuali somme sovrabbondanti rispetto alle necessità di compensazione effettivamente verificatesi dovranno essere restituite all'Amministrazione;

- il Forum del Terzo Settore assumerà all'interno del suddetto percorso un ruolo di garanzia, di promozione e di controllo-verifica in collaborazione con la Regione Liguria, affinché venga data all'iniziativa la massima diffusione, sia incentivata la massima partecipazione dei soggetti senza finalità di profitto, venga tutelato l'interesse generale e sia in ogni modo favorito il buon esito del percorso e della sua attuazione.

Genova, li _____

Il portavoce del Forum del Terzo Settore

Il Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali

LOMBARDIA

DGR 20.6.14 - n. X/1981 - Rimodulazione del programma di utilizzo delle risorse destinate a Regione Lombardia con decreto del ministero della salute di concerto con il ministero dell'economia e delle finanze del 28 dicembre 2012 per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi dell'art. 3ter della legge 17 febbraio 2012 n. 9 (BUR n. 26 del 24.6.14)

Note

Viene rimodulato il programma di intervento approvato con d.g.r. n. 122/2013 individuando i seguenti interventi quali progetti da realizzare nell'ambito del programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari:

—«Riqualficazione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere» dell'Azienda Ospedaliera «Carlo Poma» di Mantova per un importo pari a euro 16.766.909,38 (di cui euro 15.928.563,91 a carico dello Stato e euro 838.345,47 a carico di Regione Lombardia) per un totale di 120 posti letto;

—«Recupero dei padiglioni 'Forlanini' e 'Ronconi' all'interno dell'ex Ospedale Psichiatrico di Limbiate» dell'Azienda Ospedaliera «Guido Salvini» di Garbagnate Milanese, per un importo di € 9.294.800,00 (di cui euro 8.830.060,00 a carico dello Stato e euro 464.740,0 a carico di Regione Lombardia) per un totale di 40 posti letto.

Gli interventi sopra richiamati, per un ammontare complessivo di euro 26.061.709,38 trovano copertura finanziaria per:

—euro 24.758.623,91 a carico dello Stato, art. 3, comma 6, legge 17 febbraio 2012 n. 9;

—euro 1.303.085,47 a carico della Regione a valere sulle risorse disponibili sul cap. 8768 per l'esercizio 2014.

PIEMONTE

DGR 7.5.14, n. 24-7560 - Definizione del "Programma regionale di Spesa Corrente per gli anni 2012 e 2013 per gli interventi finalizzati al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) - Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3 ter" ai sensi della D.G.R. n. 44-6755 del 25.11.2013. (BUR n. 23 del 5.6.14)

Note

PREMESSA

La Legge n. 9 del 17 febbraio 2012, all'articolo 3 ter autorizza la spesa di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro a decorrere dall'anno 2013 al fine di concorrere agli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 della stessa legge, nonché agli oneri derivanti dal comma 5 e 6. Nello specifico:

- il comma 1 fa riferimento al "completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008";

- il comma 5 attribuisce alle Regioni ed alle Province Autonome di Trento e di Bolzano, per la

Parte

realizzazione di quanto previsto al comma 1, la facoltà di assumere personale qualificato, da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OPG;

- il comma 6 fa riferimento ad attività volte ad incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutici riabilitativi, la dimissione delle persone internate non socialmente pericolose, la loro presa in carico da parte delle ASL all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi e l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in OPG o all'assegnazione in casa di cura e custodia.

LA DISPOSIZIONE

Viene modificato il "Programma regionale di riparto e utilizzo delle risorse di parte corrente degli anni 2012 e 2013, nell'ambito degli interventi finalizzati al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3 ter", approvato con D.G.R. n. 44-6755 del 25.11.2013, rimodulando il riparto delle risorse nell'ambito degli interventi previsti, sul totale delle somme assegnate pari a € 6.085.911,99 anziché € 6.395.457,00 come di seguito riepilogato:

- Quota ai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL piemontesi per la presa in carico dei pazienti internati e per limitare nuovi ingressi di persone in OPG: € 4.935.911,99;
- Quota ai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL piemontesi in cui insistono Istituti di Pena per l'incremento dell'assistenza psichiatrica in carcere: € 500.000,00;
- Quota ai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL in cui insistono le REMS: € 250.000,00;
- Quota per il potenziamento della Sezione Psichiatrica di diagnosi e trattamento – Sezione Osservazione Psichiatrica "Il Sestante" presso la Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno": € 400.000,00.

Viene approvato il "Programma di Spesa Corrente per gli anni 2012 e 2013 per gli interventi finalizzati al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della Legge n. 9/2012, art.3 ter" che deriva dalla compilazione delle Schede 1), 2), 3), 4) da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL piemontesi così come definito dal Programma di Riparto di riparto delle risorse approvato con D.G.R. n. 44-6755 del 25.11.2013.

PUGLIA

GARANTE REGIONALE DEI DIRITTI DELLE PERSONE SOTTOPOSTE A MISURE RESTRITTIVE DELLA LIBERTÀ

Relazione sull'attività svolta nell'anno 2013. (BUR n. 72 del 6.6.14)

Si rinvia alla lettura integrale del testo

DGR 20.5.14, n. 951 - Legge regionale n. 33/2006 e s.m.i. "Norme per lo Sviluppo dello Sport per Tutte e per Tutti" art. 16 - Approvazione Protocollo d'intesa tra Regione Puglia e Dipartimento Giustizia Minorile. Centro per la Giustizia Minorile per la Puglia. (BUR n. 72 del 6.6.14)

Note

PREMESSA

La L.R. 33/2006 e s.m.i. "Norme per lo sviluppo dello sport per tutte e per tutti" all'art. 16 prevede che la Regione, previo protocollo d'intesa da sottoscrivere con il Ministero della Giustizia- Centro Giustizia Minorile per la Puglia, possa stipulare apposite convenzioni con il Provveditorato regionale della Amministrazione Penitenziaria ed il Centro Giustizia Minorile per la Puglia, anche a carattere oneroso, per favorire l'esercizio e la pratica di attività motorie e ricreative sportive da parte dei detenuti e minori sottoposti a provvedimenti giudiziari penali e da parte del personale penitenziario e della giustizia minorile.

In attuazione della norma sopra indicata, la Giunta regionale con provvedimento n. 245 del 22/02/2011 ha approvato il secondo protocollo d'intesa, con validità triennale, tra il Centro Giustizia Minorile per

Parte

la Puglia e la Regione Puglia, che, sottoscritto in data 25/02/2011, al momento è giunto a naturale scadenza e, dati gli ottimi risultati ottenuti, si ritiene di dover rinnovare.

Il Centro Giustizia Minorile per la Puglia ha presentato istanza per il rinnovo del protocollo triennale d'intesa e della convenzione annuale.

IL PROTOCOLLO

Viene approvato, ai sensi dell'art.16 della legge regionale n. 33/2006, lo schema di rinnovo del protocollo d'intesa per il triennio 2014- 2016 tra il Centro Giustizia Minorile per la Puglia del Ministero della Giustizia e l'Assessorato allo Sport della Regione Puglia, allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si rinvia).

DGR 20.5.14, n. 968 - Protocollo operativo, tra Ministero della Giustizia, Regione Puglia, Anci Puglia e Tribunale di Sorveglianza di Bari, Lecce e Taranto, finalizzato ad attuare urgenti azioni a sostegno dei programmi di reinserimento di persone condannate alla reclusione. Approvazione. Autorizzazione alla sottoscrizione. Delega.

Note

PREMESSA

La Regione Puglia ritiene fondamentale prevedere forme di collaborazione che permettano di realizzare in modo più puntuale le previsioni costituzionali in tema di reinserimento delle persone condannate alla reclusione.

Sono stati già sottoscritti tra Regione - Ministero di Grazia e Giustizia Anci Puglia e Amministrazione Penitenziaria accordi in tema di reinserimento sociale e lavorativo delle persone condannate alla reclusione o sottoposte alle sanzioni penali alternative alla detenzione, con particolare riguardo alla rimozione degli ostacoli che limitano l'accesso alle misure alternative alla detenzione;

IL PROTOCOLLO

Viene approvato lo schema di "Protocollo operativo" tra Ministero della Giustizia, Regione Puglia, Anci Puglia e Tribunale di Sorveglianza di Bari, Lecce e Taranto, finalizzato ad attuare urgenti azioni a sostegno dei programmi di reinserimento di persone condannate alla reclusione, riportato in allegato per farne parte integrante del presente provvedimento;

DGR 27.5.14, n. 1076 - DPCM 1.4.08 Sanità Penitenziaria. Adeguamento dell'assistenza sanitaria carceraria al modello organizzativo previsto dal Servizio Sanitario Regionale. Attuazione della fase transitoria. (BUR n. 80 del 23.6.14)

Note

PREMESSA

Con D.P.C.M. 1/4/2008, recepito dalla Giunta Regionale con provvedimento n. 1747 del 23/09/2008, sono state emanate le norme tese a disciplinare "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".

In attuazione del predetto DPCM, la Giunta con il provvedimento succitato, ha, altresì, dato mandato alle ASL di prendere in carico il personale di ruolo già dipendente del Ministero della Giustizia alla data del 15 marzo 2008.

La Giunta, inoltre, al fine di scongiurare possibili interruzioni di servizio e per non disperdere la specifica professionalità maturata dagli operatori, a partire dall'anno 2009 a tutt'oggi, ha provveduto a prorogare con successivi atti, i contratti di lavoro in scadenza del personale sanitario impegnato nella medicina penitenziaria.

Successivamente, con l'art. 21 della Legge regionale 25/2/2010, n. 4 "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali", il Consiglio Regionale ha definito le procedure di definitiva regolamentazione dei rapporti giuridici di tutto il personale addetto all'erogazione dell'assistenza negli Istituti Penali.

Il suddetto articolo 21 è stato, poi, dichiarato parzialmente illegittimo dalla Corte Costituzionale che ne

Parte

ha sospeso gli effetti, ad eccezione del comma 7 del medesimo articolo, nella parte in cui prevede, anche per tutto il personale medico e paramedico in servizio negli istituti penali e titolare di altro incarico, un tetto massimo lavorativo di quarantotto ore settimanali, nel rispetto della normativa nazionale ed europea relativa all'orario di lavoro (come da direttiva CEE n 88 del 04.11.2003).

Di recente, il Servizio PATP dell'Assessorato al Welfare ha effettuato, con il supporto dell'Osservatorio Regionale Permanente per la Sanità Penitenziaria, un attento monitoraggio della situazione giuridica del personale sanitario, medico e non medico, che, a qualsiasi titolo, opera all'interno delle strutture penali del territorio regionale, attraverso la predisposizione di un apposito strumento di rilevazione che ha permesso di individuare, per ciascun operatore, la tipologia di incarico, l'orario di servizio e gli altri incarichi di cui risulta, eventualmente, titolare.

Tale ricognizione del personale è stata oggetto di successivo approfondimento in seno all'Osservatorio Regionale, ai fini della predisposizione di direttive per tutte le ASL, avendo come obiettivo primario il miglioramento della qualità dell'assistenza che deve essere garantita ai soggetti detenuti negli istituti penali pugliesi.

La proroga dei contratti di lavoro in scadenza interessa, quindi, i medici addetti al servizio di guardia, i medici specialisti titolari di contratto a chiamata o ad ore e le unità di personale paramedico a contratto, per un complessivo di 165 unità.

Al riguardo, al fine di rispettare l'obbligo richiamato dall'art.21 della L.R. n. 4/2010 ed a tutela della qualità dell'assistenza sanitaria negli Istituti di Pena, è necessario superare l'attuale situazione che consente a molti operatori di "lavorare" anche per 60 ore settimanali, in quanto sono contemporaneamente titolari di più rapporti di lavoro, con la stessa ASL o con altri enti pubblici o privati.

LA DISPOSIZIONE

Al fine, quindi, di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in favore della popolazione ristretta negli Istituti Penali pugliesi, si dispone:

Di richiamare tutte le ASL, ai sensi dell'art. 21, comma 7, della L.R. n. 4/2010, all'obbligo di rispettare la normativa nazionale ed europea in materia di orario di lavoro, che individua il tetto massimo di quarantotto ore settimanali (come da direttiva CEE n 88 del 04.11.2003).

le carenze orarie che si andranno a ravvisare, in virtù dell'applicazione del limite delle 48 ore lavorative per il personale ad oggi impegnato nell'assistenza negli istituti di pena, dovranno essere coperte con le seguenti modalità:

- a) utilizzo del personale dipendente della ASL, secondo gli istituti contrattualmente previsti (straordinario - progetto finalizzato);
- b) completamento orario dei medici di continuità assistenziale in forza alla ASL;
- c) attribuzione di nuovi incarichi di continuità assistenziale;
- d) per il personale paramedico in forza negli istituti di pena, titolare di ulteriori rapporti di lavoro con la stessa ASL o con altri enti pubblici o privati, obbligo di produrre nulla osta alla prosecuzione dell'impegno lavorativo all'interno dell'istituto penitenziario, sempre nel rispetto del tetto massimo delle 48 h.

Nelle more della realizzazione del nuovo modello organizzativo suesposto ed al fine di garantire la continuità dell'assistenza, le ASL sono autorizzate a prorogare, per ulteriori sei mesi, i rapporti di lavoro in essere con il personale medico e paramedico, titolare di contratti libero/professionali, già stipulati con il Ministero della Giustizia, rimasti sino ad oggi in vigore in virtù delle ripetute proroghe concesse dal Governo Regionale, sempre nel rispetto del tetto massimo delle 48 ore, laddove tale personale non sia già dipendente ASL o in stato di quiescenza.

DGR 27.5.14, n. 1075 - DPCM 1.4.08 "Modalità e criteri per trasferimento al S.S.N. di funzioni

Parte

sanitarie, rapporti lavoro, risorse finanziarie, attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”. Quote rette da corrispondere, da parte delle A.S.L., agli Enti Ausiliari che ospitano imputati tossicodipendenti agli arresti domiciliari.

Note

Viene ritenuta inopportuno che la retta riconosciuta in favore delle strutture Terapeutiche-Riabilitative residenziali che ospitano “utenti in stato di libertà” sia di importo maggiore a quella riconosciuta agli stessi Enti Ausiliari che ospitano utenti agli arresti domiciliari o assoggettati alle misure alternative, anche considerando gli ulteriori costi non programmabili di varia natura (legale, giudiziario, psicologico, sociale, ecc.), facilmente dimostrabili.

LA DISPOSIZIONE

Viene uniformata e riconosciuta, in favore delle Comunità Terapeutiche Riabilitative residenziali, iscritte nell’Albo regionale degli EE.AA. di cui alla L.R. 22/96, che ospitano soggetti agli arresti domiciliari o assoggettati alle misure alternative alla detenzione, la stessa retta pro die e pro-capite di € 50,00 definita con DGR 1822 dell’ 8/10/2013.

Dal mese successivo all’approvazione del presente atto, le rette che le AA.SS.LL. dovranno riconoscere in favore degli Enti Ausiliari iscritti all’Albo regionale ed accreditate transitoriamente ai sensi della Legge 724/94 che ospitano soggetti agli arresti domiciliari o assoggettati alle misure alternative alla detenzione sono quelle rilevabili dalla tabella seguente:

Area di attività Tariffe/rette (pro die/pro capite)
Residenziale

Pedagogico-Riabilitativa € 34,07

Terapeutico-Riabilitativa € 50,00

UMBRIA

DPGR 26.5.14, n. 46 - Nomina del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale, ai sensi dell’art 2 della legge regionale 18 ottobre 2006, n. 13.

LA PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

Vista la legge regionale 18 ottobre 2006, n. 13: *Istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale* e, in particolare, l’art. 2, così come modificato dall’art. 1 della legge regionale n. 24/2010 ed integrato dall’art. 1, comma 1 della legge regionale 1/2014;

Vista la deliberazione dell’Assemblea legislativa dell’Umbria n. 321 dell’8 aprile 2014, con la quale il Prof. Carlo Fiorio è stato eletto Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale;

Vista la legge regionale 21 marzo 1995, n. 11: *Disciplina delle nomine di competenza regionale e della proroga degli organi amministrativi* e successive modificazioni;

Preso atto della nota dell’Assemblea legislativa dell’Umbria, acquisita al prot. reg.le n. 56779 del 28 aprile 2014, con la quale si comunica che il Prof. Carlo Fiorio ha dichiarato di accettare l’incarico e di non trovarsi nelle condizioni impeditive di cui alla l.r. 11/1995;

Preso atto, altresì, della nota prot. n. 14904 del 20 maggio 2014, con la quale l’Università degli Studi di Perugia concede al Prof. Carlo Fiorio l’autorizzazione a svolgere l’incarico in oggetto, ai sensi dell’art. 53, c. 10 del d.lgs. 165/2001 e s.m.;

DECRETA

Parte

Art. 1

È nominato, su conforme deliberazione dell'Assemblea legislativa dell'Umbria n. 321 dell'8 aprile 2014, quale Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale, ai sensi dell'art. 2 della legge regionale n. 13/2006 e successive modificazioni, il Prof. **Carlo Fiorio**, - Professore Ordinario - Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Perugia, nato a Torino il 16 settembre 1965.

Art. 2

Ai sensi dell'art. 2, comma 3 della l.r. 13/2006 e s.m., il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale dura in carica cinque anni e non può essere riconfermato. Il presente decreto è pubblicato nel *Bollettino Ufficiale della Regione*.

DGR 24.4.14, n. 470. - Protocollo d'intesa interistituzionale, promosso dal Ministero della Giustizia, su misure finalizzate al recupero ed al reinserimento di detenuti con problemi legati alla tossicodipendenza. Recepimento del testo e sua approvazione propedeutica alla stipula. (BUR n. 31 del 25.6.14)

Note**PREMESSA**

Sul tema delle misure alternative alla detenzione per persone alcol e tossico-dipendenti è in atto in ambito regionale, su iniziativa della Regione Umbria e del Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria, un percorso di collaborazione e confronto, volto alla definizione di linee guida regionali interistituzionali.

Il Ministro della Giustizia, il Presidente della Regione Umbria, il Presidente dell'ANCI Umbria ed il Presidente del Tribunale di sorveglianza di Perugia intendono attivare interventi congiunti ed azioni urgenti a sostegno dei programmi di reinserimento di persone condannate alla reclusione, e nello specifico ai detenuti con problemi legati alla tossicodipendenza;

La condizione degli istituti penitenziari in Italia è gravata da una serie di complessità e problemi di natura diversa, tra i quali spicca in maniera particolare il livello di sovraffollamento, su cui si concentrano ormai da anni i richiami dei più alti livelli delle istituzioni nazionali ed europee.

Questa situazione generale si estende anche agli istituti penitenziari umbri; il rapporto "Carcere e salute in Umbria", redatto nel 2012 dalla Direzione regionale Salute e coesione sociale, pone in evidenza tra gli altri i seguenti dati, rilevati al 31 dicembre 2011:

— un volume di presenze di 1.681 unità, pressoché doppio rispetto alla capienza regolamentare (960 detenuti), e comunque sovrastante di 100 unità rispetto alla cosiddetta "capienza tollerabile" (1.593 detenuti);

— una crescita continua e importante delle presenze dal 2006 al 2010, seguita successivamente da una stabilizzazione del dato; nel periodo considerato si è avuto un tasso di incremento superiore a quello italiano e a quello di tutte le altre regioni;

— un tasso di detenzione pari a 185 detenuti per 100.000 abitanti, contro un tasso nazionale di 110 per 100.000, con evidenti pesanti ricadute sui servizi sanitari e sociali territoriali;

— una quota di stranieri superiore al 40 per cento; la popolazione detenuta straniera è stata quella in cui è stato registrato un incremento maggiore;

— una percentuale di assuntori dichiarati di sostanze psicoattive e tossicodipendenti che a livello regionale si situa intorno al 24 per cento, ma con tetti differenziati tra i diversi istituti (31 per cento a Perugia, 8 per cento a Spoleto, 29 per cento a Terni, 54 per cento ad Orvieto); a questa quota occorre sommare tutti quei detenuti che, per motivi

diversi, non dichiarano espressamente la loro condizione di dipendenza, attuale o pregressa;

— una spesa sanitaria complessiva che supera abbondantemente i 3,5 milioni di euro, poiché questa voce considera solo le spese di personale (circa 3.150.000 €) e la spesa farmaceutica (370.000 € circa).

Parte

Per fronteggiare questa situazione, indubbiamente gravosa e complessa, la Regione è intervenuta ponendo la situazione carceraria tra le priorità della propria programmazione.

Il Piano sanitario regionale 2009-2011, auspicando un lavoro sinergico tra il Servizio sanitario regionale, l'Amministrazione penitenziaria e quella della Giustizia minorile ai fini della tutela della salute dei reclusi, indica alcuni principi applicativi di riferimento, identificabili nel riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, tra individui liberi e detenuti; nel legame complementare tra interventi a tutela della salute ed interventi mirati al recupero sociale; nella finalità di garantire sicurezza e dignità della persona negli istituti penitenziari sotto il profilo non solo sanitario, ma anche ambientale, culturale e religioso; nella continuità terapeutica quale principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura, che parte dall'ingresso in carcere, continua negli eventuali spostamenti tra le diverse strutture e va fino alla scarcerazione e immissione in libertà.

Il Piano sociale regionale, attribuendo rilevanza ai temi dell'educazione-formazione e del lavoro, sia durante la fase della detenzione, sia in quella preventiva alla scarcerazione, sia nella fase dell'esecuzione della pena in misura alternativa alla detenzione, promuove la costruzione di progetti personalizzati integrati, l'accompagnamento da dentro a fuori il carcere e il tutoraggio fino al possibile reinserimento. Nel quadro delle politiche di inclusione sociale, pertanto, sono state sviluppate azioni e progetti per favorire l'integrazione e l'inclusione lavorativa dei detenuti ed ex detenuti, con il coinvolgimento degli istituti di pena, degli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE), di altre istituzioni come le Amministrazioni provinciali, nonché del mondo produttivo e del terzo settore.

La definizione di accordi interistituzionali, di atti di indirizzo, di organismi permanenti di coordinamento intersettoriale, ha supportato, in particolare negli ultimi anni, la concretizzazione di tali orientamenti fondamentali della programmazione regionale e la costruzione e il consolidamento di costanti rapporti di collaborazione tra tutte le istituzioni coinvolte.

All'interno di questa cornice, un rilievo specifico assume il tema delle misure alternative alla detenzione, introdotte nell'ordinamento penitenziario allo scopo di favorire la risocializzazione del condannato. Tra i diversi profili previsti, particolare attenzione va data alle misure riferite ai condannati alcol e tossico-dipendenti, poiché il contesto del carcere risulta particolarmente inidoneo alla cura della condizione di dipendenza ed al reinserimento socio-lavorativo delle persone che ne sono affette. Occorre tenere presente, a questo proposito, alcune peculiarità che caratterizzano questa specifica popolazione: - sotto il profilo statistico, poiché i detenuti tossicodipendenti ed alcolodipendenti costituiscono una quota del tutto rilevante tra i detenuti sia in Italia che in Umbria; - sotto il profilo sanitario, considerato che tale popolazione risulta esposta a particolari rischi sia all'interno che all'esterno del carcere; - sotto il profilo penalistico e criminologico, posto che, come documentano diverse ricerche, la pena detentiva non sembra costituire un deterrente dissuasivo efficace ai fini della prevenzione della recidiva.

La Regione Umbria ed il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria hanno quindi realizzato negli anni 2012 e 2013 un percorso congiunto, cui ha collaborato attivamente la Magistratura di sorveglianza e che ha visto la partecipazione di operatori afferenti a tutte le istituzioni coinvolte (compresi gli enti accreditati del privato sociale presenti nel territorio umbro), con l'obiettivo di valorizzare ed incrementare questo strumento e giungere alla definizione di linee guida regionali per la gestione integrata dei programmi in misura alternativa per persone alcol e tossico-dipendenti.

In piena coerenza con quanto fin qui realizzato in ambito regionale, si colloca la proposta del Ministero della Giustizia circa l'avvio di forme di collaborazione volte a realizzare in modo più puntuale le previsioni costituzionali in tema di reinserimento delle persone condannate alla reclusione.

Sulla base di questa convergenza di intenti, è stata quindi elaborata la proposta di un protocollo operativo tra il Ministero della Giustizia, la Regione Umbria, l'ANCI Umbria e il Tribunale di Perugia,

finalizzato ad attuare azioni urgenti a sostegno dei programmi di reinserimento di persone condannate alla reclusione.

Obiettivo del protocollo è realizzare, in ambito regionale, interventi congiunti mirati in particolare a favorire percorsi rieducativi, di responsabilizzazione e di reinserimento sociale e lavorativo, con particolare riguardo ai soggetti appartenenti alla popolazione detenuta e dell'area penale esterna, quali ad esempio i soggetti con problematiche legate ad alcool e tossico-dipendenze che necessitano di specifici percorsi riabilitativi.

La proposta di protocollo, inoltre, impegna le istituzioni firmatarie a realizzare misure ed interventi migliorativi delle condizioni del sistema detentivo, sia dell'area penale interna che esterna, anche in vista di una più accurata integrazione con il territorio e la comunità di riferimento, ed in particolare a potenziare percorsi che valorizzino il lavoro dei detenuti e ne estendano le opportunità, considerando i recenti provvedimenti legislativi che hanno esteso la possibilità di lavoro all'esterno ai c.d. lavori di pubblica utilità.

PROTOCOLLO OPERATIVO

TRA

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA, REGIONE UMBRIA, ANCI UMBRIA

E

TRIBUNALE DI SORVEGLIANZA DI PERUGIA

Premesso

- che il Ministero della Giustizia e la Regione Umbria, esplicitando la comune volontà di collaborazione istituzionale, hanno sottoscritto in data 7 marzo 2001, il “Protocollo Generale d’Intesa tra il Ministero Giustizia - D. A. P. e la Regione Umbria” finalizzato ad una fruttuosa sinergia per la realizzazione delle prescrizioni costituzionali, declinato in varie tematiche fra le quali alcune specifiche in tema di: “cura e riabilitazione dei soggetti in esecuzione penale tossicodipendenti e alcool dipendenti ...” e di “integrazione dei servizi territoriali con i servizi penitenziari per gli interventi per soggetti in esecuzione penale esterna”;
- che nell’ottica di una collaborazione, con il presente protocollo, il Ministero della Giustizia, la Regione Umbria, il Tribunale di Sorveglianza di Perugia e l’ANCI Umbria intendono continuare e potenziare percorsi che valorizzino il lavoro dei detenuti e ne estendano le opportunità, anche in linea con i recenti provvedimenti legislativi che hanno esteso la possibilità di lavoro all’esterno, ai c.d. lavori di pubblica utilità;
- che il Ministero della Giustizia, la Regione Umbria, il Tribunale di Sorveglianza di Perugia e l’ANCI Umbria, attraverso la previsione di accordi specifici e impegni reciproci, intendono concorrere a realizzare misure ed interventi migliorativi delle condizioni del sistema detentivo, sia dell’area penale interna che esterna anche in vista di una più accurata integrazione con il territorio e la comunità di riferimento;
- che le suddette misure ed interventi si rivolgono alla popolazione detenuta e intendono favorire percorsi rieducativi, di responsabilizzazione e di reinserimento sociale e lavorativo, con particolare riguardo ai soggetti appartenenti alla popolazione detenuta e dell’area penale esterna, quali ad esempio soggetti con problematiche legate ad alcool e tossico dipendenze che necessitano di specifici percorsi riabilitativi.

Visto

- quanto in premessa che le parti impegnate nel presente Accordo ritengono fondamentale nell’attuale fase del sistema penitenziario italiano prevedere forme di collaborazione che permettano di realizzare in modo più puntuale le previsioni costituzionali in tema di reinserimento delle persone condannate alla reclusione;
- Visti gli artt. 11 e 15 della L. n. 241 del 1990 in tema di accordi pubblici;
- Visto l’art. 21 L. n. 354 del 1975 e l’art. 4 del D.P.R. n. 230 del 2000;
- Visto il D.P.C.M. dell’1.4.2008;
- Visto Protocollo generale d’intesa tra il Ministero Giustizia - D. A. P. e la Regione Umbria sottoscritto il 7 marzo 2001;
- Visti il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 ed il Piano Sociale Regionale 2010-2012;

Parte

- Vista la Delibera di Giunta Regionale n. 205 14/03/2013 e successive integrazioni recante: "... costituzione Tavolo di Governance e Tavolo Tecnico per l'inclusione sociale e lavorativa delle persone detenute ed ex detenute".

Considerato

- che la Regione Umbria, in collaborazione con il PRAP – UEPE, ha realizzato percorsi di formazione, confronto ed elaborazione sul tema delle misure alternative alla detenzione per persone alcol e tossico-dipendenti, cui hanno partecipato referenti di tutte le istituzioni e servizi coinvolti nell'applicazione e nella gestione di tali programmi, e che tali percorsi si concluderanno con la definizione di linee guida regionali interistituzionali in materia;

- che la Regione Umbria con Delibera di Giunta Regionale n. 205 del 14/03/2013 e successive integrazioni, al fine di costruire uno stabile sistema di governance e definire delle modalità di confronto costanti e strutturate tra le Amministrazioni a vario titolo impegnate nel reinserimento socio lavorativo delle persone soggette a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, ha ritenuto necessario istituire il Tavolo di Governance e il Tavolo Tecnico, due organismi permanenti di collaborazione e coordinamento intra-istituzionale ed interistituzionale, organismi condivisi tra la Regione Umbria, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria, gli Enti Locali e gli altri attori sociali presenti sul territorio;

Si conviene quanto segue:

Il Ministro della Giustizia, On. Andrea Orlando, il Presidente della Regione Umbria, Catuscia Marini, il Presidente dell'ANCI Umbria Wladimiro Boccali e il Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Perugia f.f. Beatrice Cristiani, stipulano il presente Accordo Operativo, finalizzato ad attuare urgenti azioni a sostegno dei programmi di reinserimento di persone condannate alla reclusione.

DIPENDENZE

DD 19.6.14, n. G08908 - D.G.R. 314 del 27 maggio 2014. Programma di utilizzazione degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali anno 2014 spesa corrente punto 7 Programma 4. Approvazione dei criteri e delle modalità per la presentazione di proposte progettuali da parte di soggetti del privato sociale inerenti attività di supporto alle azioni regionali per la prevenzione dei rischi dovuti al gioco di azzardo patologico (G.A.P.). Approvazione dello schema di avviso pubblico. (BUR n, 51 del 26.6.14)

Note

PREMESSA

Con L.R. 5 agosto 2013, n. 5 sono state dettate "Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (GAP)";

Con determinazione n.G04287/2013 sono stati erogati ai sensi della L.R. 5/2013, tra l'altro, finanziamenti in favore dei Comuni capofila dei distretti socio-sanitari del Lazio e di Roma Capitale per la realizzazione di sportelli di informazione e ascolto, rivolti in particolare ai giovani, attraverso il coinvolgimento delle strutture scolastiche, delle aggregazioni giovanili e dei soggetti del Terzo Settore per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico.

LA RICADUTA SULLE PERSONE E SULLE FAMIGLIE

Gli interventi sopra indicati rivestono un rilevante interesse regionale in quanto la ricaduta finale avverrà sulle persone e le famiglie che si trovano nella condizione di essere incapaci di resistere all'impulso di giocare e il cui comportamento compromette le relazioni personali, familiari e lavorative.

L'OBIETTIVO DELLA REGIONE

L'obiettivo dell'azione regionale è di intervenire in maniera incisiva per rafforzare la strutturazione di una rete di servizi a livello territoriale, capace di promuovere una ampia consapevolezza sociale in merito al gioco d'azzardo patologico (GAP) e che è opportuno armonizzare le attività previste nell'intervento regionale.

Parte

I SOGGETTI INTERESSATI

Al fine di conseguire gli obiettivi programmatici previsti, viene ritenuto opportuno realizzare azioni di supporto a quanto già avviato con la sopra richiamata determinazione dirigenziale n.G04287/2013, rivolte ad un target identificabile in un ventaglio di soggetti coinvolti nella gestione della policy regionale sul GAP (es. operatori sociali dei distretti socio-sanitari, Terzo Settore, ecc.).

LE AZIONI CHIAVE

Le azioni chiave individuate per l'attuazione dell'intervento di cui alla presente determinazione siano riconducibili alle seguenti tipologie:

1. Mappatura dei servizi finalizzata alla rilevazione dell'insieme dei soggetti operanti sul territorio, dei servizi offerti nell'ambito della prevenzione del rischio derivante dal gioco d'azzardo patologico e delle modalità operative;
2. Attività di aggiornamento seminariale, rivolta agli operatori degli sportelli regionali di informazione e ascolto, per la cui attivazione si ritiene propedeutica, nonché agli altri soggetti coinvolti nella gestione della policy regionale sul GAP;
3. Predisposizione di un vademecum avente lo scopo di rendere coerente e coordinato il lavoro degli operatori degli sportelli di informazione.

IL FINANZIAMENTO

Con la DGR n. 314 del 27/05/2014 lettera d) al punto 7 si dispone di destinare la somma di €150.000,00 (centocinquantamila/00) per la prevenzione dei rischi derivanti dal gioco d'azzardo patologico, mediante attività mirate, ai sensi della L.R. 5/13.

L'AVVISO PUBBLICO

Viene approvato lo schema dell'avviso pubblico, allegato A), alla presente determinazione dirigenziale, contenente l'invito a presentare proposte progettuali da parte di soggetti del privato sociale inerenti attività di supporto alle azioni regionali per la prevenzione dei rischi dovuti al gioco d'azzardo patologico (G.A.P.), nonché le modalità di presentazione delle proposte e i criteri di valutazione.

LA RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Viene nominata Concetta Bevilacqua, funzionario della Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport, responsabile del procedimento per la realizzazione dell'intervento oggetto della presente determinazione dirigenziale.

SCHEMA DI AVVISO DI EVIDENZA PUBBLICA

CONTRIBUTO FINO A € 150.000,00 PER REALIZZAZIONE DI UN PROGETTO DI SUPPORTO ALLE AZIONI REGIONALI PER LA PREVENZIONE DEI RISCHI DOVUTI AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (G.A.P.)

LA DIREZIONE REGIONALE POLITICHE SOCIALI, AUTONOMIE, SICUREZZA E SPORT

RENDE NOTO

Che la Giunta regionale del Lazio, con propria Deliberazione n.314 del 27.05.2014, ha previsto la destinazione di € 150.000,00 sul capitolo H 41927 per la prevenzione dei rischi derivanti dal gioco d'azzardo patologico, mediante attività mirate, ai sensi della L.R. 5/2013;

Che con Determinazione della Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport n. XXXX del XXXX ha previsto, in attuazione della sopracitata Deliberazione 314/2014, la concessione di un contributo per la realizzazione di un progetto di supporto alle azioni regionali per la prevenzione dei rischi dovuti al gioco d'azzardo patologico (G.A.P.) già avviate con determinazione dirigenziale n. G04287/2013, per un importo massimo di € 150.000,00, ed ha approvato altresì le modalità di presentazione dei progetti da parte dei soggetti interessati di cui al presente avviso pubblico;

Che il finanziamento regionale sarà destinato ad un unico progetto, propedeutico all'avvio degli interventi previsti dalla L.R. 5 agosto 2013; tale progetto, ricomprendente le tipologie di intervento previste dall'art. 10 della sopracitata legge regionale, nelle more dell'adozione del piano integrato triennale socio sanitario per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza da G.A.P., riveste un rilevante interesse regionale in quanto la ricaduta finale avverrà sulle persone e le famiglie che si trovano nella condizione di essere incapaci di resistere all'impulso di giocare e il cui comportamento compromette le relazioni personali, familiari e lavorative, così come previsto dall'art. 3 della legge regionale n. 5 del 5 agosto 2013.

Pertanto,

Parte

INVITA

tutti i soggetti di cui alla sezione II, punto II.3, interessati, a far pervenire entro le ore 12,00 dell' 11 luglio 2014, le proprie proposte progettuali, secondo le modalità indicate nelle successive sezioni del presente avviso. Fermi restando i requisiti di ammissibilità, presentando apposita candidatura alla selezione in oggetto, si intendono pienamente riconosciute e accettate tutte le modalità, le indicazioni e le prescrizioni previste dal presente Avviso di evidenza pubblica alle condizioni che seguono.

SEZIONE I: AMMINISTRAZIONE AGGIUDICATRICE

I.1) Denominazione e indirizzo dell'Amministrazione:

Regione Lazio – Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport – Area Sostegno alla Disabilità - C.F. 80143390581 – Via del Serafico n.127, 00142 Roma

I.2) Indirizzo presso il quale è possibile ottenere ulteriori informazioni

I soggetti interessati potranno prendere visione del presente avviso e dei relativi allegati sul sito della Regione Lazio all'indirizzo www.socialelazio.it e/o rivolgersi per ulteriori informazioni al Responsabile del Procedimento dalle ore 09:00 alle ore 12:00, previo appuntamento, presso la Regione Lazio - Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport – Area Sostegno alla Disabilità - Via del Serafico n.127, 00142 Roma – (Piano 2°- Stanza 241), tel. 06.5168.8373 – fax 06.5168.8322.

I.3) Responsabile del Procedimento

Dott.ssa Concetta Bevilacqua – tel. 06.5168.8373 - email tbevilacqua@regione.lazio.it.

I.4) Indirizzo dove inviare le candidature

Regione Lazio - Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport - Via del Serafico n.127, 00142 Roma, Ufficio accettazione posta - 1° piano, stanza 191 aperto dal lunedì al giovedì nell'orario 08:00 – 17:00 e venerdì nell'orario 08:00 – 15:00.

I.5) Atto di destinazione delle risorse

La presente procedura è stata indetta a seguito della Deliberazione della Giunta Regionale n. 314/2014 che destina la somma di €150.000,00 (centocinquantamila/00) sul Cap. H41927 del bilancio regionale 2014 per la prevenzione dei rischi derivanti dal gioco d'azzardo patologico, mediante attività mirate, ai sensi della L.R. 5/13 e della Determinazione della Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport n. XXXX del.....

I.6) Pubblicazione dell'Avviso pubblico

Il presente avviso pubblico sarà pubblicato sul B.U.R.L. e sul sito internet www.socialelazio.it.

SEZIONE II: NOTIZIE GENERALI

II.1) Oggetto e finalità

Ai sensi del presente Avviso pubblico sarà concesso un contributo finanziario per la realizzazione di un unico progetto, di durata biennale, di supporto alle azioni regionali per la prevenzione dei rischi dovuti al gioco d'azzardo patologico approvate con determinazione dirigenziale n. G04287 del 11/12/2013.

Con la soprarichiamata determinazione, in particolare:

- sono stati erogati finanziamenti in favore dei Comuni capofila dei distretti socio-sanitari del Lazio e di Roma Capitale per la realizzazione di sportelli di informazione e ascolto, rivolti in particolare ai giovani, attraverso il coinvolgimento delle strutture scolastiche, delle aggregazioni giovanili e dei soggetti del Terzo Settore;

- è stata approvata la realizzazione di un centro di ascolto regionale, tramite l'istituzione di un numero verde, che fornirà un servizio di ascolto, assistenza, consulenza e orientamento ai servizi sul territorio, con compiti di coordinamento e raccordo con gli sportelli distrettuali, avvalendosi della Società Lazio Service S.p.A, in quanto società in house della Regione Lazio.

Il progetto finanziato con il presente Avviso pubblico sarà propedeutico all'avvio ed alla realizzazione degli interventi sopra indicati e riveste un rilevante interesse regionale in quanto il fenomeno ha una ricaduta importante sia in termini economici che sociali soprattutto sulle fasce più deboli della popolazione; la ricaduta finale si ripercuoterà, quindi, sulle persone e le famiglie che si trovano nella condizione di essere incapaci di resistere all'impulso di giocare ed il cui comportamento compromette le relazioni personali, familiari e lavorative, ed inoltre ha valenza strategica al fine dell'azione programmatica della Regione Lazio ai sensi della soprarichiamata L.R. 5/2013.

Obiettivo della presente azione regionale è, pertanto, quello di intervenire in maniera incisiva per rafforzare la strutturazione di una rete di servizi a livello regionale capace di promuovere sul territorio una ampia consapevolezza sociale in merito al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e dare risposte alle domande specifiche di conoscenza ed intervento avanzate da soggetti collettivi (centri socioculturali, centri anziani, ecc.), da istituzioni (scuole, municipi, ecc.), da cittadini e famiglie in merito al gioco d'azzardo patologico.

A tal fine, il target cui dovranno essere rivolte azioni finanziate attraverso il presente Avviso pubblico è identificabile in un ventaglio di soggetti coinvolti nella gestione della *policy* regionale sul GAP (es. operatori sociali dei distretti socio-sanitari, Terzo Settore, ecc.).

Il progetto che sarà finanziato verrà realizzato sotto il coordinamento e controllo della Regione Lazio.

Parte

II.2) Attività ammissibili al finanziamento

Le azioni chiave individuate per l'attuazione del presente intervento, sulle quali dovranno essere incentrate le proposte progettuali, coerentemente all'art. 10 della L.R. n. 5/2013, sono le seguenti:

1. Mappatura dei servizi

L'attività di mappatura sarà finalizzata alla rilevazione dell'insieme dei soggetti operanti sul territorio, dei servizi offerti nell'ambito della prevenzione del rischio derivante dal gioco d'azzardo patologico e delle modalità operative, anche nella prospettiva di dotare la Regione Lazio di uno strumento utile all'attività di progettazione territoriale socio sanitaria e informativa previste alle lettere d) e f) dell'art. 10 della L.R. n. 5/2013, al fine di evitare duplicazioni di servizi e favorire lo sviluppo di sinergie positive.

2. Attività di aggiornamento seminariale

Tenendo conto dell'urgenza dello start up degli sportelli di informazione e ascolto dei Comuni capofila dei distretti socio-sanitari del Lazio e di Roma Capitale, l'attività di aggiornamento seminariale si ritiene propedeutica all'avvio e alla realizzazione degli interventi; questa dovrà prevedere un'organizzazione differenziata in relazione al target dei soggetti coinvolti nella gestione della *policy* regionale sul GAP.

3. Predisposizione di un vademecum

Allo scopo di rendere coerente e coordinato il lavoro degli operatori degli sportelli di informazione e ascolto e del centro di ascolto regionale, si ritiene necessaria la predisposizione di un vademecum, anche nella prospettiva di dotare la Regione Lazio di uno strumento utile all'attività prevista alla lettera e) dell'art. 10 della L.R. n. 5/2013.

Oltre alle azioni chiave sopra elencate, le proposte progettuali potranno contenere eventuali ulteriori attività, sempre ricomprese nel tetto massimo di finanziamento, che dimostrino di apportare un valore aggiunto all'intervento regionale, di cui sarà tenuto conto nella fase di valutazione.

II.3) Soggetti destinatari e requisiti di ammissibilità

Sono ammessi a partecipare esclusivamente i seguenti soggetti:

A) Cooperative Sociali di tipo A, B o di tipo misto (A + B) di cui alla L.R. n. 24/96 e successive modifiche, Consorzi di cui all'articolo 8 della legge n.381/1991, Associazioni di promozione sociale di cui alla L.R. n. 22/1999 e successive modifiche, ONLUS.

Tali soggetti devono:

- a.1 essere costituiti da almeno due anni;
 - a.2 avere sede legale nel territorio della Regione Lazio;
 - a.3 essere iscritte agli specifici albi e/o registri della Regione Lazio;
 - a.4 dimostrare di operare specificatamente nel settore delle dipendenze;
 - a.5 dimostrare di possedere le sufficienti garanzie tecniche ed economiche per poter assicurare lo svolgimento del progetto.
- B) Possono partecipare altresì i Raggruppamenti temporanei di scopo, costituiti dai soggetti di cui al precedente punto A) i quali, prima della presentazione del progetto, abbiano conferito mandato collettivo speciale con rappresentanza ad uno di essi, qualificato mandatario, il quale presenta la domanda di contributo in nome e per conto proprio e dei mandanti.
- I soggetti destinatari in precedenza indicati debbono inoltre, pena l'esclusione, essere in possesso dei seguenti ulteriori requisiti:
- a) essere nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non in liquidazione volontaria e non sottoposti a procedure concorsuali;
 - b) operare nel rispetto delle vigenti normative in materia di edilizia ed urbanistica, in materia di tutela ambientale, sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro, delle normative per le pari opportunità tra uomo e donna e delle disposizioni in materia di contrattazione collettiva nazionale e territoriale del lavoro con particolare riferimento agli obblighi contributivi e a quanto disposto dagli artt. 4 e 7 della LR 18 settembre 2007, n. 16 "Disposizioni dirette alla tutela del lavoro, al contrasto e all'emersione del lavoro non regolare";
 - c) aver restituito agevolazioni pubbliche godute per le quali è stata disposta la restituzione;
 - d) essere in regola con la disciplina anticiclaggio di cui al D.Lgs. 21 novembre 2007, n. 231 e successive modificazioni;
 - e) essere in regola con gli obblighi contributivi risultante dal DURC;
 - f) non rientrare tra coloro che hanno ricevuto e, successivamente, non rimborsato o depositato in un conto bloccato, gli aiuti individuati quali illegali o incompatibili dalla Commissione europea (c. 1223, art. 1 della L. 296/06 cd. "clausola Deggendorf");
 - g) non essere stati destinatari, nei tre anni precedenti la data di comunicazione di ammissione alle agevolazioni, di provvedimenti di revoca totale di agevolazioni pubbliche, ad eccezione di quelli derivanti da rinunce da parte delle imprese;
 - h) non trovarsi nelle condizioni che non consentono la concessione delle agevolazioni ai sensi della normativa antimafia vigente (art. 67, comma 1, lettera g) e art 91 del Decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159).

Ciascun soggetto proponente potrà presentare una sola proposta progettuale a valere sul presente Avviso Pubblico e dovrà dichiarare nella domanda di non aver ottenuto o richiesto per le stesse spese altri finanziamenti di tipo comunitarie, nazionali o regionali.

II.4) Partnership e collaborazioni

Sono consentite partnership e collaborazioni con soggetti pubblici e/o associazioni e altre organizzazioni del terzo settore riconosciute con atto amministrativo statale o regionale con significativa esperienza nell'ambito del contrasto alle dipendenze da gioco d'azzardo. Tali collaborazioni possono avvenire a titolo gratuito o con rimborso spese. In ogni caso, è necessario presentare quanto segue:

- Nella proposta progettuale deve essere dettagliato il tipo di collaborazione, le attività oggetto della collaborazione, l'ambito territoriale in cui questa si svolge, l'entità e la tipologia dell'eventuale rimborso spese che si intende corrispondere, che deve essere comunque conforme alle spese ammissibili di cui al presente avviso pubblico.
- Deve essere allegata alla proposta progettuale una dichiarazione, sottoscritta dal legale rappresentante dell'organizzazione partner in cui si attesta la disponibilità a collaborare in caso di concessione del contributo, specificando anche in questo caso il tipo di collaborazione e l'entità dell'eventuale rimborso spese.
- Nel caso di partner privati deve essere allegato altresì un curriculum dell'organizzazione partner riportante le attività pregresse nell'ambito del contrasto alle dipendenze da gioco d'azzardo, atto a comprovarne la competenza.

II.5) Co-finanziamenti

Sono consentiti co-finanziamenti alla proposta progettuale, aggiuntivi al contributo previsto dal presente avviso pubblico, da parte sia del soggetto proponente che di altri soggetti pubblici o privati. In questo caso, è necessario presentare quanto segue:

- Nella proposta progettuale deve essere specificata la denominazione dell'ente co-finanziatore e l'entità dell'importo che si intende sostenere in caso di aggiudicazione del contributo.
- Deve essere inoltre allegata alla proposta progettuale una dichiarazione, sottoscritta dal rappresentante del co-finanziatore, in cui si impegna a co-finanziare il progetto in caso di aggiudicazione del contributo regionale, specificando l'entità del contributo e le modalità di erogazione.

II.6) Acquisizione presso terzi di beni e servizi

E' ammesso il ricorso all'acquisizione presso terzi di beni e servizi strumentali alla realizzazione del progetto solo nel caso di forniture strettamente specialistiche per le quali il soggetto proponente possa dimostrare di non poterne garantire la fornitura o l'esecuzione.

II.7) Ambito territoriale

Il progetto ammesso a contributo, ai sensi del presente Avviso Pubblico, dovrà essere realizzato, pena l'esclusione, all'interno del territorio della Regione Lazio.

II.8) Data prevista per l'avvio delle procedure di aggiudicazione

L'avvio delle procedure di aggiudicazione sarà comunicato ai soggetti aventi presentato le proposte progettuali e sarà indicato altresì sul sito internet www.socialelazio.it.

II.9) Durata o termine di esecuzione del progetto:

Il progetto avrà la durata massima di 24 mesi a far data dalla data di comunicazione di aggiudicazione.

II.10) Spese ammissibili

Sono ritenute ammissibili unicamente le spese direttamente collegate al progetto ed alla sua durata, delle quali deve essere data contezza della congruità ed in particolare:

A. Spese di gestione: affitti (pro quota), utenze (pro quota), costo del personale dipendente (con riferimento ai parametri del contratto collettivo di categoria), collaborazioni, consulenze, materiale di consumo, noleggi, rimborsi per missioni (in base al costo del mezzo pubblico più economico e in misura non superiore al 5% del costo totale del progetto), acquisizione presso terzi di beni e servizi strumentali alla realizzazione del progetto solo nel caso di forniture strettamente specialistiche per le quali il soggetto proponente non possa garantirne la fornitura o l'esecuzione, costi di coordinamento (in misura non superiore al 5% del costo totale del progetto).

B. Spese per investimenti materiali: acquisto di beni durevoli (quota di ammortamento). La proposta progettuale dovrà contenere il piano dei costi, dettagliato, specificando

- il totale previsto per ciascuna tipologia di spesa;
- Il totale di spesa previsto per ciascuna azione proposta;
- Il dettaglio delle singole tipologie di spesa previste all'interno delle attività;
- la congruità dei costi indicati rispetto al mercato.

Saranno riconosciute le spese sostenute nell'arco della durata temporale del progetto.

Si specifica che i costi sono comprensivi di IVA e di ogni altro onere.

Per quanto attiene le spese sostenute per la realizzazione del progetto, il soggetto beneficiario dovrà operare in conformità alle disposizioni di cui alla Legge 136/2010 "tracciabilità dei pagamenti" e ss.mm.ii.

SEZIONE III: PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO

Parte

III.1) Modalità di presentazione della domanda di contributo:

La domanda di contributo per la proposta progettuale e tutti i relativi allegati dovranno essere redatti in lingua italiana.

La candidatura, confezionata secondo le modalità di seguito specificate, dovrà pervenire, pena l'esclusione, entro e non oltre le ore 12:00 dell'11 luglio 2014 con qualsiasi mezzo a carico del richiedente, direttamente al seguente indirizzo: Regione Lazio – Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport - Via del Serafico n.127 – 00142 Roma – Ufficio Accettazione Posta – Piano 1° Stanza 191 aperto dal lunedì al giovedì ore 8:00-17:00 e venerdì ore 8:00-15:00.

Farà fede esclusivamente la data e l'ora di ricezione presso l'indirizzo sopra specificato.

L'Amministrazione, consentendo la consegna diretta presso i propri uffici, non assume alcuna responsabilità per il caso di ritardi nel recapito, ovvero per l'omessa consegna dei plichi da parte dei vettori prescelti dai concorrenti. Pertanto la stessa non procederà autonomamente al ritiro delle domande depositate presso i magazzini dai vettori stessi perché pervenute fuori orario di apertura dei propri uffici, ritenendo non ammissibile, ai fini della partecipazione all'avviso pubblico, il solo tagliando di avviso lasciato dal corriere e/o postino.

La candidatura dovrà pervenire, in busta chiusa, sigillata con ceralacca o nastro adesivo e controfirmata sui lembi naturali di chiusura dal Legale Rappresentante, o da un suo delegato con potere di firma.

Tale busta dovrà recare l'indicazione del mittente, completa del recapito postale, del recapito telefonico e del recapito fax oltre alle diciture: “Non aprire” e “Domanda di contributo per la realizzazione di un progetto di supporto alle azioni regionali per la prevenzione dei rischi dovuti al gioco d'azzardo patologico (G.A.P.)”

III.2). Documentazione da allegare

Il plico dovrà contenere, a **pena di esclusione**, la seguente documentazione, recante timbro e firma da parte del legale rappresentante (o da un suo delegato con potere di firma):

1. Domanda di partecipazione alla selezione per il finanziamento del progetto, con l'indicazione del soggetto proponente, secondo il modello allegato (Modello 1); alla domanda deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità sottoscritto dal soggetto firmatario; la domanda deve essere corredata dagli estremi a cui inviare le eventuali comunicazioni quali indirizzo, telefono, fax ed e-mail;
2. Autodichiarazione debitamente compilata, secondo il modello allegato (Modello 2);
3. Formulario descrittivo del progetto, secondo il modello allegato al presente avviso (Modello 3), contenente, tra l'altro il quadro economico di spesa, il cronoprogramma e le indicazioni delle modalità gestionali del progetto;
4. Copia dell'Atto costitutivo e dello Statuto;
5. Nel caso di raggruppamenti temporanei di scopo, mandato collettivo speciale;
6. Elencazione delle attività svolte nel settore delle dipendenze ed in particolare del G.A.P. con indicazione del committente, durata, budget e territorio interessato;
7. Bilanci relativi ai 2 anni precedenti la data di pubblicazione del presente Avviso.

L'ammissione e la liquidazione delle somme spettanti è condizionata alla regolarità del DURC (documento unico di regolarità contabile).

L'ammissione, inoltre, è condizionata alla verifica della non sussistenza di altre condizioni di impedimento previste dalla legge.

SEZIONE IV: PROCEDURA DI SELEZIONE

IV.1) Nomina della Commissione giudicatrice:

La valutazione dei progetti ai fini della ammissibilità al finanziamento verrà compiuta da una apposita Commissione, a titolo gratuito, nominata dal Direttore della Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport con propria determinazione, dopo la data di scadenza del presente Avviso pubblico.

IV.2) Modalità di apertura delle candidature:

la data della prima seduta sarà comunicata come previsto al punto II.7 e si svolgerà presso la sala riunioni del 2° piano in Via del Serafico n.127 – 00142 Roma.

La Commissione si riserva di effettuare le successive sedute nelle giornate seguenti o altrimenti di rinviarle dandone comunicazione ai partecipanti sul sito www.socialelazio.it.

IV.3) Criteri di aggiudicazione:

Verranno ritenute idonee tutte le domande presentate, complete di cui ai punti III.1 e III.2, e valutate dalla Commissione giudicatrice per l'attribuzione dei punteggi (per un massimo di 100 punti).

La Commissione procederà ad attribuire i punteggi secondo i pesi specificati di seguito.

Ambito A)

Qualità della strategia progettuale e validità progetto

Criterio Punteggio massimo

A.1) Rispondenza e funzionalità del progetto rispetto agli obiettivi di cui al presente Avviso. Il punteggio massimo sarà attribuito ai progetti capaci di rispondere in modo ottimale all'obiettivo indicato

Fino a 10

A.2) Ventaglio di soggetti target coinvolti nella gestione della policy regionale sul GAP cui è rivolto l'intervento. Il punteggio massimo sarà attribuito ai progetti che coinvolgono il maggior numero di soggetti, per tipologia e numerosità.

Fino a 10

A.3) Qualità dell'attività di mappatura dei servizi: articolazione dell'attività proposta per livelli di aggregazione territoriale (ASL, Distretti socio sanitari, regione) e descrizione dell'output. Il punteggio massimo sarà attribuito alla proposta che permetta di conoscere più dettagliatamente la situazione dei servizi sia sull'intero territorio sia a livelli di aggregazione sub regionale..

Fino a 10

A.4) Qualità degli interventi seminari: articolazione numerica, territoriale e contenutistica degli interventi seminari e differenziazione in funzione del target dei soggetti coinvolti nella gestione della policy regionale. Il punteggio massimo sarà attribuito alla proposta che preveda un intervento più capillare sul territorio, un'articolazione contenutistica adeguata e un'organizzazione differenziata in relazione al target

Fino a 10

A.5) Qualità del vademecum: articolazione contenutistica del vademecum e descrizione dell'output. Il punteggio massimo sarà attribuito alla proposta che risulti più adeguata per l'utilizzazione da parte dei soggetti operanti negli sportelli di informazione e ascolto, per le finalità di tali sportelli.

Fino a 10

A.6) Cantierabilità: dimostrazione della disponibilità (o dell'individuazione) dell'immobile/i nel/i quale/i verranno svolte le attività; individuazione del personale con adeguata professionalità (curricula allegati); disponibilità di strumentazione funzionale all'attività.

Il punteggio massimo sarà attribuito ai progetti capaci di dimostrare di poter essere prontamente avviati.

Fino a 5

A.7) Presenza di aspetti innovativi nel progetto. Presenza di ulteriori attività rispetto alle azioni chiave, sempre coerenti con le finalità dell'Avviso pubblico. Il punteggio massimo sarà attribuito ai progetti i cui aspetti innovativi dimostrino scelte organizzative di alto valore sotto il profilo della qualità e le cui ulteriori azioni diano valore aggiunto alla proposta progettuale.

Fino a 5

A.8) Presenza di coinvolgimento e il coordinamento trasversale degli attori locali (es. ASL, Amministrazioni Locali, Terzo Settore). Il punteggio massimo sarà attribuito ai progetti che dimostrino la maggiore capacità di "fare rete"

Fino a 5

A.9) Dimostrazione della congruità dei costi: il punteggio massimo sarà attribuito ai progetti che dimostrino che le spese previste siano coerenti rispetto ai parametri di mercato di riferimento.

Fino a 5

A.10) Collaborazioni e partnership pubbliche private. Il punteggio massimo sarà attribuito in presenza di documentazione atta a dimostrare l'alta qualificazione nella prevenzione dei rischi da G.A.P: dei soggetti partner e di un dettagliato programma relativo alle attività oggetto della collaborazione.

Fino a 5

A.11) Presenza di metodologia e strumenti per la verifica dei risultati del progetto. Presenza di indicatori di risultato e relativa coerenza. Il punteggio massimo sarà attribuito in presenza di reportistica ben articolata e di indicatori sociali.

Fino a 5

Ambito B)

Struttura ed organizzazione del soggetto proponente

Criterio Punteggio massimo

B.1) Esperienza maturata dal proponente nella gestione di progetti inerenti la prevenzione del gioco d'azzardo patologico negli anni precedenti Nel caso di associazioni temporanee di scopo sarà considerata l'esperienza dei componenti, anche tenendo conto del soggetto che ha maggiori anni di attività nel settore all'interno del gruppo. Il punteggio massimo sarà attribuito in ragione della maggiore esperienza dimostrata nel settore del G.A.P.

Fino a 10

B.2) Configurazione del gruppo delle risorse umane impiegate. Il punteggio massimo è attribuibile in presenza di completezza delle competenze dei singoli componenti in relazione alle attività richieste dal progetto e in presenza di almeno una figura professionale con esperienza quinquennale nel settore

Fino a 10

Ai fini della valutazione della capacità finanziaria saranno considerati i bilanci dei proponenti (o dei costituenti nei caso dei raggruppamenti temporanei di scopo) delle 2 annualità precedenti la pubblicazione del presente Avviso.

La Commissione, a fine procedura, stilerà una graduatoria provvisoria in funzione dei punteggi ottenuti a decrescere dal valore più alto al più basso.

La Commissione riterrà valida la procedura di selezione anche nel caso di presentazione di un solo progetto, avente i requisiti richiesti dall'Avviso pubblico.

Il punteggio minimo al fine dell'aggiudicazione, in base ai parametri indicati nella suesposta tabella è di 60 punti.

IV.4) Criteri di esclusione:

Sono comunque non ammissibili tutte le candidature che versino nelle seguenti condizioni:

a) sono escluse, **senza che si proceda all'apertura del plico di invio**, le candidature:

Parte

a.1) pervenute dopo il termine perentorio di cui alla Sezione III.1 del presente Avviso, indipendentemente dall'entità del ritardo e indipendentemente dalla data del timbro postale di spedizione, restando il recapito a rischio del mittente ove, per qualsiasi motivo, la domanda non giunga a destinazione in tempo utile;

a.2) presentate o spedite ad indirizzo diverso da quello di cui alla Sezione I.4;

b) sono escluse **dopo l'apertura della busta**, le candidature:

b.1) incomplete della documentazione di cui alla Sezione III.2;

b.2) presentate da soggetti diversi da quelli indicati alla Sezione II.3;

b.3) per le quali sia accertata dall'Amministrazione la non conformità delle dichiarazioni presentate.

I risultati saranno pubblicati, entro 60 giorni dall'approvazione della graduatoria definitiva sul

B.U.R.L. e sul sito regionale www.socialelazio.it.

SEZIONE V: REGOLAZIONE DEI RAPPORTI TRA REGIONE LAZIO E SOGGETTO AGGIUDICATARIO ED EROGAZIONE DEL FINANZIAMENTO

V.1) Rapporti tra la Regione Lazio e il soggetto aggiudicatario

I rapporti tra la Regione Lazio e il soggetto risultato aggiudicatario saranno regolati da un'apposita convenzione.

V.2) Modalità di erogazione:

A seguito della determinazione di approvazione della graduatoria definitiva verrà ammessa a contributo la proposta progettuale avente ottenuto il punteggio più alto, per un importo massimo di € 150.000,00 (centocinquantamila/00) compreso ogni onere.

L'erogazione del contributo avverrà secondo le modalità che saranno indicate nella convenzione e specificatamente :

La liquidazione del finanziamento avverrà nelle misure di seguito riportate:

1. il 50% della somma assegnata per la prima annualità del progetto sarà erogato ad avvenuta esecutività della Determinazione dirigenziale che approva la graduatoria ed individua il soggetto aggiudicatario del contributo;

2. rate periodiche per importi progressivi di € 25.000,00 ciascuno, subordinatamente alla verifica, da parte della Struttura competente della Regione, delle relazioni attestanti la realizzazione delle attività previste nel progetto e della conformità della rendicontazione della spesa relativa ad ogni periodo di esecuzione del medesimo e saldo a seguito di rendicontazione finale, salvo minori costi rendicontati.

I beneficiari non vantano alcun diritto all'erogazione del contributo loro assegnato se non successivamente all'esito positivo dell'istruttoria espletata sulla documentazione trasmessa a titolo di rendicontazione.

V.3) Modalità di rendicontazione:

La rendicontazione delle spese dovrà essere costituita da atti e/o provvedimenti amministrativi adottati per la realizzazione del progetto purché contengano precisi riferimenti idonei a rendere conoscibile la natura e l'entità delle spese, secondo la normativa vigente in materia.

V.4) Revoca del finanziamento:

La Regione Lazio si riserva di sospendere l'erogazione del contributo e/o di revocare la presente convenzione qualora, a suo insindacabile giudizio:

- le iniziative finanziate non siano state realizzate secondo quanto previsto dal progetto destinatario del contributo;
- non venga presentata idonea documentazione dalla quale si evince il costo effettivo delle iniziative e delle attività realizzate;

- si verifichi una omissione nella osservanza delle norme di legge e delle prescrizioni contenute nella Convenzione che sarà sottoscritta tra le parti.

SEZIONE VI: INFORMAZIONI COMPLEMENTARI

L'Amministrazione si riserva la facoltà di:

- procedere alla espletamento delle procedure di valutazione anche in presenza di una sola candidatura valida;

- non procedere all'aggiudicazione qualora nessuna delle proposte pervenute abbia raggiunto il punteggio minimo di 60 punti;

- senza incorrere in alcuna responsabilità nei confronti dei candidati, in ogni momento, a suo insindacabile giudizio, di sospendere e/o annullare la procedura di selezione per circostanze sopravvenute e/o per opportunità e/o in autotutela;

- di non procedere per ragioni di pubblico interesse.

I candidati esclusi non avranno diritto ad indennità o compensi di alcun genere.

Al verificarsi di tutte le evenienze sopra indicate nulla sarà dovuto ai candidati per qualsiasi spesa ed onere sostenuti per la partecipazione alla presente selezione.

Gli elaborati presentati non verranno restituiti.

Ai sensi della D.Lgs. n.196/03 e ss.mm.ii si avvisa che il trattamento dei dati personali che verranno comunicati alla Regione Lazio, sarà unicamente finalizzato all'espletamento delle funzioni inerenti le procedure di finanziamento e di informazione e promozione delle attività realizzate.

Per quanto non espressamente previsto dal presente Avviso, si rinvia alla vigente normativa comunitaria nazionale e regionale di riferimento.

Parte

Il testo del presente Avviso, con i relativi allegati come le successive comunicazioni ad esso relative, saranno disponibili sul sito regionale www.socialelazio.it.

FAMIGLIA

LOMBARDIA

L.R. 24.6.14 - n. 18 - Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori (BUR n. 26 del 26.6.14)

Art. 1

(Principi e finalità)

1. La Regione, sulla base dei principi e degli istituti disciplinati dalla legge regionale 6 dicembre 1999, n.23 (Politiche regionali per la famiglia), dalla legge regionale 14 dicembre 2004, n.34 (Politiche regionali per i minori) e dalla legge regionale 12 marzo 2008, n.3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario), riconosce l'importanza del ruolo genitoriale e definisce gli interventi di sostegno e tutela a favore dei coniugi separati o divorziati, in condizioni di disagio, in particolare con figli minori o con figli maggiorenni portatori di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) al fine di garantire la centralità del loro ruolo nella vita dei figli, il proseguimento di un'esistenza dignitosa e il recupero dell'autonomia abitativa.

Art. 2

(Destinatari della legge)

1. La presente legge interviene a favore dei coniugi separati o divorziati, in condizioni di disagio sociale ed economico, in particolare con figli minori o con figli maggiorenni portatori di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992, residenti in Lombardia da almeno cinque anni e destinatari di provvedimenti, anche provvisori e urgenti, emessi dall'Autorità giudiziaria che ne disciplinano gli impegni economici e/o patrimoniali.

2. Sono esclusi dall'applicazione della presente legge e dalla possibilità di usufruire dei benefici ad essa connessi i coniugi separati o divorziati che vengano meno ai loro doveri di cura e mantenimento dei figli.

3. Sono esclusi dai benefici abitativi e di sostegno economico, rispetto ai principi previsti dalla presente legge, i soggetti condannati con sentenza passata in giudicato per reati contro la persona, tra cui gli atti persecutori di cui al decreto-legge 23 febbraio 2009, n.11 (Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori) convertito, con modificazioni, dalla legge 23 aprile 2009, n.38, nonché per i delitti di cui agli articoli 570 e 572 del codice penale.

Art. 3

(Competenze della Regione)

1. La Regione promuove il coinvolgimento e la collaborazione tra le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli enti locali, gli enti pubblici e privati per la realizzazione di interventi integrati sul territorio.

2. La Regione promuove, altresì, protocolli d'intesa tra le parti sociali, nell'ambito della contrattazione collettiva decentrata, con la finalità di individuare strumenti di flessibilità lavorativa per favorire le relazioni familiari dei coniugi separati o divorziati, in condizioni di disagio, con figli minori

o con figli maggiorenni portatori di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992.

Art. 4

(Interventi di assistenza e mediazione familiare)

1. La Regione promuove interventi di prevenzione e di protezione a sostegno della famiglia e del ruolo genitoriale, valorizzando i consultori pubblici e privati quali centri per la famiglia dedicati alla mediazione familiare, all'orientamento, alla consulenza legale, psicologica, sociale, educativa genitoriale, con specifica attenzione alle situazioni di fragilità e conflitto familiare, proponendo altresì, negli stessi spazi, iniziative volte a favorire l'auto-mutuo-aiuto tra gruppi di genitori, anche attraverso il coinvolgimento degli enti no profit e delle associazioni che si occupano di relazioni familiari, iscritti al registro regionale del volontariato.

Art. 5

(Interventi di sostegno abitativo)

1. La Regione promuove interventi di sostegno abitativo a favore dei coniugi separati o divorziati in condizioni di disagio economico, che, a seguito di provvedimento dell'Autorità giudiziaria, sono obbligati al versamento dell'assegno di mantenimento dei figli e non sono assegnatari o comunque non hanno la disponibilità della casa familiare in cui risiedono i figli, anche se di proprietà dei medesimi coniugi o ex coniugi.

2. Gli interventi di cui al comma 1, consistono in:

- a) promozione di protocolli d'intesa con gli enti locali e gli enti pubblici e privati per la concessione di alloggi a canone agevolato in prossimità del luogo di residenza dei figli o comunque nelle immediate vicinanze, al fine di facilitare le relazioni tra genitori e figli minori;
- b) promozione di idonee forme di locazione agevolata e temporanea con gli enti pubblici e privati per un periodo massimo di trentasei mesi;
- c) assegnazione di alloggi di edilizia residenziale pubblica in via d'urgenza, in deroga alle graduatorie comunali e al requisito di cui all'articolo 8, comma 1, lettera g), del regolamento regionale 10 febbraio 2004, n.1 (Criteri generali per l'assegnazione e la gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica).

3. Ai fini della formazione delle graduatorie per l'assegnazione di alloggi a canone sostenibile, ai sensi della legge regionale 4 dicembre 2009, n.27 (Testo unico delle leggi regionali in materia di edilizia residenziale pubblica), ai soggetti di cui al comma 1 è attribuito un peso equivalente a quello riconosciuto ai nuclei familiari assoggettati a procedure esecutive di sfratto.

4. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale apporta al regolamento regionale 1/2004 le modifiche necessarie per l'attuazione di quanto previsto nel presente articolo.

Art. 6

(Interventi di sostegno economico)

1. La Regione promuove e sostiene, anche economicamente, i coniugi separati o divorziati, con figli minori o figli maggiorenni portatori di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992, che si trovano in comprovato disagio economico e sociale, attraverso l'individuazione di criteri, tra cui la sottoscrizione di un «patto di corresponsabilità», alla base della concessione temporanea di contributi finalizzati al recupero e alla conservazione dell'autonomia e di un'esistenza dignitosa.

2. L'accesso agli interventi di cui al comma 1 è disciplinato con atto della Giunta regionale ed è condizionato alla predisposizione di un progetto personalizzato che accompagna il processo di riscatto dalla condizione di disagio sociale ed economico, così come previsto dal patto di corresponsabilità.

3. Tra le misure di sostegno economico sono, altresì, definite con atto della Giunta regionale le modalità per l'accesso a misure di credito agevolato finalizzate agli interventi di sostegno e tutela di cui alla presente legge.

Art. 7

(Modalità attuative)

1. La Giunta regionale, ai fini dell'applicazione della presente legge, definisce criteri e modalità per la valutazione del disagio economico e sociale, tenendo conto in particolare dei provvedimenti emessi dall'Autorità giudiziaria relativi al contributo per il mantenimento dei figli, del coniuge, dell'ex coniuge e alla perdita della disponibilità abitativa della casa familiare.

Art. 8

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale presenta una relazione annuale informativa al Consiglio regionale, sull'attuazione della legge, con particolare riferimento ai criteri adottati e alle modalità per valutare il disagio economico e sociale dei destinatari di cui all'articolo 2 e sui risultati ottenuti.

La relazione deve, tra l'altro, tener conto:

- a) della diffusione territoriale e della numerosità dei destinatari;
- b) della tipologia e dell'entità di tutti gli interventi realizzati;
- c) delle modalità di monitoraggio e controllo adottate dalla Giunta per assicurare il soddisfacimento della domanda e le modalità di diffusione delle informazioni agli utenti;
- d) delle unità d'offerta e degli operatori coinvolti a livello organizzativo e funzionale;
- e) del grado di soddisfacimento della domanda rispetto al bisogno e della distribuzione delle risorse fra le diverse categorie di destinatari.

2. La Giunta regionale rende accessibili i dati e le informazioni raccolte per le attività valutative previste dalla presente legge. La relazione di cui al comma 1 è resa pubblica unitamente agli eventuali documenti del Consiglio che ne concludono l'esame.

Art. 9

(Norma finanziaria)

1. Alle spese derivanti dall'attuazione dell'articolo 5 si provvede con le risorse determinate con legge di bilancio e stanziare annualmente nell'ambito della Missione 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma 06 (Interventi per il diritto alla casa), Titolo I, Spese correnti, dello stato di previsione delle spese del bilancio per l'esercizio finanziario 2014 e successivi.

2. Alle spese derivanti dall'attuazione dell'articolo 6, quantificate in euro 4.000.000,00, si provvede per il 2014 con le risorse stanziare alla Missione 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma 05 (Interventi per le famiglie) e Programma 07 (Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali), Titolo I, Spese correnti, dello stato di previsione delle spese del bilancio per l'esercizio finanziario 2014 e successivi.

3. A decorrere dal 2015 le spese di cui ai commi 1 e 2 sono da autorizzarsi, ai sensi dell'articolo 22 della legge regionale 31 marzo 1978, n.34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della regione) con la legge di approvazione di bilancio dei singoli esercizi finanziari, nei limiti delle disponibilità di bilancio della missione e dei programmi individuati ai commi 1 e 2.

Art. 10

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla data di pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione Lombardia.

La presente legge regionale è pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione.

DCR 17.6.14 - n. X/392 - Ordine del giorno concernente gli interventi di sostegno economico e abitativo per i genitori non coniugati (BUR n. 26 del 26.6.14)

“Il Consiglio regionale della Lombardia

premessò che

—il progetto di legge n.49 «Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori» intende perseguire politiche di sostegno economico e abitativo al fenomeno sociale delle nuove povertà che scaturiscono dalla rottura dei legami matrimoniali che, oltre alla disgregazione affettiva, comporta una riorganizzazione delle risorse economiche in capo a ogni componente della famiglia;

—il suddetto progetto di legge rispetta e si integra con l’impianto normativo nazionale riferito al matrimonio, alla separazione legale e alla cessazione degli effetti civili del matrimonio;

considerato che

—dal report ISTAT pubblicato il 15 settembre 2011 – sviluppato su dati inerenti il periodo 1998/2009 – dal titolo «Come cambiano le forme familiari», il matrimonio non è più la forma di unione esclusiva e l’uscita dalla famiglia d’origine passa, per un terzo dei casi, attraverso la convivenza more uxorio e per la metà di questi è relativa al centro – nord Italia;

—dal report «Il matrimonio in Italia – anno 2012» pubblicato dall’ISTAT in data 13 novembre 2013, il 25 per cento dei figli nasce da coppie non coniugate;

—la convivenza more uxorio si sottrae all’obbligo della coabitazione come invece è previsto in regime di matrimonio (art.143 c.c.) e di conseguenza la cessazione della stessa, non essendo regolamentata da atti amministrativi o giudiziari di rilevanza statistica, giuridica ed economica, non agevola, nell’ambito di specifiche politiche sociali di sostegno, la pianificazione della distribuzione di risorse pubbliche, ancor più se sono limitate;

considerato, tuttavia, che

—tra coppie coniugate e coppie non coniugate la normativa in vigore pone in essere un trattamento equivalente nei casi in cui, da una convivenza, anche senza vincolo di matrimonio, nascono dei figli e sino a quando, questi ultimi, non raggiungano l’indipendenza economica;

—a seguito dell’interruzione della convivenza more uxorio in cui sono nati dei figli, laddove vi sia l’intervento dell’Autorità giudiziaria, le norme in essere (art.337 c.c.) non sottraggono né i coniugi né i conviventi al pagamento di un assegno periodico di mantenimento e alla perdita della disponibilità della casa familiare a favore dei figli, circostanze economiche e patrimoniali, queste, che espongono il genitore obbligato a rischi di fragilità sociale ed economica;

invita la Giunta regionale

a compiere una valutazione, entro un anno a far data dall’entrata in vigore della legge recante «Norme a tutela dei coniugi DELIBERA di approvare l’Ordine del giorno n.253 concernente gli interventi di sostegno economico e abitativo per i genitori non coniugati, nel testo che così recita:

“Il Consiglio regionale della Lombardia

premessò che

—il progetto di legge n.49 «Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori» intende perseguire politiche di sostegno economico e abitativo al fenomeno sociale delle nuove povertà che scaturiscono dalla rottura dei legami matri-

moniali che, oltre alla disgregazione affettiva, comporta una riorganizzazione delle risorse economiche in capo a ogni componente della famiglia;

—il suddetto progetto di legge rispetta e si integra con l'impianto normativo nazionale riferito al matrimonio, alla separazione legale e alla cessazione degli effetti civili del matrimonio;

considerato che

—dal report ISTAT pubblicato il 15 settembre 2011 – sviluppato su dati inerenti il periodo 1998/2009 – dal titolo «Come cambiano le forme familiari», il matrimonio non è più la forma di unione esclusiva e l'uscita dalla famiglia d'origine passa, per un terzo dei casi, attraverso la convivenza more uxorio e per la metà di questi è relativa al centro – nord Italia;

—dal report «Il matrimonio in Italia – anno 2012» pubblicato dall'ISTAT in data 13 novembre 2013, il 25 per cento dei figli nasce da coppie non coniugate;

—la convivenza more uxorio si sottrae all'obbligo della coabitazione come invece è previsto in regime di matrimonio (art.143 c.c.) e di conseguenza la cessazione della stessa, non essendo regolamentata da atti amministrativi o giudiziari di rilevanza statistica, giuridica ed economica, non agevola, nell'ambito di specifiche politiche sociali di sostegno, la pianificazione della distribuzione di risorse pubbliche, ancor più se sono limitate;

considerato, tuttavia, che

—tra coppie coniugate e coppie non coniugate la normativa in vigore pone in essere un trattamento equivalente nei casi in cui, da una convivenza, anche senza vincolo di matrimonio, nascono dei figli e sino a quando, questi ultimi, non raggiungano l'indipendenza economica;

—a seguito dell'interruzione della convivenza more uxorio in cui sono nati dei figli, laddove vi sia l'intervento dell'Autorità giudiziaria, le norme in essere (art.337 c.c.) non sottraggono né i coniugi né i conviventi al pagamento di un assegno periodico di mantenimento e alla perdita della disponibilità della casa familiare a favore dei figli, circostanze economiche e patrimoniali, queste, che espongono il genitore obbligato a rischi di fragilità sociale ed economica;

invita la Giunta regionale

a compiere una valutazione, entro un anno a far data dall'entrata in vigore della legge recante «Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori», del fenomeno delle interruzioni delle convivenze da cui siano nati figli, nonché a valutare l'estensione, compatibilmente con le risorse di bilancio, degli interventi di sostegno economico e abitativo, così come previsti dal progetto di legge in oggetto, al genitore non coniugato che, in seguito all'interruzione di una convivenza more uxorio da cui siano nati figli, si trovi in situazione di disagio economico e sia assoggettato dai provvedimenti emessi dell'Autorità giudiziaria al versamento dell'assegno di mantenimento e al rilascio della casa familiare a favore dei figli.”.

PARI OPPORTUNITÀ

LAZIO

DGR 10.6.14, n. 339 - Legge Regionale 19 Marzo 2014, n. 4 art.8 co. 4 Composizione, modalità di designazione, revoca e sostituzione dei membri dell'Osservatorio regionale sulle pari opportunità e la violenza sulle donne.(BUR n. 50 del 24.6.14)

Note

PREMESSA

Parte

Con la legge regionale n. 4 del 19 Marzo 2014 sono state dettate norme recanti “Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna”;

Al l’art. 8 comma 3 è specificato che l’Osservatorio è composto, in particolare, dai seguenti soggetti:

- a) assessore regionale competente in materia di pari opportunità, o suo delegato, con funzioni di presidente;
- b) presidente della commissione consiliare regionale competente in materia di pari opportunità o suo delegato;
- c) tre rappresentanti delle associazioni operanti nel settore presenti sul territorio regionale;
- d) tre rappresentanti delle confederazioni dei datori di lavoro;
- e) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale;
- f) consigliere di parità regionale.
- g) presidente della Consulta femminile regionale per le pari opportunità di cui all’articolo 73 dello Statuto;

Il co. 4 dell’art. 8 della l.r. n. 4/2014 precisa che la composizione dell’Osservatorio può essere modificata con deliberazione della Giunta Regionale, che individua anche le modalità di designazione, revoca e sostituzione dei membri, sentita la commissione consiliare competente;

L’APPROVAZIONE

Viene approvato l’Allegato A) Composizione, modalità di designazione, revoca e sostituzione dei membri dell’Osservatorio regionale sulle pari opportunità e la violenza sulle donne, di cui all’articolo 8 della l.r. n. 4/2014 , parte integrante e sostanziale del provvedimento.

Con Decreto del Presidente della Regione, su proposta dall’Assessore competente in materia di pari opportunità, si procederà alla nomina dei componenti dell’Osservatorio.

ALLEGATO A

Composizione, modalità di designazione, revoca e sostituzione dei membri dell’Osservatorio regionale sulle pari opportunità e la violenza sulle donne, di cui all’articolo 8 della l.r. n. 4/2014

1) Composizione dell’osservatorio:

- a) assessore regionale competente in materia di pari opportunità, o suo delegato, con funzioni di presidente;
- b) presidente della commissione consiliare regionale competente in materia di pari opportunità o suo delegato;
- c) tre rappresentanti delle associazioni operanti nel settore presenti sul territorio regionale;
- d) tre rappresentanti delle confederazioni dei datori di lavoro maggiormente rappresentative;
- e) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale;
- f) consigliere di parità regionale;
- g) presidente della Consulta femminile regionale per le pari opportunità di cui all’articolo 73 dello Statuto;
- h) presidente del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni
- i) assessore competente in materia di pari opportunità di Roma Capitale o suo delegato.

2) Modalità di designazione:

- a) le designazioni di cui alla lettera c) dell’art.8 comma 3 della Legge Regionale n.4 del 19 Marzo 2014 avvengono a seguito di avviso pubblico per l’individuazione dei rappresentanti;
- b) le designazioni di cui le lettere d), ed e) dell’art 8 comma 3 della Legge Regionale n. 4 del 19 Marzo 2014, avvengono a seguito di formale richiesta da parte dell’assessore competente in materia di pari opportunità alle rappresentanze regionali. Le stesse indicano, entro dieci giorni dalla richiesta, il

nominativo del soggetto da designare. Qualora non provvedano entro il termine di dieci giorni dalla richiesta, l'assessore competente procede all'individuazione del componente non proposto.

3) Revoca e sostituzione dei membri:

la revoca dell'incarico può avvenire a seguito di tre assenze consecutive ingiustificate, per rinuncia scritta o se destituiti-sostituiti dall'organizzazione che rappresentano.

4) Durata dell'incarico :

i componenti rimangono in carica cinque anni e possano essere riconfermati.

5) La partecipazione all'Osservatorio è a titolo gratuito.

6) Le modalità di funzionamento dell'Osservatorio ed il programma annuale delle attività saranno disciplinate con apposito regolamento interno approvato a maggioranza assoluta dei componenti.

LOMBARDIA

Aggiornamento dell'albo regionale delle associazioni e dei movimenti per le pari opportunità per l'anno 2014 (BUR n. 24 del 9.6.14)

FORMAZIONE

MARCHE

DGR n. 631 26.5.14 - Approvazione delle "Linee guida regionali in materia di orientamento". (BUR n. 57 del 13.6.14)

Sono approvate le "Linee guida regionali in materia di orientamento" contenute nell'allegato A. (a cui si rinvia)

GIOVANI

D.D. 16 aprile 2014, n. 121 - L.R. 26/2002 - Assegnazione contributi agli Enti di culto per attività rivolte ai giovani. Cap. 180739/2013 UPB DB 19061 (ass. n. 100781). Acconto del finanziamento di euro 1.440.000,00. (BUR n. 24 del 12.6.14)

Note

Con D.G.R. n. 23-6506 del 14/10/2013 la Giunta regionale ha stabilito i criteri per l'assegnazione di contributi agli Enti di culto, ai sensi della l.r. n. 26/2002, che riconosce e promuove la funzione educativa, formativa aggregatrice e sociale svolta dall'Ente Parrocchia, dagli Istituti cattolici e dagli altri Enti di culto riconosciuti dallo stato attraverso le attività di oratorio

Con D.D. n. 233 dell'11/11/2013 è stata impegnata la somma di 1.800.000,00 per finanziare la attività degli Enti di culto, finalizzate alla promozione, all'accompagnamento ed al sostegno della crescita di minori, adolescenti e giovani, anche portatori di handicap, rinviando a successivo provvedimento la quantificazione ed assegnazione dei contributi, a seguito di verifica delle istanze pervenute.

Sono approvate le richieste di contribuzione presentate dagli Enti di culto indicati nell'allegato A, facente parte integrante del presente provvedimento, che svolgono la funzione di capofila, nella misura dell'importo spettante per ciascun Ente

BOLZANO

DGP 3.6.14, n. 662 - Legge provinciale del 19 novembre 2012 numero 19 programmazione del

Parte

servizio volontario estivo per giovani. (BUR n. 23 del 10.6.14)

Note

Viene fissato a 93 il numero massimo di giovani per il servizio volontario estivo per l'anno 2014.

L'impiego dei giovani e delle giovani avviene nel periodo dal 16.06.2014 al 05.09.2014.

Viene fissato l'impiego settimanale dei giovani e delle giovani a 30 ore settimanali.

Viene consentita un'interruzione temporale del servizio volontario estivo per un massimo di 2 settimane durante il periodo complessivo dell'impiego.

Viene fissare il rimborso spese per i giovani e le giovani con un importo pari a 80,00 € netti a settimana.

Viene approvato l'elenco di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante della presente deliberazione (a cui si rinvia).

Viene impegnato l'importo complessivo di 40.000,00 € per il finanziamento dei 50 volontari/e del servizio estivo presso organizzazioni ed enti privati.

Viene impegnato l'importo complessivo di 34.400,00 € per il finanziamento dei 43 volontari/e del servizio estivo presso organizzazioni ed enti pubblici

IMMIGRATI

BASILICATA

DGR 26.5.14, n. 627 -. Costituzione "Task Force" regionale finalizzata al coordinamento degli interventi a favore dell'accoglienza dei lavoratori stagionali migranti in agricoltura nella regione Basilicata. . (BUR n. 21 del 16.6.14)

Note

PREMESSA

Nella relazione programmatica del Presidente della Giunta Regionale in Consiglio regionale è stata richiamata la necessità di approvare una nuova legge regionale in materia di immigrazione per definire, attraverso un piano regionale di accoglienza, un quadro di interventi organico in favore dell'accoglienza e della integrazione dei cittadini stranieri migranti e rifugiati,

Con D.G.R. 542/2014 la Giunta regionale ha approvato un nuovo disegno di legge che supera la vigente legge normativa e che attualmente è all'esame delle commissioni consiliari competenti.

Nelle more dell'approvazione definitiva della legge, in vista nell'approssimarsi della stagione della raccolta dei prodotti ortofrutticoli, è opportuno mettere in campo iniziative concrete di accoglienza dei lavoratori stranieri stagionali impegnati in agricoltura, anche per combattere il fenomeno del caporalato.

Viene pertanto rilevata la necessità di programmare e realizzare interventi per fornire servizi di accoglienza nell'ottica della tutela e della integrazione dei cittadini stranieri migranti impegnati nelle attività agricole della Regione, anche attraverso il coinvolgimento delle comunità locali, del mondo dell'associazionismo e del volontariato presente sul territorio regionale.

Viene altresì ritenuto di dover disporre in tempi brevi di un piano operativo per garantire un'accoglienza dignitosa ed un lavoro regolare ai lavoratori stagionali che si apprestano a soggiornare nelle aree della regione interessate alla raccolta dei pomodori.

LA TASK FORCE

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra indicati viene istituita una Task Force regionale operativa, presso il Dipartimento Presidenza Giunta Regionale, con il coordinamento del Presidente della Giunta regionale, quale organo consultivo temporaneo con funzioni di proposta e coordinamento, composta da referenti dei Dipartimenti Regionali e da un rappresentante dell'Ufficio Protezione Civile Regionale.

La Task Force è costituita dal Presidente della Giunta regionale o un suo delegato, con il ruolo di Parte

coordinatore, dai Dirigenti Generali o loro delegati dei Dipartimenti, Presidenza Giunta Regionale, Programmazione e Finanze, Politiche della Persona, Politiche di Sviluppo, Lavoro, Formazione e Ricerca, Infrastrutture Opere Pubbliche e Trasporti, Ambiente e Territorio, Politiche Agricole e Forestali, e da un rappresentante dell'Ufficio Protezione Civile regional.;

La Task Force può avvalersi nell'ambito delle sue attività di altri soggetti istituzionali interessati al tema dell'emigrazione, delle parti sociali e dei rappresentanti dell'associazionismo di volontariato civile e religioso che si occupano della integrazione degli immigrati.

Ai componenti della Task Force, costituita a titolo gratuito, non sono dovuti compensi di alcuna natura.

LAZIO

DD 17 aprile 2014, n. G05893 - "PRILS LAZIO - Piano regionale d'integrazione linguistica e sociale degli stranieri nel Lazio" - finanziato dal Fondo Europeo per l'Integrazione dei cittadini dei Paesi Terzi - annualità 2012 - cod. PROG-104528 - C.U.P. F83J13000450007. Presa d'atto del progetto e trasferimento delle risorse ai partner. Impegno totale di Euro 1.521.213,00 - Es. fin 2014
OGGETTO: "PRILS LAZIO – Piano regionale d'integrazione linguistica e sociale degli stranieri nel Lazio" – finanziato dal Fondo Europeo per l'Integrazione dei cittadini dei Paesi Terzi - annualità 2012 - cod. PROG-104528 - C.U.P. F83J13000450007. Presa d'atto del progetto e trasferimento delle risorse ai partner. Impegno totale di Euro 1.521.213,00 - Es. fin 2014. (BUR n. 46 del 10.6.14)

Note

Viene preso atto della proposta progettuale denominata "PRILS LAZIO – PIANO REGIONALE D'INTEGRAZIONE LINGUISTICA E SOCIALE DEGLI STRANIERI NEL LAZIO" cod. PROG-104528 (Allegato 1) presentata al Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione, nonché del relativo budget di progetto (Allegato 2), entrambi allegati alla presente determinazione e di essa facenti parte integrante, da cui si evincono le attività in capo a ciascun partner. Viene impegnato nell'ambito del corrente esercizio finanziario le risorse relative al progetto PRILS Lazio – FEI 2012, come di seguito indicato:

ISTITUTO COMPRENSIVO "P.VANNI" – 37° C.T.P.

€.786.022,60

A.S.A.P.

€.646.123,76

UNIVERSITA' DEGLI STUDI ROMA TRE

€.89.066,64

TOTALE €.1.521.213,00

INTERVENTI ASSISTENZIALI

BOLZANO

DGP 10.6.14, n. 671 - Modifiche al regolamento d'esecuzione relativo agli interventi di assistenza economica sociale ed al pagamento delle tariffe nei servizi sociali, e successive modifiche, e definizione degli importi di cui al relativo articolo 20 – Abrogazione dell'allegato A) della deliberazione della Giunta provinciale 29 agosto 2011, n. 1298, e successive modifiche (BUR n. 24 del 17.6.14)

Note

Viene preso atto delle seguenti disposizioni normative, atti amministrativi e circostanze:

Gli articoli 7 e 7bis della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, prevedono che i singoli criteri e le disposizioni relative alla partecipazione ai costi delle prestazioni da parte degli assistiti ed i criteri e le modalità per la concessione di assistenza economica sociale alle persone ed alle famiglie devono essere

Parte

determinati con regolamento d'esecuzione.

Questi criteri, disposizioni e modalità sono stati determinati ed emanati con Decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, che viene ora modificato come segue:

L'articolo 19 del decreto vigente viene modificato in modo tale che gruppi di persone che richiedono il reddito minimo di inserimento, ma già ricevono prestazioni in natura, come ad esempio uno – due pasti nella mensa, in futuro abbiano ancora diritto esclusivamente ad un reddito minimo di inserimento ridotto.

Viene inoltre stabilito che persone, le quali rifiutino per due volte un'attività o un incarico, offerti loro nell'ambito di un progetto sociale con i medesimi concordato, decadono dal diritto al reddito minimo di inserimento per 12 mesi. Con tale misura si intende esortare le persone ad assumersi maggiore autoresponsabilità ed iniziativa personale, in modo da evitare che le stesse vengano sostenute per anni e che scivolino conseguentemente nella dipendenza dai servizi sociali.

Le modifiche dell'articolo 44 del vigente decreto costituiscono delle precisazioni. All'articolo 44 viene ora esplicitamente stabilito che ogni nucleo familiare collegato di un utente ha il dovere di concorrere al pagamento della tariffa in relazione alla propria situazione economica e di presentare la documentazione a ciò necessaria da allegare alla richiesta di agevolazione tariffaria dell'utente stesso. Se questa documentazione non viene presentata da tutti, la domanda è calcolata esclusivamente per i nuclei familiari che l'hanno presentata, mentre agli altri è addebitata la parte residua della tariffa.

Al punto 10.2 dell'allegato A del vigente decreto è stata prevista una nuova detrazione dal reddito per genitori singoli con un figlio richiedenti la prestazione "Contributo al canone di locazione e per le spese accessorie", avendo riscontrato in sede di applicazione della nuova normativa relativa al contributo per l'affitto, che in questi casi si sono prodotte prestazioni notevolmente inferiori a quanto risultava con la precedente regolamentazione.

Sempre in conseguenza della nuova regolamentazione della prestazione "Contributo al canone di locazione e per le spese accessorie" avvenuta nel 2013, viene ritenuto necessario rideterminare gli importi massimi per la medesima prestazione già previsti nell'allegato A) della deliberazione della Giunta provinciale 29 agosto 2011, n. 1298, modificato con deliberazione della Giunta provinciale 12 novembre 2012, n. 1688; tale allegato viene ora abrogato con la presente delibera.

In questo contesto per quanto riguarda il contributo per le spese accessorie viene introdotta una nuova riga per i pensionati con bassa pensione e con oltre 70 anni che vivono da soli, per garantire a questo gruppo di persone un più forte sostegno finanziario ritenuto necessario a seguito della loro situazione.

In merito alla proposta di modifica del decreto del Presidente della Giunta provinciale citato è stato richiesto il parere del Consiglio dei Comuni ai sensi dell'articolo 4 della legge provinciale 11 giugno 2003, n. 10.

Il Consiglio dei Comuni con lettera d.d. 26 maggio 2014, n. prot. 2019, ha comunicato il proprio parere favorevole con le due seguenti osservazioni:

Quanto alla prima osservazione, concernente il comma 3 dell'articolo 2 dell'allegato decreto di modifica (comma 7/bis dell'articolo 19 del D.P.G.P. n. 30/2000), si è ritenuto opportuno mantenere la durata dell'esclusione dalla prestazione pari a 12 mesi, anche per una ragione di proporzionalità rispetto alla durata massima di concessione della medesima prestazione (6 mesi), e che l'esclusione scatti solo dopo due rifiuti di opportunità di inserimento sociale (programmi, attività nell'ambito di un programma). Ciò significa che l'esclusione è stata preceduta da un periodo di sostegno già lungo.

Quanto alla seconda osservazione, riguardante il comma 1 dell'articolo 3 del decreto di modifica, si dall'Avvocatura della Provincia sotto il profilo giuridico, linguistico e di tecnica legislativa (vedi lettera d.d. 3 giugno 2014, n. prot. 981/330279)

LA DISPOSIZIONE

Parte

Viene approvato l'allegato A) della presente delibera, che costituisce parte integrante della stessa.

I nuovi importi si applicano per tutte le nuove decisioni a partire dal mese di concessione luglio 2014. La riga relativa ai pensionati con 70 o più anni, con un ridotto reddito da pensione e che vivono da soli si applica per tutte le nuove decisioni a partire dal mese di concessione settembre 2014;

Viene approvato l'allegato B), modifica del regolamento d'esecuzione relativo agli interventi di assistenza economica sociale ed al pagamento delle tariffe nei servizi sociali, emanato con Decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, che costituisce parte integrante della presente deliberazione.

Viene abrogato l'allegato A) della deliberazione della Giunta provinciale 29 agosto 2011, n. 1298, e successive modifiche.

DPGP - del 17 giugno 2014, n. 21 - Modifiche del regolamento di esecuzione relativo all'assistenza economica sociale e al pagamento delle tariffe nei servizi sociali. BUR n. 25 del 24.6.14)

Note

Sono apportate le seguenti modifiche:

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 2 del decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, è aggiunto il seguente comma 2:

"2. I calcoli di cui al presente regolamento sono effettuati ai sensi del decreto del Presidente della Provincia 11 gennaio 2011, n. 2, e delle disposizioni di cui al presente regolamento con i relativi allegati."

1. Il comma 5 dell'articolo 19 del decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, è così sostituito:

"5. In caso di motivate necessità o indicazioni particolari sul piano assistenziale, la prestazione può essere concessa anche per un periodo inferiore a due mesi. Allo stesso modo, se sussistono controindicazioni sul piano assistenziale rispetto all'erogazione mensile in un'unica soluzione della prestazione, il comitato tecnico di cui all'articolo 8 può decidere che la prestazione stessa sia erogata a rate. La Giunta provinciale individua inoltre i casi in cui la prestazione può essere erogata in forma ridotta, in quanto determinati bisogni dell'utente sono già soddisfatti."

2. Il comma 7 dell'articolo 19 del decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, è così sostituito:

"7. Per ogni componente del nucleo familiare che, senza giustificati motivi, non si attivi o si attivi in modo insufficiente per il mantenimento proprio e del nucleo familiare, in particolare attraverso la ricerca di lavoro, o non eserciti le attività di cui al comma 8, la prestazione, salvo quanto previsto al comma 7/ter, è progressivamente ridotta, previa comunicazione scritta all'interessato, di un importo non superiore al 150 per cento della quota base."

3. Dopo il comma 7 dell'articolo 19 del decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, sono inseriti i seguenti commi 7/bis e 7/ter:

"7/bis. Se uno o più componenti del nucleo familiare, per almeno due volte complessivamente, rifiutano o interrompono in anticipo, senza giustificati motivi, i programmi personalizzati di integrazione sociale di cui all'articolo 35 o le attività di cui al comma 8 del presente articolo, il nucleo familiare, è escluso dalla presente prestazione per un periodo di dodici mesi a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello dell'ultimo rifiuto o dell'ultima interruzione.

7/ter. Nei casi di cui al comma 7 al nucleo familiare deve comunque essere garantita una disponibilità economica pari al 25 per cento della quota base per ogni minore presente nel nucleo stesso."

Art. 3

1. Il comma 1 dell'articolo 44 del decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, è così sostituito:

Parte

“1. Le prestazioni di assistenza economica sociale sono concesse e le tariffe sono integrate su domanda dell’interessato o del suo rappresentante legale oppure, in caso di giustificato motivo, d’ufficio.”

2. Il comma 5 dell’articolo 44 del decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, è così sostituito:

“5. Salvo quanto previsto al comma 5/bis, la domanda di concessione di prestazioni di assistenza economica sociale o di agevolazione tariffaria è archiviata se non è completa di tutti i dati e i documenti previsti e non è integrata, senza giustificati motivi, entro 15 giorni dalla relativa richiesta.”

3. Dopo il comma 5 dell’articolo 44 del decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, è inserito il seguente comma 5/bis:

“5/bis. Se la domanda di agevolazione tariffaria non è completa di tutti i dati e i documenti relativi ai singoli nuclei familiari collegati, ove sia prevista la loro partecipazione, e la domanda stessa non è integrata, senza giustificati motivi, entro 15 giorni dalla relativa richiesta, la compartecipazione tariffaria

è calcolata esclusivamente per i nuclei familiari dichiaranti; la parte residua della tariffa è addebitata ai nuclei familiari non dichiaranti.”

Art. 4

1. La lettera f) del punto 5.2 dell’allegato A al decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, è così sostituita:

“f) il 50 per cento della quota base per ciascun componente del nucleo familiare con una invalidità civile pari al 100 per cento o con un handicap psichico o fisico permanente, accertato da una commissione sanitaria pubblica o dal competente medico legale ed equiparabile ad una invalidità civile pari al 100 per cento, se tale componente non percepisce l’assegno di accompagnamento di cui all’articolo 3, comma 1, numero 6, della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46, e successive modifiche, o l’assegno di cura di cui all’articolo 8 della legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9, e successive modifiche, e non è ospite presso un servizio residenziale.”

2. La lettera b) del punto 10.2 dell’allegato A al decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, è così sostituita:

“b) il 50 per cento della quota base per ciascun componente del nucleo familiare con una invalidità civile pari al 100 per cento o con un handicap psichico o fisico permanente, accertato da una commissione sanitaria pubblica o dal competente medico legale ed equiparabile ad una invalidità civile pari al 100 per cento, se tale componente non percepisce l’assegno di accompagnamento di cui all’articolo 3, comma 1, numero 6, della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46, e successive modifiche, o l’assegno di cura di cui all’articolo 8 della legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9, e successive modifiche, e non è ospite presso un servizio residenziale;”

3. Dopo la lettera b) del punto 10.2 dell’allegato A al decreto del Presidente della Giunta provinciale 2000, Nr. 30, è aggiunta la seguente lettera c):

“c) un importo annuale di 1.900,00 euro in caso di genitore singolo con un figlio minore, qualora si tratti di un nucleo familiare composto da due persone ai sensi del presente decreto.”

4. Il punto 10.3 dell’allegato A al decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche, è così sostituito:

“10.3 In deroga a quanto previsto al punto 10.1, per il calcolo delle prestazioni "reddito minimo di inserimento", "contributo al canone di locazione e per le spese accessorie" e "prestazione specifica" non sono deducibili le spese di cui al punto 10.1, lettere b) e c), e di cui al punto 10.2, lettera a). L’importo di cui al punto 10.2, lettera c), è deducibile esclusivamente per la prestazione "contributo al canone di locazione e per le spese accessorie.”

MINORI

Parte

PIEMONTE

D.D. 16 aprile 2014, n. 119 - Impegno di euro 80.000,00 sul capitolo di spesa n. 179629/14 (Ass. 00464), a favore del Consorzio dei Servizi sociali del Chierese e del Consorzio CISA di Gassino T.se, per attività di raccordo e collegamento con i servizi territoriali nell'area delle adozioni e degli affidamenti familiari. (BUR n. 24 del 12.6.14)

Note

Viene assegnato un contributo di € 40.000,00 ciascuno, al Consorzio dei Servizi Socio-assistenziali del Chierese-CHIERI ed al Consorzio Intercomunale Socio Assistenziale C.I.S.A.-GASSINO T.SE, quale quota a parziale copertura delle spese per l'anno 2014, per il distacco presso il Tribunale per i Minorenni di Torino, delle due assistenti sociali, secondo quanto previsto con D.G.R. n. 23-7327 del 2014, che ha disposto il rinnovo della Convenzione tra la Regione Piemonte e il Tribunale per i Minorenni del Piemonte e Valle d'Aosta ed i Soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali per le attività di raccordo e collegamento con i servizi territoriali nell'area delle adozioni e degli affidamenti familiari.

D.D. 16.4.14, n. 120 - L.R. 16 novembre 2001 n.30. Assegnazione all'Agenzia regionale per le adozioni internazionali delle risorse a conguaglio delle spese sostenute per il pagamento dei referenti dell'Ente autorizzato ai corsi di informazione e preparazione per le coppie aspiranti all'adozione di cui all'art.29 bis comma 4, lettera a) e b) L.476/98. Anno 2013.Spesa di euro 1593,76 (cap.179629/2014) . (BUR n. 24 del 12.6.14)

Note

In attuazione di quanto previsto dalla Legge 476/98 art. 29 bis, comma 4, lett. a) e b) la Regione Piemonte ha promosso, a partire dall'anno 2001, su tutto il territorio piemontese l'organizzazione di corsi di informazione, preparazione e formazione per le coppie aspiranti alle adozioni organizzati dalle Equipe sovrazionali per le adozioni, con la collaborazione degli enti autorizzati e delle organizzazioni di volontariato.

L'Agenzia Regionale per le adozioni internazionali (ARAI), istituita con Legge regionale n. 30 del 16.11.2001, ha fattivamente collaborato, a far data dalla sua istituzione, con la competente Direzione regionale nella organizzazione dei suddetti corsi, partecipando agli stessi in qualità di Ente autorizzato. L'ARAI, inoltre, svolge funzione di segreteria organizzativa per gli Enti autorizzati che partecipano in qualità di relatori ai corsi, individuando per ciascun corso l'Ente di riferimento;

Si procede all'assegnazione della somma di € 1593,76 a favore dell'Agenzia regionale per le adozioni internazionali a titolo di conguaglio per il rimborso delle spese derivanti dal pagamento dei referenti dell'Ente autorizzato che hanno partecipato in qualità di relatori ai corsi di informazione e preparazione per le coppie aspiranti all'adozione nell'anno 2013.

NON AUTOSUFFICIENTI**PIEMONTE**

D.D. 17 aprile 2014, n. 124 - Interventi socio-sanitari a sostegno di anziani non autosufficienti. Assegnazione risorse per euro 17.000.000,00 a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e contestuale impegno delle somme disponibili pari a euro 11.000.000,00. (BUR n. 24 del 12.6.14) .

Note

La legge regionale n. 1/2004 all'art.49 e all'art.50 definisce l'articolazione della rete dei servizi sociali per le persone anziane, ove i servizi domiciliari ed economici a sostegno della domiciliarità

Parte

assumono particolare rilievo per quantità e qualità.

La Regione Piemonte, nell'ottica di promuovere il benessere, la qualità della vita e l'autonomia dei propri cittadini non autosufficienti, ha inteso favorire la permanenza presso il domicilio tramite "prestazioni domiciliari" a sostegno della persona e della famiglia che se ne fa carico in maniera organica, ed ha approvato la L.R. n. 10 del 18.02.2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti".

Al fine di garantire la continuità di tali interventi, la Giunta regionale con propria deliberazione n. 17-7284 del 24.03.2014 ha provveduto ad assegnare agli Enti gestori dei servizi socio assistenziali la somma complessiva di € 17.000.000,00, per interventi integrati a sostegno della domiciliarità ad anziani non autosufficienti, comprensiva degli stanziamenti di € 12.000.000,00 e € 5.000.000,00

Viene assegnata, in attuazione della D.G.R. n. 17-7284 del 24.03.2014, la somma complessiva di euro 17.000.000,00 a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali.

La somma complessiva pari a euro 17.000.000,00 a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali viene ripartita in base alla percentuale di popolazione ultra 75enne di ogni Ente gestore rispetto al totale regionale della stessa popolazione rilevata in base agli ultimi dati ISTAT disponibili (31.12.2012), tenuto conto dell'assetto territoriale degli Enti alla data dell'adozione del provvedimento come risulta dall'Allegato A, facente parte integrante alla presente determinazione.;

L'utilizzo della somma spettante a ciascun Ente gestore, all'erogazione di interventi a sostegno alla domiciliarità ad anziani non autosufficienti, in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali, attraverso una diversificazione delle risposte ai bisogni socio-sanitari, viene vincolata così come di seguito specificato:

- Interventi economici a sostegno della domiciliarità
- Cure Domiciliari in Lungoassistenza
- Letti di sollievo

DGR 21.5.14, n. 38-7629 - Criteri di utilizzo e di riparto delle risorse afferenti il capitolo 157098 "Interventi e servizi destinati a soggetti in condizione di specifiche fragilità sociali" per l'anno 2014. (BUR n. 25 del 19.6.14)

Note:

Sono destinate per l'anno 2014 le risorse finanziarie di € 23.500.000,00 per Interventi e servizi destinati a soggetti in condizione di specifiche fragilità sociali a copertura delle spese a carico delle persone che versano in condizioni di fragilità sociale e in condizione di difficoltà economiche destinatarie per le prestazioni relative:

o agli assegni terapeutici per pazienti psichiatrici alternativi al ricovero in struttura;

o alle borse lavoro per pazienti psichiatrici;

o alla copertura della quota sociale per i gruppi appartamento psichiatrici;

o alla copertura della quota sociale per la residenzialità per persone disabili;

o agli ausili tecnici e materiale non inseriti nel nomenclatore tariffario; - di quantificare e ripartire le suddette risorse finanziarie alle ASL piemontesi con riferimento alla spesa storica, pari a circa € 23.500.000, delle prestazioni effettivamente erogate nell'anno 2013;

Sono individuati quali beneficiari della copertura finanziaria a carico della Regione gli utenti con un ISEE inferiore ad Euro 38.000,00, calcolato ai sensi della normativa vigente;

Viene assegnata alle ASL piemontesi la materiale gestione delle attività istruttorie e contabili per la copertura della presente spesa.

NB

La contabilizzazione della spesa dovrà essere separata dalla contabilità relativa alle funzioni proprie dell'ASL ed evidenziata in appositi conti nello stato patrimoniale aziendale;

Parte

Viene dato mandato alle Direzioni Politiche sociali e Sanità di quantificare e ripartire le risorse finanziarie alle ASL piemontesi e di definire congiuntamente le indicazioni alle ASL sulle modalità di gestione dell'attività assegnata nonché di regolare, tramite impegno delegato, le proprie partite finanziarie.

TOSCANA

DGR 3.6.14, n. 443 - L.R. n. 66/2008 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”. Anno 2014: assegnazione alle Aziende UU.SS.LL. di quote sanitarie aggiuntive per RSA. (BUR n. 23 dell'11.6.14)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

L.R. 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del Servizio sanitario regionale”, che detta i principi e le regole di funzionamento e di accesso al sistema sanitario nella Regione Toscana;

L.R. 24 febbraio 2005, n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”, che detta i principi del sistema sociale integrato e le politiche per le persone a rischio di esclusione sociale;

L.R. n. 66 del 18 dicembre 2008 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”;

Piano integrato sociale regionale 2007-2010 approvato con delibera del Consiglio regionale n. 113 del 31 ottobre 2007, così come modificato con delibera del Consiglio regionale n. 69 del 11 novembre 2009, ed in particolare l'Allegato 3 “Prime linee sul progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti”;

l'art. 3 della L.R. 66/2008 “ripartizione e attribuzione del fondo alle zone distretto” prevede la distribuzione alle zone distretto, facendo riferimento ai seguenti criteri generali:

- a) indicatori di carattere demografico;
- b) indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;
- c) indicatori relativi alle persone non autosufficienti, disabili e anziane accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

I RISULTATI ATTESI

Occorre garantire per l'anno 2014 il seguente risultato:

- riduzione netta delle liste di attesa in RSA, in continuità con quanto previsto con Delibera della Giunta regionale n. 754 del 29 settembre 2008, dando soluzione ad uno degli obiettivi primari previsti dall'Allegato 3 del Piano integrato sociale regionale.

A tale scopo viene destinata la somma complessiva di € 24.921.324,00 per finanziare la copertura, da parte delle Aziende UU.SS.LL, della parte sanitaria di n. 1305 quote sanitarie aggiuntive in RSA per l'anno 2014, per la riduzione netta delle liste di attesa;

NB

Per l'anno 2014 le tariffe di cui punto 4 della DGR 818/2009 restano invariate e non si procede in conseguenza di ciò all'adeguamento tariffario della quota tariffaria delle RSA, articolata nei quattro moduli organizzativi previsti dalla DGR 402/2004.

DGR 3.6.14, n. 444 - L.R. n. 66/2008 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”. Anno 2014: riparto alle Zone/Distretto del fondo per la non autosufficienza. (BUR n. 23 dell'11.6.14)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

L.R. 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del Servizio sanitario regionale”, che detta i principi e le regole di funzionamento e di accesso al sistema sanitario nella Regione Toscana;

L.R. 24 febbraio 2005, n. 41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”, che detta i principi del sistema sociale integrato e le politiche per le persone a rischio di esclusione sociale;

Parte

L.R. n. 66 del 18 dicembre 2008 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”;
 Piano integrato sociale regionale 2007-2010 approvato con delibera del Consiglio regionale n. 113 del 31 ottobre 2007, così come modificato con delibera del Consiglio regionale n. 69 del 11 novembre 2009, ed in particolare l’Allegato 3 “Prime linee sul progetto per l’assistenza continuativa a persone non autosufficienti”;

l’art. 3 della L.R. 66/2008 “ripartizione e attribuzione del fondo alle zone distretto” prevede la distribuzione alle zone distretto, facendo riferimento ai seguenti criteri generali:

- a) indicatori di carattere demografico;
- b) indicatori relativi all’incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;
- c) indicatori relativi alle persone non autosufficienti, disabili e anziane accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali;

I RISULTATI ATTESI

Occorre garantire per l’anno 2014 i seguenti risultati:

- estensione dei servizi domiciliari, di cui all’art. 1 della L.R. 40/2005;

- sostegno al sistema integrato a favore delle persone non autosufficienti di età inferiore ai 65 anni;

Viene destinata a tale scopo la somma complessiva di € 38.266.276,00 secondo la seguente ripartizione:

- € 34.387.600,00 per finanziare l’estensione dei servizi domiciliari per i primi otto mesi dell’anno 2014;

- € 3.878.676,00 per finanziare gli interventi destinati alle persone non autosufficienti di età inferiore ai 65 anni per l’anno 2014, da parte delle Zone/distretto.;

PERSONE CON DISABILITÀ

MOLISE

DGR 30.5.14, N. 215 - Comitato tecnico scientifico per la realizzazione degli interventi in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento (dsa), ai sensi dell’art. 3 – comma 2 - della l.r. n. 1 dell’8.1.2010 – integrazione (BUR n. 19 del 16.6.14)

PUGLIA

DGR 20.5.14, n. 959 - DPR 495/92, art. 381, modificato dal DPR 30 luglio 2012, n. 151 - contrassegno invalidi civili (contrassegno H) ora denominato “contrassegno di parcheggio per disabili”

- approvazione nuove linee guida per criteri valutativi medico-legali, ai fini del rilascio del contrassegno H - approvazione nuova modulistica per richiesta e per relativo rilascio certificazione medica della ASL. (BUR n. 74 dell’11.6.14)

Note

Sono approvate - con riferimento alla D.G.R. n. 1682 del 26/7/2011 - le nuove linee guida (all.A) relative ai criteri valutativi medico-legali per il riconoscimento della “capacità di deambulazione impedita” o della “capacità di deambulazione sensibilmente ridotta”, allegate al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale, ai fini del rilascio del “contrassegno di parcheggio per disabili” (contrassegno H), così come predisposte dall’Ufficio Sanità pubblica e sicurezza del lavoro;

Viene approvata - con riferimento alla D.G.R. n. 1682 del 26/7/2011 - la nuova modulistica relativa alla richiesta - ad uso dei cittadini (all.B) ed alla certificazione - ad uso delle ASL (all. C) allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

PSICOLOGI

Parte

VENETO

DGR 27.5.14, n. 716 - Compresenza della figura dello "psicologo di base" (pdb) nell'ambito dell'organizzazione territoriale regionale a supporto dei medici di assistenza primaria (MAP). Avvio della sperimentazione. (BUR n. 59 del 13.6.14)

Note

PREMESSA

Come rilevato dai maggiori organismi internazionali, tra cui l'OMS, è oggi ampiamente riconosciuto come non si possa parlare di salute senza includere il concetto di salute psicologica ovvero di salute psicofisica.

Il ricorso allo Psicologo è ancor oggi limitato, tuttavia, solo ad alcune fasce della popolazione [di solito quelle con "sintomi" o disadattamento reattivo a varie situazioni (lutti, malattie, etc.)] ed è ancora soggetto ad un forte pregiudizio; inoltre, i servizi disponibili sono solitamente concentrati su fasce specifiche di disagio (servizi per le tossicodipendenze, centri di salute mentale, tutela minori, ecc..). L'intervento è, pertanto, molto spesso tardivo.

Le ricerche hanno dimostrato che, accanto a bisogni di salute di carattere fisico, la presenza e la soddisfazione dei bisogni psicologici risultano altrettanto importanti e fondamentali per la salute psicofisica degli individui.

La letteratura, inoltre, ci dimostra che la maggior parte di queste persone, in fase iniziale, chiede aiuto al suo medico di famiglia, e almeno il 50% di dette richieste (Balint, 1975; Magill e Garret, 1988) esprime un disagio psicologico-relazionale.

L'accesso "*volontario e diretto*" ad uno psicologo, in grado di dare risposta ad un disagio di origine non biologica, è reso, però, estremamente difficile dal perdurante pregiudizio sociale nei confronti degli operatori di qualunque tipo di servizio, specificamente operante nel campo della salute mentale.

Questo fa sì che il contatto con l'utente, laddove il medico di assistenza primaria ne riscontri l'importanza e ne offra la possibilità, avvenga in genere in fasi del disagio drammaticamente tardive, con il rischio che sintomi e disturbi si cronicizzino.

È, quindi, evidente la necessità di costituire una situazione in cui l'ascolto psicologico appaia chiaramente come qualcosa previsto per tutti e non per una categoria particolare di persone.

Per questi motivi unire nello stesso ambulatorio/sede le risposte ai bisogni fisici e relazionali dei pazienti potrebbe consentire di intercettare rapidamente e con miglior efficacia i disagi emotivi, potrebbe migliorare la comunicazione tra professionisti, incentivare il lavoro di prevenzione e di comunicazione tra Servizi, migliorare la compliance terapeutica e, se possibile, ridurre anche la spesa farmaceutica e l'eccessiva prescrizione di esami.

Su questi presupposti in Gran Bretagna è stato attivato il progetto "Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)" che ha coinvolto 6.000 psicoterapeuti per terapie brevi (Clark, 2011) su circa 600.000 persone, con un risparmio di 272 milioni di sterline nel sistema sanitario pubblico (<http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/>).

OBIETTIVO: Promozione della salute

Sempre più spesso la domanda di salute è una domanda di benessere: è la voglia di superare il disagio. In questo contesto lo "Psicologo di Base" offre un nuovo servizio che si propone di rispondere a bisogni psicologici della popolazione con funzione di prima risposta e filtro alle richieste di salute e benessere più comuni, mirando alla promozione della salute.

Lo Psicologo di Base si rivolge fin dall'inizio ad un utente che, in base ad alcuni sintomi o a situazioni legate al contesto di vita, potrebbe sviluppare disturbi sanitari importanti se tali non venissero accolti e seguiti nell'immediato.

Lo PdB pertanto:

- segue tutto il processo di intervento, offrendo un intervento minimale, in ambiente '*rassicurante*'

Parte

poiché è al fianco e/o insieme al MAP, senza il rischio di essere etichettati come "*disagiati psichici*", motivo per cui molte persone non accettano l'intervento della figura dello psicologo;

- "*intercetta*" il disagio iniziale ed, eventualmente, in casi molto limitati e specifici, effettua, in accordo con il MAP, degli invii a specialisti dei servizi territoriali;
- offre un ascolto che prende in esame, oltre ai sintomi fisici, tutta la situazione relazionale, intrapsichica, del suo ciclo di vita;
- favorisce un interscambio tra Medicina e Psicologia e valorizza le reciproche competenze, di Medicina e di Psicologia, con un notevole arricchimento culturale di entrambe le figure;
- evita o limita, laddove l'accoglienza è adeguata, la spesa per analisi cliniche e visite specialistiche, specie quando queste nascono da un tentativo di lettura di ogni tipo di disagio all'interno di un modello esclusivamente biologico.

Il ruolo dello "Psicologo di Base", per questo motivo, assume delle caratteristiche di professionalità in grado di riconoscere il passaggio dal cosiddetto "*modello malattia*", in cui l'utente è il singolo individuo/gruppi, filtrato/i dalla diagnosi che individua le patologie da trattare, al "*modello salute*", in cui, andando oltre la distinzione di "*malati*" e "*sani*", considera tutta la popolazione suscettibile di "*migliorare*" la propria posizione nei confronti della vita.

COLLABORAZIONE tra Medici di Assistenza Primaria e Psicologo di Base

L'ambito in cui lo "Psicologo di Base" può esplicitare il suo ruolo può essere l'ambito di assistenza primaria territoriale, prevedendo nella stessa collocazione (UTAP/Medicina di Gruppo Integrata) componenti mediche (MAP) e psicologiche (PdB).

La collaborazione sta nell'intercettare quella parte della popolazione che pone una domanda aspecifica, dove il medico di assistenza sanitaria evidenzia una condizione pre-patologica e chiede una consulenza per analizzare la situazione ed anticipare disturbi che potrebbero diventare problematiche sanitarie.

L'intervento, perciò, deve essere: breve, gratuito per l'utente, rapido e con facilità di accesso.

Infatti, la collaborazione medico-psicologo esprime compiutamente l'approccio biopsicosociale alla salute e risponde alla sempre più diffusa "*esigenza di porre al centro la persona, nella considerazione che la salute è patrimonio della collettività, che le scelte della politica debbono privilegiare la tutela della salute, che il dovere civico alla salute è basato su doveri di solidarietà sociale, che se per ciascun cittadino l'impegno a proteggere la propria salute è un dovere civico, per gli operatori sanitari è anche un dovere etico-professionale, che l'umanizzazione deve essere un vincolo pregnante del sistema-salute*" (PSSR 2012-2016).

INDIVIDUAZIONE DEL PERSONALE

Gli Psicologi di Base devono essere individuati tra gli psicologi dipendenti e specialisti ambulatoriali interni, con la disponibilità di almeno 3 mezze giornate/settimana (per un totale di 12-15 h/sett.li) di presenza presso un ambulatorio dedicato all'interno della sede di riferimento della Medicina di Gruppo Integrata in stretta collaborazione con il MAP.

Si tratterebbe di un ambulatorio di primo livello con accesso su prenotazione (attraverso agenda informatizzata della Medicina di Gruppo Integrata) o su invio accompagnato direttamente dal MAP, senza "*impegno a pagamento*".

Il MAP in base alle situazioni e ai bisogni espressi dall'utente, prenota direttamente, in uno spazio dedicato, l'accesso allo "Psicologo di Base" (attraverso l'agenda informatizzata della Medicina di Gruppo Integrata).

Gli Psicologi di Base così individuati, potranno anche prevedere una compresenza di Psicologi Psicoterapeuti in formazione (specializzandi), con adeguata supervisione.

RUOLO dello "Psicologo di Base"

La medicina attuale è sempre più una medicina "*d'organo*", focalizzata più sulla "*malattia*" che sul paziente nei suoi diversi aspetti, perdendo progressivamente di vista i fattori emozionali e psicologici,

anche come determinanti della salute.

L'approccio di conseguenza è sempre più spostato sull'asse prescrittivo (farmaci, esami, etc), con un importante aumento della spesa, cui non si associa, tuttavia, un pari livello di soddisfazione dei pazienti.

Il ruolo dello "Psicologo di Base", pertanto, è quello di:

- identificare *precocemente* le situazioni ad elevato rischio di sviluppo di psicopatologia o le situazioni di disagio emotivo-relazionale non ancora strutturato,
- contribuire alla gestione dei "pazienti difficili", anche cronici, con difficoltà nella compliance terapeutica e nella gestione degli stili di vita, oppure dei "pazienti lamentosi", "ipocondriaci" o di altri che mascherano il loro disagio sotto forma di sintomo fisico, ma anche di tutti coloro che stanno vivendo situazioni di vita molto stressanti (lutti, separazioni, perdite importanti, problemi economici, etc), che spesso si traducono in "sintomi" (cefalea, insonnia, inappetenza, etc).

Lo "Psicologo di Base" si rivolge al singolo utente, nelle diverse fasi del suo ciclo di vita, alla coppia, alla famiglia, e svolge interventi di diagnosi, di sostegno breve (massimo n. 3 sedute).

Lo "Psicologo di Base", inoltre, può funzionare da elemento di raccordo tra i servizi "specialistici" (CSM, SerT, Servizi Sociali, etc) e la sua compresenza col medico di assistenza sanitaria può migliorare la performance di entrambi, proprio per processi di apprendimento reciproco di competenze e informazioni, che si traducono, nell'esperienza del paziente, nella riunificazione delle sue esperienze fisiche e psicologiche, sia in situazione di malattia, sia in fase precedente a questa.

DEFINIZIONE DEI COMPITI dello "Psicologo di Base"

Nello svolgimento della propria attività lo "Psicologo di Base" procede:

1. alla identificazione precoce delle problematiche emotive, prima che queste sfocino in patologie (fisiche o psichiche) conclamate (prevenzione primaria) o gestione delle problematiche già in atto (prevenzione secondaria);
2. alla gestione dei problemi di adattamento (malattie croniche, lutti, eventi particolari di vita), del disagio emotivo transitorio (es. post-traumatico), delle difficoltà legate al particolare ciclo di vita (adolescenza, età adulta, senilità, etc) e, ove necessario, provvede alla segnalazione della problematica con invio delle situazioni più complesse ai servizi di secondo livello;
3. all'inquadramento psicodiagnostico, consistente in supporto breve e focale (massimo tre sedute), in colloqui di sostegno, al singolo, alla coppia, alla famiglia, a gruppi, in counselling su problematiche specifiche, in supporto nella gestione della compliance terapeutica e nella gestione dello stile di vita, in supporto nella gestione dello stress;
4. alla partecipazione con il medico di assistenza primaria alla definizione di "*salute*" del singolo paziente, integrandola con tutti questi aspetti;
5. alla formazione, confronto e intervizione su casi clinici;
6. alla raccolta e valutazione dei dati (interventi, efficacia, soddisfazione, etc).

RISORSE

Trattandosi di professionisti già operanti in ambito aziendale, non sono previste risorse aggiuntive.

MONITORAGGIO

Al fine di verificare il buon esito dell'iniziativa e l'efficacia dell'intervento, si ritiene che le Aziende ULSS, sedi della sperimentazione, provvedano ad inviare al Settore (ex Unità Complessa - UC) Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, entro il 28 febbraio 2015 e successivamente entro 31/08/2015, una relazione dettagliata sui casi presi in carico, [es. volume dell'attività, esito dell'intervento, quantità di prescrizioni (esami e farmaci), numero di accessi in ambulatorio, livello di soddisfazione].

Allo scopo di valutare l'efficacia dell'intervento saranno utilizzati adeguati strumenti di valutazione.

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI EFFETTUABILI

Il medico di assistenza primaria intercetta tutte quelle situazioni non psicopatologiche, ma con

Parte

forte componente psichica, dove i pazienti non avvertono la necessità di un invio dallo psicologo e non ne farebbero mai domanda, anche se la componente psicologica ha un ruolo così importante che ne condiziona la salute fisica e quella sociale.

Il MAP chiede l'affiancamento dello PdB per intervenire in una fase del "*disagio iniziale*", in cui non si sono ancora organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico o psicologico, ma che, se non seguite, potrebbero diventare gravi disagi sanitari.

A tale proposito si riporta, di seguito, l'elenco dei disturbi da considerare:

1. disturbi d'ansia;
2. disturbi dell'umore;
3. problemi relazionali e familiari;
4. reazioni post traumatiche da stress: lutti, malattie, violenza;
5. disturbi dell'adattamento;
6. disturbi somatoformi;
7. disturbi del sonno;
8. problematiche genitoriali;
9. problematiche relazionali e di coppia;
10. problematiche della sfera sessuale;
11. disturbi della dipendenza in esordio: da alcol, da sostanze, da gioco, ecc.;
12. disturbi depressivi transitori (post diagnosi, lutti, post partum, ecc.);
13. disturbi da stress in care-giver;
14. disturbi da stress lavoro correlato;
15. problematiche degli stili di vita legate a malattie croniche.(diabete, cardiopatie, ecc.);
16. disturbi cognitivi in esordio.

LA SPERIMENTAZIONE

Si intende dare avvio ad un'iniziativa volta a promuovere il valore della co-presenza medico-psicologo di base nell'ambito di una delle forme associative evolute già esistenti nel modello veneto di assistenza integrata.

La richiesta di assistenza psicologica potrà essere avanzata dal MAP e lo "Psicologo di Base" opererà, in collaborazione con il medico, nello stesso ambiente.

Questa collocazione, oltre a facilitare il contatto, attenua, fino ad eliminarli tutti, i "*pregiudizi*" comunemente associati agli operatori della salute psichica, facilita i contatti e la comunicazione/condivisione di strategie tra medico e psicologo, anche sul singolo caso.

Viene pertanto sperimentata l'introduzione della figura dello Psicologo di Base all'interno di due UTAP/ Medicine di gruppo integrate:

- una presso l'UTAP "*Casa per la Salute di Schio*" dell'Azienda ULSS n.4;
- l'altra presso l'UTAP "*Medinfiore*" dell'Azienda ULSS n.7.

Conseguentemente, l'attività dello Psicologo di Base sarà svolta presso la sede di riferimento delle UTAP/Medicina di Gruppo Integrate individuate.

Viene stabilito che la sperimentazione ha durata annuale con inizio dall'1/09/2014 e termine il 31/08/2015 e viene rinviata ad un successivo provvedimento della Giunta Regionale la valutazione di prosecuzione dell'iniziativa di cui trattasi.

Viene individuata la dott.ssa Emilia Laugelli e il dott. Nicola Michieletto quali referenti aziendali del progetto rispettivamente per l'Azienda ULSS n. 4 e per l'Azienda ULSS n. 7, nonché di nominare la dott.ssa Emilia Laugelli quale coordinatore di progetto per la Regione, che riferirà in merito alla sperimentazione alla dott.ssa M.Cristina Ghiotto, dirigente del Settore (ex UC) Assistenza Distrettuale e Cure primarie.

Le Aziende ULSS, sedi della sperimentazione, provvedono ad inviare al Settore (ex UC) Assistenza

Parte

Distrettuale e Cure Primarie, entro il 28 febbraio 2015 e successivamente entro 31/08/2015, una relazione dettagliata sui casi presi in carico come stabilito in premessa, al fine di riscontrare il buon esito dell'iniziativa e l'efficacia dell'intervento.

POLITICHE SOCIALI

SICILIA

DASS 4.6.14 - Modifica del decreto 2 aprile 2013, concernente istituzione dell'albo regionale dei commissari delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza della Regione siciliana. (GURS n. 24 del 13.6.14)

Articolo unico

Per le motivazioni esposte in premessa, il comma 1, lettera a), dell'art. 2 del D.A. n. 386 del 2 aprile 2013 è così modificato:

a) qualifica di dirigente o funzionario regionale;

b) istruttore direttivo in servizio presso il Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali.

I soggetti di cui alle lettere a) e b) devono possere una anzianità di servizio, nella qualifica, non inferiore a cinque anni e con riconosciute attribuzioni culturali e professionali adeguati all'incarico.

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE

CAMPANIA

DGR 5..6.14, n.181 - Riconoscimento debiti fuori bilancio - sentenze reddito di cittadinanza. ulteriori provvedimenti. (BUR n. 39 del 9.6.14)

PRESENTAZIONE

La sentenza n.18480 del 9.8.2010 della Corte di Cassazione in ordine alla configurazione del reddito di cittadinanza quale prestazione assistenziale dovuta, e non discrezionale (a motivo della limitata disponibilità delle risorse disponibili), determina la conferma del concetto di "assistenza legale" e in quanto tale non devoluta alla buona disponibilità e alla concessione di benefici disposta dalle Regioni. L'importanza della sentenza pone quindi l'aspetto cruciale della esigibilità dei servizi sociali, fra cui l'assistenza economica (d. lgs. n. 112/98), che rientra fra le competenze esclusiva delle Regioni e degli Enti locali.

Non più quindi politiche sociali "ottriate" e "concesse" in virtù di un potere discrezionale assoluto delle Regioni, ma politiche sociali connesse all'esercizio di un diritto tutelato.

Si riporta la sentenza, che costituisce anche una modalità di ricorso giurisdizionale che supera il concetto della tutela di interesse legittimi (per i quali il TAR è competente), per confermare invece la competenza del Giudice civile..

Autorità: Cassazione civile sez. un.

Data: 09 agosto 2010

Numero: n. 18480

Parti: Reg. Campania **C.** Caporaso

Fonti: Pubblica 2010

CLASSIFICAZIONE

GIURISDIZIONE CIVILE Giurisdizione ordinaria e amministrativa autorità giudiziaria ordinaria

TESTO

La L.R. Campania 19 febbraio 2004, n. 2, configurando esplicitamente il reddito di cittadinanza come una prestazione concernente un diritto sociale fondamentale (art. 1, comma 1), prevede, in particolare, che

Parte

hanno diritto all'erogazione monetaria, nei limiti delle risorse disponibili, i soggetti che, ricorrendo le condizioni previste, "ne fanno richiesta" (art. 3, comma 1). Si configura, dunque, un diritto soggettivo che trova la sua fonte direttamente nella legge e non presuppone alcun potere discrezionale della pubblica amministrazione, alla quale si richiede, esclusivamente, la verifica delle condizioni reddituali - in base a modalità generali di calcolo del reddito fissate da apposito regolamento del Consiglio regionale, su proposta della Giunta - e la selezione degli aventi diritto, da parte dei Comuni, sulla base delle domande ricevute (art. 3, comma 3, e art. 6, comma 1). Sulla scorta di tanto, sono devolute alla cognizione del giudice ordinario le controversie sulla esistenza del diritto e sulla spettanza del beneficio.

La L.R. Campania 19 febbraio 2004, n. 2, configurando esplicitamente il reddito di cittadinanza come una prestazione concernente un diritto sociale fondamentale (art. 1, comma 1), prevede, in particolare, che hanno diritto all'erogazione monetaria, nei limiti delle risorse disponibili, i soggetti che, ricorrendo le condizioni previste, "ne fanno richiesta" (art. 3, comma 1). Si configura, dunque, un diritto soggettivo che trova la sua fonte direttamente nella legge e non presuppone alcun potere discrezionale della pubblica amministrazione, alla quale si richiede, esclusivamente, la verifica delle condizioni reddituali - in base a modalità generali di calcolo del reddito fissate da apposito regolamento del Consiglio regionale, su proposta della Giunta - e la selezione degli aventi diritto, da parte dei Comuni, sulla base delle domande ricevute (art. 3, comma 3, e art. 6, comma 1). Sulla scorta di tanto, sono devolute alla cognizione del giudice ordinario le controversie sulla esistenza del diritto e sulla spettanza del beneficio.

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
SEZIONI UNITE CIVILI

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. CARBONE	Vincenzo	- Primo Presidente	-
Dott. VITTORIA	Paolo	- Presidente di sezione	-
Dott. ELEFANTE	Antonino	- Presidente di sezione	-
Dott. TRIOLA	Roberto Michele	- Presidente di sezione	-
Dott. GOLDONI	Umberto	- Consigliere	-
Dott. SALVAGO	Salvatore	- Consigliere	-
Dott. FORTE	Fabrizio	- Consigliere	-
Dott. CURCURUTO	Filippo	- Consigliere	-
Dott. MORCAVALLO	Ulpiano	- rel. Consigliere	-

ha pronunciato la seguente:

sentenza

sul ricorso proposto da:

REGIONE CAMPANIA ((OMISSIS)), in persona del Presidente della Giunta Regionale pro tempore, 641 elettivamente domiciliata in ROMA, VIA POLI 29, presso l'Ufficio di rappresentanza della regione stessa, rappresentata e difesa dagli avvocati CONTE ANDREA, GRANDE CORRADO, per delega a margine del ricorso;

- ricorrente

contro

C.C. ((OMISSIS)), elettivamente domiciliata in ROMA, PIAZZA DELL'EMPORIO 16/A, presso lo studio dell'avvocato GUIZZI GIUSEPPE, che la rappresenta e difende, per delega a margine del controricorso;

- controricorrente

contro

COMUNE DI BENEVENTO ((OMISSIS)), in persona del Sindaco pro tempore, elettivamente domiciliato in ROMA, VIA G. BELLUZZO 27-L, presso lo studio dell'avvocato PAGANO MASSIMO, rappresentato e difeso dall'avvocato GIULIANO LUIGI, per delega a margine del controricorso e ricorso incidentale;

- controricorrente e ricorrente incidentale

avverso la sentenza n. 197/2009 del TRIBUNALE di BENEVENTO, depositata il 02/02/2009;

Parte

udita la relazione della causa svolta nella p.u. del 06/07/10 dal Cons. Dott. ULPIANO MORCAVALLO;
 uditi gli avvocati Corrado GRANDE, Giuseppe GUIZZI;
 udito il P.M. in persona dell'Avvocato Generale Dott. IANNELLI Domenico che ha concluso per l'accoglimento del primo motivo del ricorso principale e incidentale (A.G.A.) assorbiti gli altri.

FATTO

RITENUTO IN FATTO

1. C.C. si rivolgeva al giudice di pace di Benevento domandando la condanna della Regione Campania e del Comune di Benevento alla corresponsione del reddito di cittadinanza previsto L.R. 19 febbraio 2004, n. 2, art. 2 per l'importo di Euro 1635,18, oltre interessi. Assumeva che tale beneficio era stato negato in base ad una interpretazione erronea - fornita dalla Giunta regionale con deliberazione n. 705 del 2005 - secondo cui l'importo massimo erogabile, di L. 350 euro mensili, dovesse essere corrisposto per intero sino alla capienza delle risorse finanziarie assegnate dalla Regione per ciascun ambito territoriale, sia che la prestazione non veniva assicurata mediante importi inferiori a quello massimo - a tutti i soggetti ammessi al beneficio, ma - per l'intero importo di 350 euro mensili - ai soli soggetti utilmente collocati nella relativa graduatoria compilata dal Comune.

1.1. Con sentenza n. 5151 del 2008 il giudice adito dichiarava la propria incompetenza per materia e rimetteva le parti dinanzi al Tribunale di Benevento, in funzione di giudice del lavoro.

2. La C. proponeva appello dinanzi al Tribunale di Benevento, deducendo la natura non assistenziale della prestazione e instando per l'accoglimento della sua pretesa; resistevano all'impugnazione la Regione Campania e il Comune di Benevento, che proponevano altresì appello incidentale sostenendo il difetto di giurisdizione del giudice ordinario, in favore del giudice amministrativo.

2.1. Con sentenza del 2 febbraio 2009 il Tribunale, respinta l'eccezione di giurisdizione, accoglieva l'appello della C. e condannava in solido la Regione e il Comune al pagamento dell'importo domandato in giudizio. In particolare, il Tribunale rilevava che: a) il diritto alla prestazione traeva fondamento direttamente dalla legge, non essendo previsto alcun potere discrezionale della p.a. con riguardo al suo riconoscimento e alla individuazione dei beneficiari, sia che la controversia apparteneva senz'altro al giudice ordinario; b) non si configurava una controversia in materia di previdenza e assistenza obbligatoria, ai sensi dell'art. 442 c.p.c., che il beneficio non era connesso ad un rapporto di lavoro, ovvero ad un rapporto pensionistico, o ad una assicurazione sociale, né poteva ritenersi una misura di assistenza obbligatoria, durata e applicabile alla generalità dei cittadini; c) la domanda era fondata, poiché la normativa regionale invocata dall'attrice prevedeva, in effetti, che tutti i fondi stanziati per il reddito di cittadinanza dovevano essere suddivisi fra gli aventi diritto, tra cui era inserita la C., sia che doveva considerarsi illegittima - e dunque andava disapplicata - la delibera della Giunta regionale che aveva invece disposto di assegnare il massimo erogabile fino ad esaurimento dell'intera somma disponibile per l'ambito territoriale - solo a pochi richiedenti sulla base del minor reddito.

3. Contro questa decisione hanno proposto ricorso per cassazione la Regione Campania, con due motivi, e, in via incidentale, il Comune di Benevento, con quattro motivi. La C. ha resistito ad entrambe le impugnazioni con distinti controricorsi. La Regione ha depositato memoria ai sensi dell'art. 378 c.p.c..

DIRITTO

CONSIDERATO IN DIRITTO

1. In via preliminare, i due ricorsi devono essere riuniti, ai sensi dell'art. 335 c.p.c., in quanto proposti avverso la stessa sentenza.

Ancora in limine, deve ritenersi ammissibile, ai sensi dell'art. 334 c.p.c., il ricorso incidentale tardivo del Comune di Benevento, ancorché di contenuto adesivo al ricorso principale, in base al principio - recentemente enunciato da queste Sezioni unite - secondo cui l'interesse all'impugnazione può sorgere dalla proposizione dell'impugnazione principale che, se accolta, comporterebbe una modifica delle situazioni giuridiche originariamente accettate dal litisconsorte, quale - nella specie - il Comune (cfr. Cass., sez. un., n. 6444 del 2009; n. 24627 del 2007).

2. Il ricorso della Regione Campania comprende due motivi.

2.1. Con il primo motivo si deduce il difetto di giurisdizione del giudice ordinario, sostenendosi che l'attribuzione del reddito di cittadinanza ai sensi della L.R. n. 2 del 2004, art. 2 scaturisce soltanto dall'esercizio di un potere discrezionale della pubblica amministrazione, che si è risolto, nella specie, nella compilazione di una graduatoria di selezione, in base alle diverse situazioni reddituali, per l'individuazione degli aventi diritto nell'ambito delle risorse di bilancio.

Parte

2.2. Con il secondo motivo si denuncia violazione dell'art. 2 della citata legge regionale e delle norme del regolamento attuativo, ivi previsto all'art. 3, sostenendosi che l'operato della pubblica amministrazione, nel limitare l'attribuzione del reddito di cittadinanza - nell'intero importo di Euro 350,00 mensili - ai soli soggetti inseriti nella graduatoria per reddito e nell'escludere le domande "ammissibili e non finanziate", è coerente con le previsioni del Legislatore regionale.

3. Il ricorso incidentale del Comune di Benevento si articola in quattro motivi.

3.1. Con il primo motivo si sostiene il difetto di giurisdizione del giudice ordinario deducendosi - in adesione alle deduzioni della Regione - l'erroneità della decisione impugnata nella configurazione di un diritto soggettivo alla prestazione, derivante direttamente dalla legge.

3.2. Con il secondo motivo si denuncia violazione delle norme sulla competenza per materia e si lamenta che il Tribunale, pronunciando nel merito in grado di appello, abbia negato la competenza del giudice del lavoro, in base all'erroneo presupposto che la controversia non riguardasse una prestazione assistenziale ai sensi dell'art. 442 c.p.c. e segg..

3.3. Il terzo motivo denuncia violazione dell'art. 43 c.p.c. e segg. e degli artt. 353, 354 e 339 c.p.c., in relazione agli artt. 3, 25 e 111 Cost., per non avere il Tribunale, quale giudice di appello, rimesso la causa al giudice di pace, in conseguenza dell'accoglimento del gravame in relazione alla competenza, e per avere invece trattenuto la controversia definendola con decisione sul merito.

3.4. Con il quarto motivo, denunciandosi violazione della legge regionale sopra menzionata e delle norme in materia di disapplicazione degli atti amministrativi, in relazione all'art. 97 Cost., si sostiene la insussistenza di un diritto soggettivo della C. alla percezione del reddito di cittadinanza nell'intero importo mensile di 350,00 Euro e si deduce la conseguente erroneità della decisione impugnata nella disapplicazione degli atti che avevano dato attuazione al dettato normativo.

4. I motivi riguardanti la giurisdizione (primo motivo del ricorso principale e di quello incidentale) non sono fondati.

4.1. La L. 8 novembre 2000, n. 328 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) all'art. 1, comma 1, nel fissare i principi generali e la finalità della legge, ha affermato che la Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli artt. 2, 3 e 38 Cost... Il comma 2 del medesimo articolo dispone, inoltre, che per interventi e servizi sociali si intendono tutte le attività previste dal D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, art. 1288 (conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali, in attuazione del capo 1 della L. 15 marzo 1997, n. 59). Il richiamato D.Lgs. n. 112 del 1998, artt. da 128 a 134, disciplina le funzioni e i compiti amministrativi relativi alla materia dei servizi sociali. In particolare, l'art. 128, comma 2 dispone che con tale nozione si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno o di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

4.2. In tale sistema integrato l'intervento dello Stato, dapprima inteso come sussidiario rispetto all'intervento delle regioni e degli enti locali nella politica di contrasto delle situazioni di indigenza, diviene meramente concorrente, secondo una evoluzione che ha infine comportato la competenza legislativa delle regioni nella materia dei servizi sociali, salva la potestà legislativa dello Stato per la materia della previdenza e per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale - ex art. 117 Cost., comma 2, lett. m), - (cfr. Corte cost. n. 287 del 2004; n. 423 del 2004).

4.3. Analogamente ad altre regioni, in applicazione del sistema integrato delineato dalla L. n. 328 del 2000, la regione Campania, con la L. 19 febbraio 2004, n. 2 (istituzione in via sperimentale del reddito di cittadinanza), ha previsto che ai residenti comunitari ed extracomunitari da almeno sessanta mesi nella regione, con reddito annuo inferiore ad Euro 5000,00, e assicurato il reddito di cittadinanza come misura di contrasto alla povertà e all'esclusione e come strumento teso a favorire condizioni efficaci di inserimento lavorativo e sociale; tale reddito, che fa riferimento alle persone nel contesto del nucleo familiare, consiste in una erogazione monetaria che non supera i 350,00 Euro mensili per nucleo familiare e in specifici interventi mirati all'inserimento scolastico, formativo e lavorativo dei singoli componenti (art. 2, commi 1 e 2; art. 3, comma 1).

4.4. La legge regionale prevede esplicitamente che si tratta di una prestazione concernente un diritto sociale fondamentale (art. 1, comma 1) e che, in particolare, hanno diritto all'erogazione monetaria, nei limiti delle risorse disponibili, i soggetti che, ricorrendo le condizioni previste, "ne fanno richiesta" (art. 3, comma 1). Si configura, dunque, un diritto soggettivo che trova la sua fonte direttamente nella legge e non presuppone alcun potere discrezionale della pubblica amministrazione, alla quale si richiede, esclusivamente, la verifica

Parte

delle condizioni reddituali - in base a modalità generali di calcolo del reddito fissate da apposito regolamento del Consiglio regionale, su proposta della Giunta - e la selezione degli aventi diritto, da parte dei Comuni, sulla base delle domande ricevute (art. 3, comma 3, e art. 6, comma 1). E ciò comporta, di conseguenza, che sono devolute alla cognizione del giudice ordinario le controversie come quella in esame sulla esistenza del diritto e sulla spettanza del beneficio, cosii come esattamente ritenuto dal Tribunale.

5. Parimenti infondati sono i motivi riguardanti la competenza e la censura di nullità della sentenza impugnata per la mancata rimessione al giudice a quo, o comunque per avere il Tribunale pronunciato nel merito anziché limitarsi a confermare la pronuncia declinatoria della competenza (secondo e terzo motivo del ricorso del Comune).

5.1. La ricognizione normativa, così operata ai fini della giurisdizione, consente di configurare, indubbiamente, il reddito di cittadinanza come una prestazione di natura assistenziale, per la quale trova applicazione l'art. 442 c.p.c., in ciò dovendosi correggere la sentenza impugnata. Ed infatti nell'intento del Legislatore le disposizioni contenute nei provvedimenti legislativi sopra richiamati evidenziano la sussistenza di un nesso funzionale tra i servizi sociali, quali che siano i settori di intervento (famiglia, minori, anziani, disabili, indigenti, emarginati), e la rimozione o il superamento di situazioni di svantaggio o di bisogno, per la promozione del benessere fisico e psichico della persona, a prescindere dalla sua occupazione lavorativa e dalla costituzione di un rapporto assicurativo: questa correlazione è di per sé idonea alla definizione di una prestazione come di natura assistenziale, intesa alla tutela dei diritti sociali dei cittadini (art. 38 Cost.) e, più in generale, all'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà sociale finalizzati, ai sensi dell'art. 2 Cost., alla garanzia dei diritti inviolabili di ogni persona (cfr. Cass., sez. un., n. 5386 del 1993). Non rileva, invece, il carattere "territoriale" della provvidenza, né la sua "temporaneità": da un lato, il conferimento alle regioni di una potestà normativa in materia di servizi sociali, esercitata mediante il coordinamento con funzioni e compiti amministrativi attribuiti agli enti locali, completa il decentramento del sistema di sicurezza sociale (cfr.

Cass. n. 10248 del 2009, n. 19273 del 2004, n. 8799 del 2001), nel cui ambito le misure dirette alla tutela della persona contro l'emarginazione sociale (reddito di cittadinanza, reddito di ultima istanza), essendo destinate ai nuclei familiari a rischio di esclusione sociale e dunque a favore di soggetti che si trovano in situazione di estremo bisogno, costituiscono una misura assistenziale demandata alle regioni (cfr. Corte cost. n. 423 del 2004, cit.);

dall'altro, la necessità dell'intervento assistenziale anche per la tutela di bisogni temporanei, come quelli connessi alla perdita dell'occupazione lavorativa (indennità di disoccupazione, cassa integrazione, indennità di mobilità) e alla precarietà del lavoro conseguente alla crisi dell'impresa e alla trasformazione delle relazioni industriali (c.d. flexicurity), dimostra che la durata della prestazione non influisce sul suo carattere assistenziale, verificandosi, al contrario, che la tutela debba essere diretta, sempre più, ad impedire il consolidamento di situazioni di definitiva emarginazione e a favorire l'inserimento sociale.

5.2. La configurazione di una controversia soggetta alla disciplina di cui all'art. 442 c.p.c., e segg. non comporta, in ogni caso, alcuna nullità della sentenza impugnata in relazione alla mancata rimessione della causa al giudice competente, come esattamente individuato nella decisione di primo grado, e cioè allo stesso Tribunale di Benevento in funzione di giudice del lavoro; ed infatti questa Corte ha precisato che "quando, di fronte ad una declinatoria di competenza da parte del giudice di pace in causa esorbitante dai limiti della sua giurisdizione equitativa, venga proposto appello con contestazione della fondatezza della pronuncia, il tribunale, ove la censura sia infondata, è investito dell'esame del merito quale giudice dell'appello in conseguenza del normale effetto devolutivo proprio di tale impugnazione restando escluso sia che la pronuncia sul merito possa considerarsi come resa dal tribunale stesso in primo grado, sia che al rigetto dell'appello sul motivo afferente alla competenza debba seguire la rimessione delle parti avanti allo stesso tribunale quale giudice competente affinché la controversia venga decisa in primo grado" (cfr. Cass. n. 20636 del 2006). Né, d'altra parte, assume rilievo che la controversia sia stata decisa mediante l'adozione del rito ordinario in luogo di quello speciale, e senza il mutamento del rito ai sensi dell'art. 426 c.p.c., poiché tale circostanza può determinare l'invalidità del procedimento solo nell'ipotesi non ricorrente nella specie - in cui essa abbia causato un concreto pregiudizio alle parti riguardo al regime delle prove e all'esercizio del diritto di difesa (cfr. Cass. n. 1222 del 2006).

5.2.1. Questa conclusione trova conferma anche nella considerazione generale, più volte evidenziata da questa Corte, che il rispetto del diritto fondamentale ad una ragionevole durata del processo, derivante dall'art. 111 Cost., comma 2, e dagli art. 6 e 13 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, impone al giudice ai sensi degli art. 175 e 127 c.p.c. di evitare e impedire comportamenti che siano di ostacolo ad una sollecita definizione della controversia, fra i quali rientrano certamente quelli che si traducono in un inutile dispendio di attività processuali e formalità superflue perché non giustificate dalla struttura dialettica del processo e, in particolare, dal rispetto effettivo del principio del contraddittorio, espresso da essenziali garanzie del diritto di difesa (art. 24 Cost.) e dal diritto alla partecipazione al processo, in condizioni di parità (art. 111 Cost., comma 2), dei soggetti nella cui sfera giuridica l'atto finale ee

Parte

destinato ad esplicitare i suoi effetti (cfr. Cass., sez. un., n. 26373 del 2008; Cass. n. 2723 del 2010; n. 27129 del 2009).

5.2.2. L'incidenza del giusto processo, di cui la ragionevole durata è elemento costitutivo, si riflette sul giudizio di cassazione e sul potere di controllo, anche officioso, delle nullità verificatesi nel giudizio di merito, così come queste Sezioni unite hanno precisato anche in relazione al difetto di giurisdizione, individuando, in particolare, le nullità la cui rilevanza vale a realizzare le finalità dell'art. 111 Cost., comma 2, (cfr. Cass., sez. un., n. 24883 e n. 26019 del 2008), secondo una nuova concezione del processo - anche in ordine alla consecutio logica delle questioni da trattare (cfr. Cass., sez. un., n. 26373 del 2008 e Cass. n. 2723 del 2010, cit.) - che, infine, ha trovato rispondenza nell'art. 360 bis c.p.c., introdotto dalla L. 18 giugno 2009, n. 69, art. 47 per cui le sole censure rilevanti nel giudizio di legittimità sono quelle relative alla violazione dei principi regolatori del giusto processo: norma che, ancorché inapplicabile nella specie ratione temporis, è comunque ricognitiva di un principio definitivamente acquisito nel diritto vivente, inteso a realizzare la funzione propria del processo, cioè la pronuncia del giudice sulla fondatezza della domanda in base ad un processo giusto e, quindi, anche in un termine ragionevole, restando così circoscritte alla sola violazione delle regole processuali fondamentali - connesse allo svolgimento di un processo giusto - le ipotesi di pronunce, meramente ricognitive di nullità del procedimento, che valgono a impedire, o a rendere inefficace, il giudizio definitivo sulle condizioni dell'azione proposta.

6. Non fondate, infine, sono le censure relative al riconoscimento del diritto alla prestazione in capo alla controricorrente (secondo motivo del ricorso della Regione e quarto motivo del ricorso del Comune).

6.1. In base alla L.R. n. 2 del 2004, art. 3, comma 1 hanno diritto all'erogazione monetaria di cui al reddito di cittadinanza i componenti delle famiglie anagrafiche, che ne fanno richiesta, con un reddito annuo inferiore ad Euro 5000,00; la medesima erogazione spetta nel limite fissato dall'art. 2, comma 2, della stessa legge, cioè sino a 350,00 Euro mensili per nucleo familiare, mentre i diversi interventi mirati all'inserimento scolastico, formativo e lavorativo - che ugualmente compongono il reddito di cittadinanza spettano senza limiti di numero per nucleo familiare. La previsione normativa è inequivoca nel riconoscere il diritto a tutti coloro che, trovandosi nelle condizioni prescritte, ne facciano richiesta, sia che l'intervento successivo della pubblica amministrazione secondo le ripartizioni di competenza, anche territoriale, stabilite dall'art. 4 e segg. della stessa legge - è diretto, come già si è visto a proposito della giurisdizione, alla sola ricognizione e verifica della sussistenza delle predette condizioni, cioè, per quanto riguarda l'erogazione monetaria, alla verifica della entità del reddito secondo i parametri fissati, ai sensi dell'art. 4, comma 3, da apposito regolamento del Consiglio regionale (la cui potestà regolamentare, al riguardo, è appunto limitata alla individuazione dei criteri di utilizzo degli indicatori economici ai fini della fissazione del limite reddituale).

6.2. Ne consegue che, una volta accertato il non superamento del limite di reddito, la prestazione economica spetta a tutti gli aventi diritto, fra i quali devono essere suddivise le risorse disponibili, derivando dunque la efficacia dell'intervento sociale, esclusivamente, dalla scelta specifica in ordine all'entità delle spese pubbliche da destinare al sostegno contro la povertà e l'esclusione (che costituisce la finalità dell'intervento ai sensi dell'art. 2 della legge regionale); non trova giustificazione, invece, la destinazione delle risorse mediante attribuzione dell'intero importo nel tetto massimo di 350,00 Euro mensili ad alcuni soltanto degli aventi diritto, secondo il minor reddito, con esclusione degli altri, secondo la distinzione fra "domande ammesse e finanziate" e "domande ammesse e non finanziate" adottata, in modo illegittimo, dalle amministrazioni ricorrenti, mediante l'emanazione di atti correttamente disapplicati dal Tribunale.

7. In conclusione, va dichiarata la giurisdizione del giudice ordinario e vanno rigettati entrambi i ricorsi, come sopra riuniti.

La complessità delle questioni esaminate induce a compensare fra tutte le parti le spese del giudizio di legittimità.

P.Q.M.

P.Q.M.

La Corte, a sezioni unite, riunisce i ricorsi, dichiara la giurisdizione del giudice ordinario e rigetta entrambe le impugnazioni. Compensa fra tutte le parti le spese del giudizio.

Così deciso in Roma, il 6 luglio 2010.

Depositato in Cancelleria il 9 agosto 2010

Note

PREMESSA

La legge regionale n.2/2004 ha avviato la sperimentazione del Reddito di Cittadinanza;

Il successivo Regolamento Consiliare n. 1/2004, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione

Parte

Campania n. 28 del 7 giugno 2004, avente ad oggetto “Regolamento di attuazione della legge regionale 19 febbraio 2004, n. 2 concernente “Istituzione in via sperimentale del reddito di cittadinanza”, ha disciplinato l’applicazione della suddetta Legge Regionale, ed in particolare i commi 3 e 4 dell’art. 9, in tema di riparto delle risorse.

Ogni ambito territoriale ha istituito la propria graduatoria, divisa tra coloro che avevano accesso alla misura e coloro che pur risultando idonei, per esaurimento dei fondi disponibili, non hanno beneficiato delle risorse.

I RICORSI PRESENTATI E LA SENTENZA DELLA CASSAZIONE

A seguito dei ricorsi presentati da alcuni cittadini appartenenti agli idonei non beneficiari è stata pronunciata la sentenza delle Sezioni Unite della Suprema Corte di Cassazione n.18480 del 09/08/2010 allegata alla presente delibera

IL DISPOSITIVO DELLA SENTENZA E GLI EFFETTI

In virtù della suddetta Sentenza la prestazione economica del reddito di cittadinanza spetta a tutti gli aventi diritto, fra i quali dovevano essere divise le risorse disponibili e non trova giustificazione la distribuzione delle risorse mediante il tetto massimo di € 350,00 mensili solo ad alcuni degli aventi diritto, secondo la distinzione tra “domande ammesse e finanziate” e “domande ammesse e non finanziate”.

A partire dalla suddetta Sentenza la Regione Campania risulta soccombente per le posizioni debitorie scaturite dalle successive sentenze esecutive.

LA DISPOSIZIONE

Viene proposto al Consiglio Regionale, ai sensi e per gli effetti dell’art.47 comma 3 della L.R. 30.04.2002 n. 7 e s.m.i., di riconoscere la somma complessiva di € 365.798,81 relativa al Reddito di Cittadinanza, in esecuzione delle suddette sentenze e appartenenti alla categoria dei “*debiti fuori bilancio*” trattandosi di una posizione debitoria derivante da provvedimenti esecutivi, con salvezza di tutte le eventuali responsabilità emergenti.

Viene subordinato, in ogni caso, l’atto di liquidazione alla verifica, presso l’Avvocatura regionale, delle notifiche di procedure esecutive promosse o concluse da parte dei creditori.

Viene richiesta all’Avvocatura Regionale una relazione in cui siano esplicitate le linee difensive sinora adottate, con particolare riferimento ai rimedi giurisdizionali esperiti avverso le pronunce di cui in premessa, anche alla luce della novella introdotta dall’art.1, comma 208 della LR 4/2011; 8. di dare mandato ai Direttori Generali competenti per materia di verificare la sussistenza dei presupposti per l’avvio dei procedimenti volti al recupero delle eventuali somme indebitamente corrisposte ai richiedenti il reddito di cittadinanza

Il presente atto viene inviato all’Avvocatura regionale per la valutazione della sussistenza di eventuali azioni di responsabilità a carico dei proponenti gli atti annullati ed impugnati innanzi all’autorità giudiziaria e di soggetti terzi responsabili o coobbligati;

DGR 5.6.14, n. 182 - - Riconoscimento debiti fuori bilancio - sentenze reddito di cittadinanza. ulteriori provvedimenti. (BUR n. 39 del 9.6.14)

Note

Viene proposto al Consiglio Regionale, ai sensi e per gli effetti dell’art.47 comma 3 della L.R. 30.04.2002 n. 7 e s.m.i., di riconoscere la somma complessiva di € 92.423,86 relativa al Reddito di Cittadinanza, in esecuzione delle suddette sentenze e appartenenti alla categoria dei “*debiti fuori bilancio*” trattandosi di una posizione debitoria derivante da provvedimenti esecutivi, con salvezza di tutte le eventuali responsabilità emergenti.

Viene subordinato, in ogni caso, l’atto di liquidazione alla verifica, presso l’Avvocatura regionale, delle notifiche di procedure esecutive promosse o concluse da parte dei creditori.

Parte

Viene richiesta all'Avvocatura Regionale una relazione in cui siano esplicitate le linee difensive sinora adottate, con particolare riferimento ai rimedi giurisdizionali esperiti avverso le pronunce di cui in premessa, anche alla luce della novella introdotta dall'art.1, comma 208 della LR 4/2011; 8. di dare mandato ai Direttori Generali competenti per materia di verificare la sussistenza dei presupposti per l'avvio dei procedimenti volti al recupero delle eventuali somme indebitamente corrisposte ai richiedenti il reddito di cittadinanza

Il presente atto viene inviato all'Avvocatura regionale per la valutazione della sussistenza di eventuali azioni di responsabilità a carico dei proponenti gli atti annullati ed impugnati innanzi all'autorità giudiziaria e di soggetti terzi responsabili o coobbligati

DGR 5.6.14, n. 183 - Riconoscimento debiti fuori bilancio - sentenze reddito di cittadinanza. ulteriori provvedimenti. (BUR n. 39 del 9.6.14).

Note

Viene proposto al Consiglio Regionale, ai sensi e per gli effetti dell'art.47 comma 3 della L.R. 30.04.2002 n. 7 e s.m.i., di riconoscere la somma complessiva di € 132.233,69 relativa al Reddito di Cittadinanza, in esecuzione delle suddette sentenze e appartenenti alla categoria dei "*debiti fuori bilancio*" trattandosi di una posizione debitoria derivante da provvedimenti esecutivi, con salvezza di tutte le eventuali responsabilità emergenti.

Viene subordinato, in ogni caso, l'atto di liquidazione alla verifica, presso l'Avvocatura regionale, delle notifiche di procedure esecutive promosse o concluse da parte dei creditori.

Viene richiesta all'Avvocatura Regionale una relazione in cui siano esplicitate le linee difensive sinora adottate, con particolare riferimento ai rimedi giurisdizionali esperiti avverso le pronunce di cui in premessa, anche alla luce della novella introdotta dall'art.1, comma 208 della LR 4/2011; 8. di dare mandato ai Direttori Generali competenti per materia di verificare la sussistenza dei presupposti per l'avvio dei procedimenti volti al recupero delle eventuali somme indebitamente corrisposte ai richiedenti il reddito di cittadinanza

Il presente atto viene inviato all'Avvocatura regionale per la valutazione della sussistenza di eventuali azioni di responsabilità a carico dei proponenti gli atti annullati ed impugnati innanzi all'autorità giudiziaria e di soggetti terzi responsabili o coobbligati;

LOMBARDIA

Regolamento regionale 10 giugno 2014 - n. 4 - Sistema tariffario integrato regionale del trasporto pubblico (art. 44, l.r. 6/2012 (BUR n. 24 del 13.6.14)

Note

Nel contesto del provvedimento vi sono specifiche indicazioni atte a favorire la mobilità e conseguentemente l'inclusione sociale

Art. 28

(Agevolazioni e gratuità)

(Art. 44, comma 4, lettera m), e art. 45 della Legge)

1. La Giunta regionale e gli Enti Regolatori possono istituire, anche in forma differenziata in relazione alle categorie ed alle tipologie degli utenti beneficiari, nonché sulla base di indicatori di situazione economica e familiare, agevolazioni e gratuità, che sono concesse per l'utilizzo dei servizi di trasporto pubblico di rispettiva competenza, sotto forma di:

- a) titoli che abilitano a gratuità o riduzioni per particolari categorie di utenti;
- b) buoni e contributi per l'acquisto di titoli di viaggio.

2. E' riconosciuto il diritto ad agevolazioni sui servizi di trasporto pubblico di linea alle seguenti

Parte

categorie di soggetti residenti in Lombardia:

- a) invalidi di guerra e di servizio dalla prima alla ottava categoria;
- b) deportati nei campi di sterminio nazisti K.Z., con invalidità dalla prima alla quinta categoria, oppure con invalidità civile non inferiore al sessantasette per cento;
- c) invalidi a causa di atti di terrorismo e vittime della criminalità organizzata dalla prima alla ottava categoria o corrispondente percentuale di menomazione della capacità lavorativa;
- d) vittime del dovere ai sensi della normativa vigente con invalidità permanente non inferiore all'80%;
- e) privi di vista per cecità totale o parziale, o ipovedenti gravi ai sensi della normativa vigente;
- f) sordi la cui condizione è stata accertata ai sensi della normativa vigente;
- g) invalidi civili, inabili ed invalidi del lavoro con grado di invalidità non inferiore al sessantasette per cento o equiparato;
- h) persone di età superiore ai sessantacinque anni;
- i) profughi da territori esteri in seguito a situazioni di carattere generale che hanno determinato lo stato di necessità al rimpatrio, che versano in stato di bisogno, ai sensi della normativa vigente.

3. Per le categorie di cui al comma 2 dalla lettera a) alla lettera g), il relativo stato che dà diritto all'agevolazione deve essere riconosciuto dal competente ente certificatore secondo le disposizioni normative vigenti o da sentenza passata in giudicato o da decreto di omologa ai sensi dell'art. 445bis Codice Procedura Civile.

4. Con apposito atto della Giunta regionale, sentita la Conferenza regionale del trasporto pubblico locale di cui all'art. 9, comma 2 della Legge, sono disciplinati:

- a) tipologia, fra quelle di cui all'art. 28, comma 1, e ambito di validità delle agevolazioni tariffarie di cui al comma 2, anche in forma differenziata in relazione alle categorie ed alle tipologie degli utenti beneficiari, sulla base di indicatori di situazione economica e familiare. Nelle more dell'approvazione dei suddetti indicatori, trovano applicazione le disposizioni di cui all'art. 59, comma 51 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica);
- b) modalità operative per il riconoscimento e il rilascio dell'agevolazione;
- c) categorie che hanno diritto all'accompagnatore.

5. Gli enti locali possono istituire agevolazioni e gratuità di cui al comma 1, valide esclusivamente sui servizi di competenza, previo parere favorevole dell'Agenzia di riferimento e degli enti interessati.

6. L'introduzione di agevolazioni, nonché la modifica o la cancellazione di agevolazioni esistenti, che determinino una variazione degli introiti degli Affidatari, oppure di enti in caso di contratti con modelli di remunerazione a costo lordo, produce l'obbligo di definire adeguate compensazioni in capo all'ente che ha disposto i provvedimenti, commisurate all'effettivo impatto prodotto da questi ultimi e l'obbligo di disporre l'erogazione delle compensazioni a favore degli Affidatari con le medesime modalità di erogazione dei corrispettivi.

7. L'ammontare e le modalità di calcolo e di ripartizione delle compensazioni economiche, qualora non specificati nell'ambito dei contratti di servizio, sono definiti da specifici accordi fra l'Ente che ha disposto i provvedimenti di cui al comma 6 e gli Affidatari, previo parere favorevole dell'Agenzia o della Regione per i servizi di rispettiva competenza.

8. La Regione può prevedere accordi con altre Regioni che disciplinino le mutue compensazioni economiche e le modalità di rendicontazione, al fine di garantire l'accesso:

- a) ai servizi di trasporto pubblico regionale da parte dei titolari di agevolazioni disposte da altre Regioni;

b) ai servizi di trasporto pubblico di competenza di Regioni diverse dalla Lombardia da parte dei titolari delle agevolazioni di cui al comma 2.

9. La Giunta regionale e gli Enti Regolatori promuovono forme di agevolazioni tariffarie a favore degli studenti fino al venticinquesimo anno di età da applicare agli abbonamenti mensili o per l'acquisto dell'abbonamento annuale ordinario di validità 12 mesi, ammettendo la possibilità di pagamento rateale mensile anche con domiciliazione dei pagamenti.

10. Nel caso in cui negli STIBM siano garantite le agevolazioni di cui al comma 9 è possibile derogare alle previsioni di cui all'art. 27, comma 1, lettera b) nell'ambito di validità stessi STIBM.

PRIVATO SOCIALE

CALABRIA

DGR 16.6.14, n. 248 - Servizio civile nazionale: approvazione dei criteri per la valutazione dei progetti e l'assegnazione dei volontari. (BUR n. 28 del 24.6.14)

Note

Viene dato atto, in relazione alla realizzazione in Calabria di progetti di servizio civile, della necessità di

favorire una maggiore partecipazione ed una più capillare presenza del servizio sull'intero territorio. Sono pertanto approvati i criteri per la selezione e l'approvazione degli stessi", approvato con DPCM del 4 Novembre 2009 e s.m.i., le limitazioni al numero dei giovani da avviare nei progetti di uno stesso ente nonché l'elaborazione di graduatorie provinciali e i criteri per l'assegnazione dei punteggi aggiuntivi ai progetti di competenza regionale.

Sono approvati i seguenti prospetti allegati:

allegato "A", riportante i tetti massimi dei volontari assegnabili per ogni ente in base alla classe di appartenenza e le limitazioni del numero minimo di giovani per ogni progetto e per ogni sede di attuazione nell'ambito della presentazione dei progetti di servizio civile nazionale;

allegato "B", riportante modalità e tempi relativi all'istruttoria dei progetti, alla approvazione e pubblicazione delle graduatorie nonché, infine, alle modalità di espletamento dei relativi rimedi amministrativi;

allegato "C", riportante i criteri di riparto del contingente dei volontari per l'elaborazione delle graduatorie provinciali secondo parametri che tengano conto del numero delle sedi operative e della popolazione di giovani di età compresa tra i 18 ed i 28 anni; riportante i tetti massimi dei volontari richiedibili per ogni classe di appartenenza e le limitazioni del numero di giovani per ogni progetto e per ogni sede di attuazione;

allegato "D", contenente le modalità di assegnazione, in sede di valutazione dei progetti, dei punteggi

Aggiuntivi.

NB

Si rinvia alla lettura integrale degli allegati

PIEMONTE

D.D. 1 aprile 2014, n. 79 - Assegnazione contributo di euro 8.000,00 (cap. 139153/2014 - ass. n. 100335), a favore del Forum del Volontariato, con sede in Via A. da Brescia 53 Torino, per l'apporto organizzativo e gestionale relativo alla Giornata del Volontariato 2014. (BUR n. 25 del 19.6.14)

Note

PREMESSA

La l.r. 38/94, art. 7, demanda al Consiglio Regionale l'indizione annuale della "Giornata del Volontariato" di cui sono promotori anche la Giunta Regionale e il Consiglio Regionale del Parte

Volontariato.

La Direzione Politiche Sociali in data 12 febbraio u.s. ha coordinato l'incontro tra i rappresentanti dei Centri di servizio del Volontariato del Piemonte, del Consiglio regionale del Piemonte e del Consiglio regionale del volontariato, nel quale è stata evidenziata la necessità di vivificare la "Giornata del Volontariato" trasformandola da un evento congressuale ad un "Open Day";

L'Open Day dell'Associazionismo è una giornata dedicata al Volontariato, diffusa su tutto il territorio regionale, che consente alle Associazioni di volontariato di svolgere un ruolo attivo nei territori di loro competenza aprendo le porte per presentare non solo il loro servizio, ma anche per favorire la promozione e la ricerca di nuovi volontari.

Viene a tale riguardo rilevata la complessità della nuova modalità organizzativa e la conseguente necessità di individuare un partner operativo al quale affidare sia la promozione dell'evento (manifesti, pieghevoli e locandine), sia la gestione delle incombenze pratiche (segreteria) per una pubblicizzazione diffusa su tutto il territorio regionale da effettuare in collaborazione con i Centri Servizi del Volontariato di tutte le province piemontesi.

Lo statuto del Forum del Volontariato, fra le finalità prevede:..." *la promozione di una cultura del volontariato nell'opinione pubblica, la creazione di reti di interscambio e di coordinamento tra associazioni di volontariato ed istituzioni in caso di iniziative congiunte ed integrate, lo svolgimento di funzioni di collegamento e confronto con organismi previsti dalla legge al servizio del Volontariato, quali i Centri di servizio del Volontariato*" e considerate positivamente le collaborazioni progettuali passate, o ancora in essere, del Forum del Volontariato con questa Direzione.

LA DISPOSIZIONE ;

Viene affidato al Forum del Volontariato, interpellato in quanto in grado di garantire la capillarità dell'informazione ed il coinvolgimento delle Associazioni, il ruolo di coordinamento operativo dell'evento previsto per domenica 28 settembre 2014, previo riconoscimento di un contributo per le spese sostenute

IL FINANZIAMENTO

Viene assegnato al Forum del Volontariato, con sede in Via A. da Brescia 53, Torino, un contributo di euro 8.000,00,

D.D. 7 aprile 2014, n. 83 - L.r. 18/1994 e s.m.i., articoli 15 e 16. Fondo di garanzia e di rotazione a favore delle Cooperative sociali. Presa d'atto designazioni dei componenti e costituzione del Comitato Tecnico di valutazione istituito presso Finpiemonte S.p.A.. ([BUR n. 25 del 19.6.14](#))

Note

PREMESSA

Con la DGR n. 4-6207 del 2 agosto 2013 è stato approvato il programma degli interventi di cui all'articolo 16, comma 2 della l.r. 18/1994 e s.m.i. ed è stato stabilito che gli interventi a favore delle cooperative sociali iscritte all'albo regionale di cui all'articolo 2 della l.r. 18/1994 sono affidati alla gestione di Finpiemonte S.p.A. che, per l'esame delle domande di finanziamento, si avvale del Comitato tecnico di valutazione, così come indicato all'allegato A del predetto provvedimento.

La convenzione tra la Regione Piemonte e l'Istituto finanziario regionale Finpiemonte S.p.A. disciplina il funzionamento dei fondi di garanzia e di rotazione a favore delle Cooperative sociali, e prevede all'art. 7 l'istituzione presso Finpiemonte S.p.A. del Comitato tecnico di valutazione per l'esame delle domande di finanziamento composto da:

- un funzionario regionale e un supplente, designato dal direttore regionale competente, che lo presiede;
- un funzionario e un supplente individuato da Finpiemonte;
- due esperti e due supplenti di cooperazione sociale designati congiuntamente dalle sezioni regionali delle Associazioni nazionali di rappresentanza e tutela del movimento cooperativistico, giuridicamente riconosciute

Parte

LA DISPOSIZIONE

Viene preso atto delle designazioni dei componenti il Comitato Tecnico di valutazione per l'esame delle domande di finanziamento a favore delle Cooperative sociali ai sensi degli articoli 15 e 16 della l.r. 18/1994 e s.m.i., pervenute ed indicate in premessa;

- di dare atto che il Comitato Tecnico risulta essere così composto:
- Ludovica Crolle – funzionario – rappresentante effettivo – Regione Piemonte
- Mauro Pennazio – funzionario – rappresentante supplente – Regione Piemonte;
- Fabrizio Gramaglia - rappresentante effettivo di Finpiemonte S.p.A.
- Silvia Labbate - rappresentante supplente di Finpiemonte S.p.A.
- Luca Facta - rappresentante effettivo – Confcooperative Piemonte
- Elena Boggio - rappresentante effettivo – Legacoop Piemonte
- Silvia Garetto – rappresentante supplente – Agci Piemonte
- Luigi Manganiello – rappresentante supplente - Unicoop Piemonte;

D.D. 7 aprile 2014, n. 84 - D.G.R. n. 3-2545 del 5/9/2011. Sostegno delle spese correnti e di amministrazione del "Banco Alimentare Piemonte Onlus" con sede legale a Moncalieri, Corso Roma 24/ter. Liquidazione del saldo pari al 50% del finanziamento 2013 stabilito con convenzione triennale (rep. n. 16441 del 27/10/2011). ([BUR n. 25 del 19.6.14](#))

Note

La Giunta Regionale con D.G.R. n. 3-2545 del 5 settembre 2011, ha stabilito di garantire al Banco Alimentare del Piemonte onlus, con sede in Corso Roma 24/ter Moncalieri, un supporto finanziario a sostegno delle spese correnti e di amministrazione.

Viene liquidata la somma di euro 35.000,00 corrispondente al saldo del 50%, quale supporto finanziario a sostegno delle spese correnti e di amministrazione a favore del Banco Alimentare Piemonte Onlus, con sede legale a Moncalieri.

Comunicato della Direzione Politiche Sociali e Politiche della Famiglia

[L.r. 7/2006 - Pubblicazione annuale dell'estratto del Registro regionale delle Associazioni di Promozione sociale alla data del 30 aprile 2014](#) ([BUR n. 25 del 19.6.14](#))

BOLZANO

DGP 3.6.14, n. 663 - Servizio civile volontario provinciale – bando per la presentazione dei progetti. . ([BUR n. 23 del 10.6.14](#))

Note.

Viene approvato il bando per la presentazione dei progetti di servizio civile provinciale di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante della presente deliberazione.

Bando per la presentazione dei progetti di servizio civile volontario provinciale

1. Modalità di presentazione della domanda di partecipazione da parte dei volontari e delle volontarie e la loro selezione:

1.1. I giovani e le giovani interessati/e, che hanno i requisiti di cui all'art. 8 del Decreto del Presidente della Provincia del 7 maggio 2014, n. 16, presentano la domanda di partecipazione direttamente al promotore. Un apposito modello viene messo a disposizione dall'Ufficio Affari del gabinetto e pubblicato sul sito della Provincia (<http://www.provincia.bz.it/serviziocivile/default.asp>).

1.2. La selezione dei giovani e delle giovani avviene da parte del promotore, in base alle esigenze determinate dal progetto. I promotori possono applicare per la redazione della graduatoria criteri propri.

2. Presentazione dei progetti presso l'ufficio provinciale competente:

2.1. Possono presentare progetti i promotori, che possiedono i requisiti ai sensi dell'art. 5 della legge Parte

provinciale del 19 novembre 2012, n. 19.

2.2. La domanda per la presentazione dei progetti deve essere consegnata entro mercoledì, 20 agosto 2014 presso l'Ufficio Affari del gabinetto, Piazza Silvius Magnago 1, 39100 Bolzano. Le domande pervenute oltre il termine non saranno prese in considerazione. Per le domande inoltrate mediante posta, vale la data del timbro dell'ufficio postale accettante.

2.3. La domanda deve corrispondere al modello predisposto (allegato 1), che è pubblicato sul sito della Provincia

<http://www.provincia.bz.it/serviziocivile/default.asp> e deve essere sottoscritta dal/la legale rappresentante del promotore richiedente.

3. Progetti ammissibili:

3.1. Sono ammessi solo i progetti, che riguardano gli ambiti di cui all'art. 4, co. 2 della legge provinciale del 19 novembre 2012, n. 19.

3.2. La durata dei progetti è di 12 mesi.

3.3. I progetti dovranno prevedere per ciascun volontario o volontaria un orario di attività non inferiore alle 30 ore settimanali ovvero con un monte ore annuo di minimo 1400 ore, cui si sommano 20 giorni di permesso retribuito. Nel caso in cui si opti per la soluzione del monte ore annuo, i giovani o le giovani dovranno essere comunque impiegati per almeno 12 ore settimanali da articolare su almeno 4 giorni.

3.4. Nessun onere economico può essere posto a carico dei volontari e delle volontarie, nemmeno in relazione alla copertura della formazione, al conseguimento di titoli o altri benefici.

3.5. Se i progetti prevedono vitto e alloggio ovvero solo il vitto, le spese sono a carico del promotore.

3.6. I progetti devono comprendere indicazioni circa la formazione dei volontari e delle volontarie.

4. Criteri per l'approvazione dei progetti:

4.1. L'Ufficio provinciale competente valuta i progetti in base ai criteri ai sensi dell'allegato 2 di questo bando. Al termine del procedimento di valutazione in base ai punteggi ottenuti è costituita una graduatoria dei progetti. Vengono finanziati i progetti che raggiungono almeno 42 punti sugli 80 assegnabili. Ai sensi dell'art. 6, co. 3 del Decreto del Presidente della Provincia del 7 maggio 2014, n. 16 in caso di superamento del numero di posti disponibili il numero di volontari e volontarie da assegnare a ciascun progetto viene ridotto per consentire di includere tutti i progetti che raggiungono il punteggio minimo previsto.

Domanda di impiego di volontari e volontarie nel servizio civile provinciale

COMITATO DI GESTIONE DEL FONDO SPECIALE PER IL VOLONTARIATO

Delibera del 19 giugno 2014, n. 1 (BUR n. 25 del 24.6.14)

Sono finanziati, in conformità ai criteri di sostegno, i progetti delle organizzazioni di volontariato di cui all'allegato A con il contributo ivi indicato;

Non sono accolte accogliere le domande di finanziamento dei progetti di cui all'allegato B per i motivi indicati;

SANITÀ

ABRUZZO

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA - 22/05/2014 - N° 69 - Linee guida della Regione Abruzzo per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione (DA) e dell'obesità Linee guida della Regione Abruzzo per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione (DA) e dell'obesità

Note

Sono approvate, in recepimento delle raccomandazioni espresse dalla Conferenza di Consenso del 24-Parte

25 ottobre, le “ Linee Guida della Regione Abruzzo per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità” allegate al presente Decreto quale parte integrante e sostanziale (All.A).

-Sono altresì approvate, in particolare, le schede per la valutazione dell'appropriatezza dei diversi livelli di trattamento per i disturbi dell'alimentazione e per l'obesità e di disporre l'impiego nelle Aziende USL, quali strumenti di ausilio e supporto alla valutazione dell'UVM.

Viene rinviata a successivo Decreto l'approvazione di eventuali modifiche alle stesse ove emergano criticità all'esito della verifica sul campo e su larga scala degli indicatori di livello clinico ivi indicati, da condurre anche attraverso l'attivazione dei Nuclei Operativi di Controllo ai sensi del DCA n.64/2012 recante l'approvazione dei Protocolli di valutazione e verifica dell'appropriatezza e congruità delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale;

In attuazione delle citate Linee Guida, ogni Azienda USL è tenuta a definire formalmente un Programma aziendale sull'obesità e sui disturbi dell'alimentazione attraverso la individuazione e definizione di uno specifico percorso clinico ed organizzativo per gli utenti con obesità e disturbi dell'alimentazione;

Viene confermato che a livello regionale, anche attraverso il Centro di Coordinamento Regionale previsto dal Decreto Commissariale n.56/2013, sarà assicurata la messa in rete delle reciproche esperienze, di coordinamento, supporto e monitoraggio, per il perseguimento della uniformità della rete regionale operativa per la diagnosi ed il trattamento delle patologie nutrizionali, sia dal punto di vista della qualità organizzativa che di costante aggiornamento scientifico.

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA - 22/05/2014 - N° 70- Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di strutture provvisoriamente accreditate per l'erogazione di prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 per l'anno 2014

.Note

Le strutture private erogatrici di prestazioni sanitarie di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78, con le quali si procede alla negoziazione, sono quelle accreditate ovvero provvisoriamente accreditate ai sensi della LR n. 32/2007 e s.m.i., nonché quelle provvisoriamente accreditate ai sensi dell'art. 35 della L.R. 6/2009 e s.m.i., di cui alla richiamata nota del Servizio Programmazione Sanitaria prot.RA/45058 del 14/02/2014;

Viene autorizzato nella misura massima di € 65.398.244,00 - con le precisazioni riferite alla Fondazione Il Cireneo Onlus per l'autismo (quota progetto) - il tetto complessivo di spesa per l'anno 2014 per l'acquisto di prestazioni rese dalle predette strutture sanitarie in favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo, così come ripartito tra i singoli Enti Gestori e per ASL nel prospetto Allegato 1 al presente Decreto quale parte integrante e sostanziale;

Viene approvato il modello di contratto negoziale per l'acquisto delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. n. 833/1978, Allegato 2 parte integrante e sostanziale del presente atto;

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA - 23/05/2014 - N° 77 - Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di strutture provvisoriamente accreditate per l'erogazione di prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 per l'anno 2014 – integrazione.

Note

Viene integrato Il Decreto del Commissario ad Acta n. 70/2014 del 22/05/2014 recante “Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di strutture provvisoriamente accreditate per l'erogazione di prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 per l'anno 2014” stabilendo il 10/07/2014 quale data ultima per la sottoscrizione dei contratti negoziali anno 2014 con gli Erogatori accreditati, ovvero provvisoriamente accreditati, di prestazioni riabilitative ex art. 26 della L. 833/1978 ammessi alla contrattazione con lo stesso Decreto n. 70/2014 del 22/05/2014

Parte

EMILIA-ROMAGNA

DGR 17.6.14, n. 865 - Modifica deliberazioni 53/13 e 624/13 e ulteriori precisazioni in materia di accreditamento delle strutture sanitarie. (BUR n. 171 del 19.6.14)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Le norme statali e regionali

– il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421” dispone, in particolare:

- all'art. 1, comma 2, il vincolo all'erogazione delle prestazioni dei Livelli essenziali ed uniformi di assistenza al rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;

- all'art. 8-quater è stabilito che:

- l'accredito istituzionale è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;

- la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies;

- la legge regionale n. 34 del 12 ottobre 1998 e successive modificazioni detta "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, in attuazione del DPR 14 gennaio 1997";

- l'art. 15 del D.L. n. 95/2012 convertito con modificazioni in legge n. 135/2012 reca “Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica”;

Gli atti deliberativi

Le DGR:

- n. 327/2004 e successive modifiche, con cui questa Giunta ha definito i requisiti generali e specifici per l'accredito delle strutture sanitarie e dei professionisti dell'Emilia-Romagna;

- n. 1135/2010 recante “Approvazione dell'accordo quadro tra la Regione Emilia-Romagna e l'associazione delle istituzioni sanitarie ambulatoriali private - ANISAP - in materia di assistenza specialistica ambulatoriale – Triennio 2010/2012”;

- n. 1180/2010 recante “Percorso di accreditamento delle strutture ambulatoriali private territoriali eroganti assistenza specialistica per esterni a seguito degli adempimenti di cui alla L. 296/06 - Fabbisogno anno 2010” che rinvia a successivo provvedimento della Giunta la definizione di indicazioni operative per la gestione dei rapporti con strutture sanitarie private titolari di accreditamento istituzionale;

- n. 1920/2011 recante “Approvazione dell'Accordo generale per il periodo 2011-2014 tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione della Ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata”;

- n. 560/2014 recante “Recepimento dell'Accordo AIOP-Regione Emilia-Romagna per attività di ricovero per riabilitazione e psichiatria”;

- n. 1831/2013 recante “Accordo generale per il triennio 2014-2016 tra la Regione Emilia-Romagna e le Associazioni Confcooperative Emilia-Romagna e Legacoop Emilia-Romagna, in materia di prestazioni erogate a favore delle persone inserite in residenze sanitarie psichiatriche accreditate”;

- n. 1718/2013 recante “Approvazione dell'Accordo generale per il triennio 2014-2016 tra la Regione

Parte

Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso e requisiti specifici per l'accreditamento del percorso residenziale nel trattamento delle dipendenze patologiche”

- n. 53/2013 “Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in materia di accreditamento”;
- n. 624/2013 “Indirizzi di programmazione regionale per il biennio 2013-2014 in attuazione della DGR 53/2013 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie”;
- n. 286/2014 “Programmazione del percorso di allineamento delle residenze sanitarie psichiatriche già accreditate, gestite da enti non profit, ai nuovi requisiti e tariffe (DGR n.1830/2013 e DGR n.1831/2013) e domande di accreditamento di nuove residenze sanitarie psichiatriche (ai sensi della DGR n.624/2013);
- n. 704/2013 “Definizione delle condizioni di erogabilità di alcune prestazioni di TAC e RM”.

LE INDICAZIONI ULTERIORI

In un'ottica di semplificazione, sono fornite con il presente atto ulteriori indicazioni in materia di:

- programmazione dei fabbisogni dell'assistenza specialistica ambulatoriale per il biennio 2013/2014 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie;
- continuità dei rapporti contrattuali in essere con le strutture e i professionisti accreditati;
- accreditamento della funzione di governo della formazione.

Sono modificati gli indirizzi di programmazione regionale, limitatamente alla parte che attiene all'Assistenza specialistica ambulatoriale, approvati con la propria deliberazione n. 624/2013 “Indirizzi di programmazione regionale per il biennio 2013-2014 in attuazione della DGR 53/2013 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie”, così come declinato nell'allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Sono confermati gli indirizzi di programmazione regionale, limitatamente alle parti di Assistenza ospedaliera e Assistenza sanitaria salute mentale – dipendenze patologiche , già approvati con le proprie deliberazioni n.624/2013 e n. 286/2014;

Sono fornite ulteriori indicazioni finalizzate a garantire la continuità dei rapporti contrattuali in essere con le strutture e i professionisti accreditati, stabilendo che: – in assenza di un atto di revoca/decadenza dell'accreditamento le strutture e i professionisti che abbiano presentato una valida domanda di rinnovo o di variazione di sede, nelle more dell'adozione di tale atto da parte della Direzione competente, possono continuare a svolgere in regime di accreditamento le medesime attività già accreditate; ciò al fine di non creare sospensioni nei rapporti contrattuali instaurati con le Aziende sanitarie;

E' soppresso il terzo paragrafo del punto 5. RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO dell'allegato alla DGR 53/2013 “Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in materia di accreditamento”, che riporta: “Dalla data di pubblicazione del presente provvedimento non saranno accettate domande di rinnovo presentate oltre i termini previsti dall'art. 10 della L.R. 34/98 e s.m.i., pertanto, alla naturale scadenza dell'accreditamento la struttura perderà lo status di soggetto accreditato e dovrà presentare una domanda di nuovo accreditamento.” al fine di assicurare la più ampia coerenza con quanto previsto dalla L.R. 34/98 e s.m.i. e le procedure di accreditamento.

Viene stabilito che le strutture private che abbiano regolarmente presentato domanda di accreditamento per la Funzione di governo aziendale della formazione continua in applicazione della determinazione del Direttore generale sanità e politiche sociali n. 3306/2012, si intendono in possesso di accreditamento transitorio per tale funzione fino alla sua conferma formale, a seguito delle verifiche di competenza dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale; per le stesse strutture, al superamento della prima fase transitoria avviata con la determina n. 3306/2012 citata, l'accreditamento istituzionale e l'accreditamento della funzione di governo della formazione continua avranno le medesime scadenze e saranno concessi con unico atto, in considerazione della stretta connessione tra accreditamento

istituzionale e accreditamento della funzione di governo, che comporta, in assenza dei requisiti stabiliti per l'accreditamento della funzione di governo della formazione, la decadenza dall'accreditamento istituzionale.

Al fine di monitorare i volumi di attività svolta, è disposto l'obbligo, per le strutture private accreditate per l'Assistenza specialistica ambulatoriale, di trasmettere alla Regione attraverso il flusso informativo ASA i dati relativi alle prestazioni erogate, come da codifica del Nomenclatore Tariffario Regionale, a cittadini italiani e non, a prescindere dal regime di erogazione.

Sulla base delle indicazioni di programmazione contenute nell'allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si rinvia), dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna (B.U.R.E.R.T.), potrà essere presentata domanda di accreditamento per l'Assistenza specialistica ambulatoriale da parte delle strutture e i professionisti interessati secondo i criteri e i vincoli definiti nel documento stesso, utilizzando la modulistica riportata sul sito dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale al seguente indirizzo:

http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/accreditamento-delle-strutture-sanitarie.

FRIULI V.G.

DGR 30.5.14, n. 1014 - Decreto ministeriale 24/04/2013. Approvazione “Linee guida regionali per l'accreditamento dei soggetti erogatori dei corsi Basic life support defibrillation (BLS-D) a personale non sanitario”.

Note

PREMESSA

La morte improvvisa cardiaca è una delle cause principali di decesso anche nel nostro Paese e che, in caso di arresto cardiaco, la sopravvivenza del paziente è direttamente correlata alla tempestività dell'intervento.

La legge del 3 aprile 2001 n. 120, “Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero”, che prevede, all'articolo 1, comma 1, la possibilità dell'utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno anche da parte di personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare

L'Accordo Stato-Regioni del 27 febbraio 2003 approva le “Linee guida per il rilascio ell'autorizzazione

all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici”.

Il decreto interministeriale 18 marzo 2011 “Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni di cui all'art. 2 comma 46 della legge n. 191/2009”, stabilisce che “le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, anche avvalendosi delle proprie organizzazioni dell'emergenza territoriale 118, provvedono a disciplinare l'erogazione dei corsi di formazione e di addestramento in Supporto Vitale di Base - Defibrillazione (Basic Life Support - Defibrillation) per i soccorritori non medici e a definire i programmi di formazione, aggiornamento e verifica, le modalità di certificazione ed i criteri di accreditamento dei centri di formazione”.

Il decreto del Ministero della Salute del 24 aprile 2013 “Disciplina della certificazione dell'attività sportiva non agonistica e amatoriale e linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita”, ha stabilito l'obbligo, per le società sportive dilettantistiche e professionistiche, di dotarsi di DAE, con le modalità previste dalle linee guida riportate nell'allegato E del medesimo decreto.

L'entrata in vigore del precitato decreto del ministero della salute ha aumentato in maniera esponenziale la domanda di corsi di formazione a favore del personale non sanitario.

Pertanto è necessario garantire la più ampia diffusione delle tecniche di rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione precoce, nelle more dell'emanazione di un documento nazionale che riporterà i criteri

Parte

per l'erogazione dei corsi BLSA a laici e per il riconoscimento dei soggetti formatori, in corso di definizione da parte del Coordinamento tecnico interregionale Emergenza-Urgenza.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato il documento "Linee guida regionali di accreditamento dei soggetti erogatori di corsi BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION (BLSA) a personale non sanitario", allegato al presente provvedimento del quale costituisce parte integrante (a cui si rinvia)

LAZIO

DD 29.5.14, n. G07864 - Piano per la malattia diabetica. Istituzione gruppo di lavoro. (BUR n. 46 del 10.6.14).

Note

Viene istituito il Gruppo di lavoro, per la malattia diabetica con il compito di supporto tecnico alla competente Direzione regionale, relativamente a:

- prevenzione (individuazione e cura dei soggetti a rischio – diagnosi precoce) del diabete, dell'obesità e del rischio cardiovascolare
- coordinamento ed implementazione della rete assistenziale
- Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA)
- assistenza farmaceutica
- diabete giovanile e transizione dall'età pediatrica all'età adulta, nonché dell'assistenza alle donne con diabete gestazionale e/o diabete in gravidanza
- monitoraggio e indicatori (cartella diabetologica, rete informatica, utilizzo banche dati per la rilevazione di dati epidemiologici)

-di stabilire che il suddetto Gruppo di lavoro sia composto come di seguito elencato:

- il Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria
- il Dirigente dell'Area programmazione della rete ospedaliera (pubblica – privata policlinici universitari) e ricerca o suo delegato
- il Dirigente dell'Area programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria o suo delegato
- il Dirigente dell'Area politica del farmaco o suo delegato
- il Dirigente dell'Area sanità pubblica, promozione della salute, sicurezza alimentare e screening o suo delegato
- un rappresentante della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)
- un rappresentante della Associazione Medici Diabetologi (AMD)
- un rappresentante della Società Italiana di Diabetologia (SID)
- un rappresentante della Società Italiana Medici Diabetologi Ospedalieri (SIMDO)
- un rappresentante della Società Italiana di Diabetologia Pediatrica (SIEDP)
- un rappresentante della Associazione dei Pazienti CLADIAB
- un rappresentante del Coordinamento regionale dei Collegi IPASVI del Lazio
- un rappresentante del Dipartimento di Epidemiologia dell'Azienda ASL Roma E

Le funzioni di segreteria saranno svolte da personale dell'Area programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria.

Qualora ritenuto opportuno, il Gruppo di lavoro potrà avvalersi di volta in volta della collaborazione di ulteriori esperti e competenti in materia.

Per l'attività svolta dai singoli componenti non è previsto alcun compenso.

Il Gruppo di lavoro avrà durata biennale.

Decreto del Commissario ad Acta 9 giugno 2014, n. U00192 - Definizione del limite massimo di

Parte

risorse assegnabili per l'anno 2013 per le prestazioni di riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento residenziale e non, erogate dalle strutture ex IKT con onere a carico del SSR a persone affette da minoranze fisiche, psichiche e sensoriali. (BUR n. 49 del 19.6.14)

Note

La Regione Lazio, per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza, si è trovata nella condizione di dover applicare le procedure previste per il riequilibrio economico-finanziario dall'art. 1, comma 174, della legge n. 311/2004 nonché stipulare l'accordo previsto nell'art. 1, comma 180, della Legge n. 311/2004 – legge finanziaria 2005 - e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario.

Con l'accordo sottoscritto il 28 febbraio 2007 dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e dal Presidente della Regione Lazio è stato approvato il Piano di Rientro con l'individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311, approvato con DGR. n.149 del 6 marzo 2007.

Viene stabilito, per l'anno 2013, un incremento per ogni singola struttura del limite massimo di risorse assegnabili comprensive delle prestazioni erogate ai pazienti ex IKT, pari alla differenza tra il fatturato e il budget assegnato anno 2013.

LIGURIA

DGR 30.5.14 n. 641 - Dispositivi medici. Linee di indirizzo per le aziende, istituti ed enti del S.S.R. e per la Centrale Acquisti - biennio 2014-2015. (BUR n. 26 del 25.6.14)

Note

Sono adottate le “Linee di indirizzo per le Aziende, Istituti ed Enti del S.S.R. e per la Centrale Acquisti. Biennio 2014-2015” di cui all'allegato A.

Viene costituita la rete regionale di “Sorveglianza dei dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD) e dispositivi medici.

DGR 30.5.14, n. 642 - Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici. (BUR n. 26 del 25.6.14)

Note

Viene approvato il documento “Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici” in allegato Sub 1 quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

LOMBARDIA

DD. 6.6.14 - n. 4825 - Determinazioni in merito alla rete regionale lombarda per la gestione del trauma complesso e urgenze micro-vascolari della mano e dell'arto superiore 1. approva il documento tecnico «Organizzazione in rete per la gestione del trauma complesso e urgenze micro-vascolari della mano e dell'arto superiore» che definisce i Criteri e le caratteristiche delle strutture per la rete per il trattamento chirurgico in urgenza del trauma complesso e urgenze micro-vascolari della mano e dell'arto superiore, in ambito lombardo (BUR n. 26 del 26.6.1)

Note

La rete dei presidi, in grado di fornire una risposta sanitaria specialistica, deve essere costituita da centri di I livello e da centri regionali o interregionali di II livello.

I centri con potenzialità organizzativa, strutturale e dell'equipe nel suo complesso inferiore alle 24 ore/365 giorni devono essere considerati non appartenenti alla rete.

Parte

Viene allegato un questionario da destinarsi a tutte le strutture sanitarie lombarde dotate di PS, DEA e EAS con i criteri e caratteristiche delle strutture al fine della loro inclusione nella rete per il trattamento chirurgico in urgenza del trauma complesso e urgenze micro-vascolari della mano e dell'arto superiore;

DD 19.6.14 - n. 5323 - Approvazione del documento tecnico «Raccomandazioni per l'uso appropriato della 18F-FDG PET-CT in oncologia» (BUR n. 26 del 25.6.14)

Note

PREMESSA

- il continuo progresso nel campo della medicina nucleare sta portando ad importanti sviluppi, che ne amplieranno anche le applicazioni in campo terapeutico. La medicina nucleare, negli ultimi anni, ha assunto un'importanza crescente nella diagnosi dei tumori, grazie alla possibilità di riconoscere masse neoplastiche di dimensioni sempre più piccole e ad un Imaging sempre più avanzato. E che la diagnostica per immagini sta diventando vitale anche per l'ottimizzazione della dose da somministrare al paziente con la radioterapia, la cui maggiore precisione avrebbe scarsa utilità se non ci fosse la possibilità, grazie alla PET, di delimitare esattamente il volume da irradiare;
 - la PET/CT (Tomografia a Emissione di Positroni) è una nuova tecnica di indagine medico-nucleare, introdotta da alcuni anni e in seguito perfezionata nelle nuove generazioni di apparecchiature 3D ibride, che associano un'indagine di tipo morfologico, la TC a bassa dose e senza mezzo di contrasto, a un esame di tipo funzionale, la PET. In questo esame viene utilizzato un radiofarmaco, il fluoro-desossiglucosio (18F-FDG), analogo marcato del glucosio, che permette di valutare in modo efficace, tra gli altri aspetti, il grado di aggressività di un tumore nonché l'effetto dei trattamenti chemio o radioterapici sull'evoluzione del tumore stesso. La PET/CT con 18F-FDG permette di ottenere un quadro clinico più preciso nella valutazione dell'estensione e della aggressività biologica della malattia;
 - l'utilizzo della PET con traccianti specifici per la misura del metabolismo cellulare tumorale permette di valutare il grado di aggressività del tumore, la presenza e distribuzione delle metastasi a distanza, l'effetto di trattamenti chemio e/o radioterapici sulla vitalità del tumore e la diagnosi differenziale tra recidiva tumorale e necrosi da terapia radiante. In questo modo è possibile ottenere un inquadramento clinico ed una stadiazione più precisa limitando il numero di procedure diagnostiche invasive. Numerosi studi hanno dimostrato che il tessuto neoplastico in rapida crescita utilizza il glucosio come substrato a fini energetici. Lo studio PET con l'impiego di un tracciante analogo del glucosio, il fluorodesossiglucosio marcato con il fluoro-18 ([18F]FDG) indaga il metabolismo glucidico del tessuto neoplastico in vivo ed in modo non invasivo; inoltre, uno studio PET con [18F]FDG condotto con tecnica total-body può contribuire a modificare significativamente l'approccio terapeutico al paziente oncologico, consentendo l'identificazione anche di lesioni neoplastiche a distanza dalla sede primitiva.
- * il Ministero della Salute, con la pubblicazione dei «*I quaderni del Ministero della salute*», nello specifico il documento del 3 maggio/giugno 2010, richiama il concetto di «Adeguatezza diagnostico-terapeutica in oncologia» finalizzato alla definizione degli standard diagnostico-terapeutici e assistenziali nei pazienti con patologia oncologica e oncoematologica, considerando che i tumori costituiscono la seconda causa di morte nel nostro Paese, dopo le malattie cardiocircolatorie. Il documento porta ad una «riflessione» sull'utilizzo ottimale sia delle nuove metodiche diagnostiche, sia delle modalità terapeutiche innovative. L'aspetto dominante nella preparazione del documento è rappresentato dalla ricerca della multidisciplinarietà, una «multidisciplinarietà vera» che coinvolge nella decisione diagnostica e terapeutica tutte le figure

professionali, dal medico di medicina generale allo specialista radiologo/ medico nucleare, al patologo, al chirurgo, all'oncologo medico, al radioterapista, al terapista del dolore.

* Il documento di AGENAS » *HTA REPORT FDG-PET/CT for cancer staging*» del settembre 2012 così riporta: « le patologie oncologiche rappresentano, dopo le malattie cardiovascolari, la principale causa di morte nei paesi industrializzati, essendo responsabili del 27% dei decessi. Nonostante i dati italiani dell'Osservatorio Tumori mostrino complessivamente una diminuzione della mortalità e dell'incidenza negli ultimi 10 anni, la prevalenza è in aumento. Questo significa che l'impatto dei tumori sui servizi sanitari è in crescita in termini sia di prestazioni diagnostiche che terapeutiche. In particolare, tra le tecnologie diagnostiche a disposizione dei clinici, negli ultimi anni è stata introdotta la tecnologia ibrida PET-CT. L'utilizzo clinico della PET-CT è strettamente influenzata dal tipo di tumore investigato nonché dalle indicazioni (prima stadiazione, ristadiazione, follow-up, etc.) e dal tipo di protocollo diagnostico nel quale viene inclusa. L'utilizzo di un modello è spesso necessario per prendere in considerazione tutte le caratteristiche descritte».

- L'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) in sede di Congresso Nazionale di Oncologia Medica del 2003 precisa che l'accuratezza diagnostica della 18F-FDG PET è percentualmente più elevata rispetto alle procedure di Imaging convenzionale.

- L'AIMN (Associazione Italiana di Medicina Nucleare e Imaging Molecolare) in sede di Congresso Nazionale dell'ottobre 2013, riporta che in 45 casi su cento l'uso delle cosiddette "macchine ibride", le Pet-Tac che eseguono tomografie a emissione di positroni, consente di capire se la terapia antitumorale in corso si sta rivelando efficace oppure no. Per questo la stessa Società Scientifica Aimn rinforza la richiesta affinché queste apparecchiature vengano utilizzate al massimo delle loro potenzialità

- Per la elaborazione del documento oggetto del presente provvedimento la Direzione Generale Salute si è avvalsa della collaborazione di professionisti esperti della materia, alcuni già facenti parte della Commissione Oncologia Regionale costituita con D.D.G.S. n. 3763 del 3 maggio 2012 altri individuati tra i massimi *experts* delle più avanzate tecnologie bio mediche in campo oncologico.

L'APPROVAZIONE

Viene approvare il documento tecnico allegato parte integrante del presente provvedimento, esito del lavoro di professionisti esperti della materia, il quale si propone di porre le basi per un consenso - basato sulle revisioni sistematiche e la letteratura più recente disponibile - in merito alla utilizzazione appropriata della tomografia ad emissione di positroni associata alla tomografia computerizzata (PET-CT) con il radiofarmaco 18F-fluoro-desossi-glucosio (FDG) nella gestione dei pazienti affetti da neoplasie.

Il documento è inteso come una guida rivolta a medici che si occupano di clinica e di diagnostica in oncologia ed a quanti si occupano di gestione delle risorse, al fine di ottimizzare le strategie diagnostiche e terapeutiche; le raccomandazioni riportate in questo documento sono state scritte per promuovere l'uso appropriato di una metodica diagnostica, la PET con FDG, ampiamente disponibile in Lombardia. Naturalmente, queste raccomandazioni non possono essere applicate rigidamente a tutti i pazienti in tutti i contesti clinici, ma devono essere sempre valutate e condivise dai medici referenti, quando non necessitano di discussione in un vero contesto multidisciplinare;

DD 20.6.14, n. 5332 - Determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative (BUR n. 26 del 24.6.14)

Note

Parte

Viene approvato l'allegato A) «Requisiti di accreditamento per la riabilitazione», parte integrante e sostanziale del presente atto, che tiene conto della seguente nuova classificazione:

- Riabilitazione di alta complessità;
- Riabilitazione intensiva;
- Riabilitazione estensiva.

Il processo di «riclassificazione» delle strutture operanti in Regione Lombardia verrà avviato a partire dal 1° gennaio 2015.

MARCHE

DGR 26.5.14, n. 634 - Recepimento Accordo Stato Regioni 13.3.2013, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 sulla definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) – indicazioni operative.. (BUR n. 57 del 13.6.14)

Note

Viene recepito l'Accordo Stato Regioni, ai sensi dell'articolo 4 del Decreto Lgs. 28 agosto 1991, n 281 "Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC) - Rep. Atti n. 66/CSR del 13.3.2013 - Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 107 del 9.5.2013.

Il Gruppo di Coordinamento di cui lla DGR 1735 del 27.12.2013 "Disposizioni relative alla costituzione del Coordinamento Regionale Malattie Rare: revisione della deliberazione 1031/06" viene impegnato a perseguire gli obiettivi di cui all'Accordo Stato Regioni 66/CSR/2013, così come riportati nell'allegato A che forma parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia);

DGR 26.5.14, n. 636 - Interventi in materia di sostegno dei lavoratori colpiti dalla crisi - Modalità attuative delle misure anticrisi in ambito sanitario per l'anno 2014. (BUR n. 57 del 13.6.14)

Note

Sono approvate le disposizioni di cui all'Allegato A alla presente deliberazione che costituisce parte integrante della stessa, relative all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per il periodo che va dal 1° marzo 2014 al 30 giugno 2014. (a cui si rinvia);

Viene demandato ad un gruppo di lavoro composto da rappresentanti della Regione e delle Organizzazioni sindacali il compito di ridefinire, entro il 30.06.2014, le nuove disposizioni relative alla esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, con specifico riferimento all'introduzione di criteri di accesso legati al reddito ed all'individuazione delle categorie di soggetti beneficiari, da applicare a decorrere dal 1° luglio 2014.

NB

In caso di mancata approvazione delle nuove disposizioni, continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2014 quelle di cui all'Allegato A alla presente deliberazione.

DGR 30.5.14, n. 648 - L.R. n. 47/1996 e s.m.i. - Disposizioni per la redazione del Bilancio di esercizio 2013 degli Enti del SSR e per l'attuazione del Decreto Legislativo n. 118 del 23/06/2011 e s.m.i.. (BUR n. 57 del 13.6.14)

Note

Sono approvate le disposizioni per la redazione del Bilancio di esercizio 2013 degli Enti del SSR e per l'attuazione del Decreto Legislativo n. 118 del 23/06/2011 e s.m.i di cui rispettivamente agli Allegati A e B che costituiscono parte integrante della presente deliberazione (a cui si rinvia).

La copertura finanziaria derivante dalla presente deliberazione è garantita per complessivi Euro

Parte

2.591.263.184,87.

DGR 30.5.14, n. 649 - Disposizioni organizzative relative agli adempimenti previsti dall'Intesa Stato - Regioni -Province autonome del 23 marzo 2005. (BUR n. 57 del 13.6.14)

Note

Vengono individuati come responsabili della predisposizione della documentazione e dei dati da trasmettere al Ministero dell'Economia e delle Finanze ed al Ministero della Salute, i dirigenti indicati nell'allegato A alla presente deliberazione, che costituisce parte integrante della stessa (a cui si rinvia). Gli Enti del SSR devono individuare e comunicare all'ARS il nominativo di un proprio referente, per ciascun adempimento indicato nell'Allegato A.

MOLISE

Decreto n.17 del 22 maggio 2014 - Riparto definitivo del fondo sanitario regionale di parte corrente – anno 2013 (BUR n. 20 del 18.6.14).

Decreto n.18 del 3 giugno 2014 - Accordo per lo svolgimento di prestazioni assistenziali in regime di ricovero/specialistica ambulatoriale nel quadro del protocollo d'intesa tra Università Cattolica del Sacro Cuore e Regione Molise – Addendum 1 e Addendum 2. Sentenza Consiglio di Stato n. 4309/2013. Provvedimenti. (BUR n. 20 del 18.6.14).

DECRETO 4.6.14, n.21 - Adozione Programmi Operativi 2013-2015 (ex art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012 n.95, convertito con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135). (BUR n. 18 del 10.6.14)

Il documento, per la concezione, l'impostazione e articolazione delle varie tematiche affrontate può essere considerato un atto di programmazione sanitaria e socio-sanitaria che si propone in effetti di rilanciare la sanità nella Regione, avuto riguardo sia ai vincoli finanziari che alle necessarie azioni di sistema.

Considerata la notevole complessità dello stesso, si riportano le parti ritenute di maggior interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS, e che si riferiscono in particolare a quanto prospettato in ordine ai “programmi operativi” che definiscono azioni di sistema rivolte alla rete territoriale dell’offerta socio-sanitaria, e quindi non si tiene conto degli aspetti relativi ai finanziamenti, al personale, alla rete ospedaliera, all’assistenza farmaceutica.

Per la prima parte si sono riportate le parti ritenute pertinenti alla organizzazione territoriale dei servizi.

Nella seconda parte si riporta l’integrazione operata in sede di aggiornamento del programma operativo

NB

Sono omesse le tabelle illustrative

PARTE PRIMA

Lo stato di salute del Molise

Il contesto territoriale del Molise

L'ASReM, coincide con il territorio della regione Molise, una delle regioni dell'Italia Centrale esistente dal 1963 come distaccamento dalla regione Abruzzo.

Il territorio è montuoso per il 55,3% e collinare per la restante parte ad eccezione di una piccolissima zona costiera.

Il Molise con una superficie di 4.425 Km² è la seconda regione più piccola d'Italia e anche la meno abitata (dopo la Valle d'Aosta).

Parte

Confina ad est con il Mare Adriatico e la provincia di Foggia, a ovest con la provincia di Frosinone, a nord con le provincie di Chieti e L'Aquila e a sud con le provincie di Benevento e Caserta.

L'ASReM ha una popolazione (ISTAT 1/1/2012) di 313.145 abitanti, pari allo 0,5 per cento della popolazione italiana, suddivisa per l'assistenza sanitaria in 7 Distretti Sanitari, per complessivi 136 comuni.

Nel 2011 migliorano le condizioni di sopravvivenza della popolazione e si registra un ulteriore aumento della speranza di vita alla nascita. In Italia gli uomini raggiungono 79,4 anni (+0,3 rispetto al 2010), le donne 84,5 anni (+0,2). Se consideriamo la speranza di vita a 65 anni è stimata in 18,4 per gli uomini e 21,9 per le donne.

Stima di vita alla nascita per il Molise e per area geografica. Anno 2006-2010

La popolazione molisana si caratterizza per una elevata speranza di vita alla nascita (79,2 anni per gli uomini e 84,9 anni per le donne, al primo posto c'è la prov. di Bolzano (figura 4). Mentre se consideriamo la speranza di vita a 65 anni è stimata in 18,4 per gli uomini e 22,2 per le donne, anno 2011 stima; La piramide dell'età, mette in relazione la numerosità con gli anni di età per sesso e mostra il tipico aspetto di una popolazione che tende al progressivo invecchiamento, con una base stretta ed un segmento mediano allargato. Nella parte superiore della piramide si evidenzia come il fenomeno dell'invecchiamento sia più marcato per la popolazione femminile rispetto a quella maschile.

I dati che descrivono la struttura per età della popolazione hanno forti analogie con il dato nazionale, seppure con una tendenza ad un maggiore invecchiamento:

Si rileva infatti il 22.1% di anziani, contro il 20.6% nazionale e con una popolazione con più di 75 anni pari 12%.

Particolare attenzione va data all'indice di vecchiaia che per l'ASReM nel periodo 2000/2012 è passato dal 140 al 179 contro i 125 e 147 nazionale e un indice di dipendenza strutturale con un valore medio nel periodo pari al 53, a testimonianza di un maggiore peso della popolazione in età non produttiva, e con un peso in crescendo soprattutto della popolazione anziana di età superiore o uguale a 65 anni (Indice di dipendenza degli anziani 34).

Si rileva infatti il 22.1% di anziani, contro il 20.6% nazionale e con una popolazione con più di 75 anni pari 12%.

Particolare attenzione va data all'indice di vecchiaia che per l'ASReM nel periodo 2000/2012 è passato dal 140 al 179 contro i 125 e 147 nazionale e un indice di dipendenza strutturale con un valore medio nel periodo pari al 53, a testimonianza di un maggiore peso della popolazione in età non produttiva, e con un peso in crescendo soprattutto della popolazione anziana di età superiore o uguale a 65 anni (Indice di dipendenza degli anziani

Analisi della Mortalità in Molise

La mortalità pur rappresentando un indicatore parziale dello stato di salute di una popolazione ha comunque un ruolo preponderante nell'analisi delle condizioni di salute di una comunità.

Il tasso specifico di mortalità esprime il numero di decessi ogni 100.000 residenti. Il tasso standardizzato esprime il tasso di mortalità calcolato mediante la standardizzazione (tecnica statistica) che annulla l'effetto della diversa composizione (per età e sesso) della popolazione rendendo così confrontabili i dati relativi ai diversi contesti territoriali. In questo caso si è scelto di utilizzare la popolazione regionale come riferimento per la standardizzazione.

La tabella che segue riporta, per ogni azienda sanitaria di residenza della persona al momento del decesso, il valore osservato che rappresenta il numero di decessi effettivamente avvenuti nell'anno e il valore percentuale di decessi riferibili a quel determinato gruppo rispetto alla mortalità generale regionale-

Passando all'analisi delle cause di morte si ritiene opportuno precisare che molte malattie di grande diffusione ed impatto sociale (artrosi, diabete, ipertensione, ecc), presentano bassi o addirittura trascurabili livelli di mortalità. Ad ogni modo dalle basi dati utilizzate emerge che le principali cause di morte sono le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori. Negli anni presi in esame complessivamente oltre il 70% dei decessi è riconducibile a queste due tipologie.

La regione Molise per quanto riguarda le cause di morte più frequenti che interessano la popolazione residente rispecchia fedelmente quanto accade nel resto d'Italia, le malattie cardiovascolari, i tumori e le patologie dell'apparato respiratorio, rappresentano le tre categorie che raccolgono il maggior numero di decessi.

Il progressivo aumento della loro prevalenza è legato, essenzialmente, all'aumento della sopravvivenza e quindi all'invecchiamento della popolazione.

La popolazione molisana anziana è pari al 22% della popolazione residente con un indice di vecchiaia pari a 176 (anno 2011), indici superiori alla media nazionale.

L'assenza di un Registro di mortalità per causa della Regione Molise non ha permesso di fornire dati estremamente recenti per cui si è fatto ricorso alla banca dati **Ufficio di Statistica** dell'ISS, in collaborazione con il **Settore Informatico** del SIDBAE dell'ISS.

Essa fornisce una descrizione della mortalità osservata in Italia nel periodo 2006-2007 (**ICD-10**). Vengono presentati, in totale e separatamente per uomini e donne, sia il numero assoluto di decessi che la popolazione cui essi si riferiscono ed i corrispondenti tassi di mortalità specifici.

I dati sui decessi sono ottenuti dalla rilevazione ISTAT sulle cause di morte che raccoglie, controlla e codifica le schede di certificazione di morte. I dati relativi alla popolazione derivano da stime effettuate in collaborazione tra l'Ufficio di statistica dell'ISS e l'ISTAT.

■ Le tabelle riportano separatamente per uomini, donne e totale, e per ciascuna combinazione selezionata delle altre variabili (età, anno, causa e regione) le seguenti informazioni:

■ numero di decessi osservato;

■ Popolazione media annua;

■ tasso di mortalità, calcolato come rapporto tra decessi e popolazione, per 100.000.

Nel 2007 i decessi registrati fra i residenti in Molise sono 3.229 (pop. media annua 320.456) (uomini 156.052, donne 164.404)

Su 3.220 decessi complessivi registrati nel 2007 in Molise, fra le cause naturali il 45,6% è attribuito a malattie del sistema circolatorio (n.: 1.473), (cardiopatie ischemiche: 33%, malattie cerebrovascolari: 26%), il 25,1% a tumori (n.: 810) il 6,8% a malattie del sistema respiratorio (n.: 218) ed il 5,7% a malattie dell'apparato digerente; un ulteriore 8,5% è attribuito a: malattie del sistema nervoso (3,9%), malattie dell'apparato genitourinario (2,1%), disturbi psichici e comportamentali (1,2%), malattie infettive (1,1%), malformazioni congenite (0,2%). Le cause di morte esterne / traumatismi rappresentano il 3,7% del totale (n.: 121). La proporzione di eventi è simile nel 2006 (3.273). In maniera analoga al livello nazionale, le cause di morte più frequenti sono i tumori, le cardiopatie ischemiche e le patologie cerebrovascolari.

A confronto con il tasso nazionale, nel 2007 il tasso std. di mortalità generale in Molise è maggiore del 4% per gli uomini (2006: 1%) e del 7% nelle donne (2006 1,4%) in linea con la media nazionale (2007: 6°/4° rango; 2006: 10°/11°).

Rispetto al dato nazionale nel 2007 in Molise la mortalità per tumori totali è inferiore del 15% fra gli uomini e del 28% fra le donne (ranghi 3°/1°) (nel 2006 il dato è sovrapponibile per gli uomini mentre per le donne la percentuale è del 15%); fra i gruppi specifici, per i tumori del polmone negli uomini si sono registrati tassi inferiori del 24% e del 28% rispetto al dato nazionale (ranghi 3°/1°), mentre per il tumore alla mammella si rileva un 23% e 38% in meno (ranghi 4°/1°). Per il tumore allo stomaco si è registrato un incremento dei tassi dal 2006 al 2007 negli uomini del 35% (-18% -17 a-a ranghi 7°/17°) e nella donna se pur con valori superiori al dato nazionale si registra una riduzione del 10% (23% e 13% a-a ranghi 19°/15°). Rispetto al valore nazionale, i tassi per tumori ematologici sono inferiori del 9,8% e del 19,7% nel 2007 negli uomini nelle donne invece è maggiore del 16% nell'anno 2006 mentre nel 2007 del 4,5% (uomini ranghi 5°/2°) (donne ranghi 21°/7°) nel 2006 il tasso di mortalità per leucemie negli uomini è minore del 16% mentre nelle donne è maggiore del 25% nel 2007 invece negli uomini è maggiore del 9%, nelle donne è sovrapponibile al dato nazionale (uomini ranghi 3°/14°) (donne ranghi 21°/10°).

Nel 2006 e 2007 la mortalità per malattie del sistema circolatorio è maggiore rispetto al dato nazionale sia per gli uomini che per le donne (Uomini 2% e 3,5%, donne del 9% e 4%) (uomini ranghi 15°/17°) (donne ranghi 17°/16°); fra le cause specifiche, i tassi per le cardiopatie ischemiche oscillano per gli uomini fra 2% e 7%, maggiori rispetto al dato nazionale per le donne invece tra il 9% e il 3% (uomini ranghi 12°/17°) (donne ranghi 16°/9°). I tassi di mortalità per diabete mellito mostrano valori fra il livello di rischio medio ed elevato (uomini: 16° rango; donne 17°).

La mortalità per malattie del sistema respiratorio in Molise è in linea con il dato nazionale per gli uomini (ranghi 5° e 6°) mentre è inferiore per le donne (ranghi 1° e 2°).

La mortalità per malattie dell'apparato digerente mostra sia negli uomini che nelle donne un dato superiore al valore nazionale, per gli uomini rispettivamente del 62% e del 44% per le donne del 7% e del 29% (uomini ranghi 21°/21°) (donne ranghi 9°/21°).

La mortalità per malattie dell'apparato genitourinario registrano in entrambi i sessi un incremento dal 2006 al 2007 del 20% negli uomini e del 23% nelle donne (-11%/+10%, -17%/+6%) (uomini ranghi 9°/17°) (donne ranghi 5°/15°). Tassi di mortalità tendenzialmente più elevati della media nazionale si registrano in entrambi i sessi per le malattie dell'apparato genitourinario (16°-14° rango), per le malattie del sistema nervoso (19°-14° / 17°-20°) e per i disturbi psichici e comportamentali (14°-15° / 16°-13°).

Per le malattie infettive si registrano valori tendenzialmente più elevati nel 2007 (il dato va letto congiuntamente ad influenza e polmoniti, classificate nel respiratorio).

Relativamente alle cause di morte esterne (traumatismi), nel 2006 la mortalità in Molise è del 24% più elevata della media nazionale negli uomini (103 decessi) e del 25% nelle donne (76 decessi), ranghi: 19° e 17°; la situazione migliora nel 2007 in entrambi i sessi con un decremento più marcato per gli uomini (+34%/-32%) (56 decessi) rispetto alle donne (+25%/+8%) (65 decessi) (uomini ranghi 19°/1°) (donne ranghi 17°/14°).

Mortalità evitabile

L'analisi rappresentata nel presente documento è stata condotta valutando dati di mortalità dedotti dalle informazioni fornite dai responsabili di registri RENCAM attivi presso l'ambito di Campobasso e Termoli. Per la provincia di Isernia non è stato possibile ottenere informazioni per l'assenza di un archivio informatizzato, quindi lo studio si limiterà a tracciare una mappa del fenomeno limitatamente alla provincia di Campobasso.

Il progressivo invecchiamento della popolazione molisana condiziona la dinamica di molte patologie, soprattutto quelle cronicodegenerative, che sono generalmente correlate all'età. Di seguito è stato analizzato la mortalità nella provincia di Campobasso.

Per superare i principali limiti delle più usuali statistiche sulla mortalità, in cui risulta preponderante l'effetto demografico (numerosità dei casi fortemente influenzata dai decessi che avvengono in età avanzata) che nasconde all'analisi il processo assistenziale da correlare all'evento mortalità, si è posta l'attenzione su alcune cause in particolare nella fascia d'età 5-69 anni, più strettamente correlate con le abitudini di vita, con lo stato dell'ambiente di vita e di lavoro e con l'efficacia del servizio sanitario (particolarmente con le politiche di prevenzione e le scelte diagnostiche e di cura), calcolando per ciascuna di esse gli Anni di Vita Persi e raggruppate, per favorire la lettura in:

■ **“Prevenzione Primaria”** : il primo gruppo comprende cause di morte che potrebbero essere evitate o ridotte in seguito all'adozione di normative, comportamenti, stili di vita atti a prevenire le malattie.

Igiene e assistenza Sanitaria”: il secondo gruppo rappresenta le morti evitabili con misure di igiene, stili di vita adeguati e con una buona organizzazione sanitaria, quali diagnosi tempestiva, efficienza della rete dell'emergenza, adeguatezza del tempo di ricovero e dell'intervento clinico, ecc.

“Diagnosi precoce e terapia”: il terzo gruppo, comprende malattie che potrebbero essere evitate con una diagnosi precoce e tempestiva terapia. Trattasi sostanzialmente di tumori che colpiscono le donne (mammella e collo dell'utero) e di patologie che colpiscono entrambi i generi quali i tumori del colon-retto, dell'esofago e dello stomaco o solo gli uomini, quali la malattia di Hodgkin, la cui mortalità può essere fortemente ridotta con una terapia precoce adeguata. L'analisi delle cause del primo gruppo, vede al primo posto la Cirrosi epatica con 624 anni di vita persi, seguita dai tumori del polmone (584) e disturbi circolatori dell'encefalo (514) seguono a distanza le altre cause, e fra queste i tumori maligni delle prime vie aero-digestive che insieme alla cirrosi epatica e al tumore del fegato confermano al primo posto in termini di anni di vita persi le patologie dell'apparato splancno. Tra le cause di morte appartenenti al secondo gruppo, particolare preoccupazione, suscita il tumore maligno della mammella, che diversamente dalle altre cause mostra uno spiccato trend in aumento, e ciò, nonostante nella nostra regione, nel periodo in esame, era attivo un progetto di screening mirato appunto alla diagnosi precoce di questa forma tumorale. Tra le malattie del terzo gruppo, il primato spetta alle malattie ischemiche del cuore con 910 anni di vita persi, seguite a distanza dall'ipertensione arteriosa (130). Particolare preoccupazione suscitano i 21 casi di Diabete nei distretti di Larino e Termoli con 219 anni di vita persi. Da rilevare il trend in aumento della mortalità per polmoniti e malattie acute respiratorie. I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) parlano chiaro: dei 58 milioni totali di decessi registrati nel 2005, circa 35 (pari al 60%) sono attribuibili a malattie croniche, principale causa di morte fra gli adulti in quasi tutti i Paesi. Si prevede che nei prossimi dieci anni questa cifra aumenterà del 17%. Dall'analisi dei dati oggi a nostra disposizione, riferiti alla provincia di Campobasso, viene confermato questo trend, infatti l'incidenza di malattie cronico-degenerative, quali tumori, patologie cardiovascolari e metaboliche è in lento, ma costante aumento.

Le cosiddette “patologie della modernità”, sono legate sia al mutamento della struttura demografica della popolazione conseguente al suo forte invecchiamento, sia al peggioramento dell'habitat ambientale e sociale, con forti effetti di stress sugli individui.

Ciò detto appare evidente che l'analisi delle patologie cronico – degenerative non si può limitare al dato epidemiologico in senso stretto, ma deve riguardare anche gli aspetti ambientali, sociali (come gli stili di vita) quelli relativi alla prevenzione del rischio di insorgenza e, ovviamente, alla clinica.

I dati epidemiologici su morbosità e mortalità evitabile impongono una rivalutazione complessiva della sanità pubblica; la diagnosi precoce, l'efficienza della rete dell'assistenza, l'adeguatezza e la tempestività del ricovero e del conseguente intervento clinico, sono essenziali nel trattamento della patologia cronico-degenerative.

Oggi la progressiva riduzione delle risorse disponibili impedisce l'attuazione di adeguati programmi di prevenzione, diagnosi e cura trasformando funzioni proprie della Sanità pubblica in attività marginali rispetto ad un sistema impegnato, pressoché esclusivamente alla soddisfazione del bisogno quotidiano costretto a trascurare, quindi, interventi di qualità basati sull' *Evidence Based Prevention*.

PROGRAMMI OPERATIVI 2013 – 2015

Integrazione rispetto alla versione inviata il 03.07.2013 (Prot. SIVEAS 163_A/2013) a seguito delle osservazioni contenute nei verbali del Tavolo di Verifica del 16.07.2013 e del 21.11.2013

NB

Si riportano i programmi operativi relativi all'offerta della rete dei servizi socio-sanitari

Premessa e quadro normativo

La legge 311/2004 (legge finanziaria 2005) ha previsto la possibilità, per le Regioni il cui Servizio sanitario (SSR) avesse presentato situazioni di mancato mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e di squilibrio economico-finanziario, di elaborare un Programma Operativo di riqualificazione funzionale, di riorganizzazione operativa e di

Parte

risanamento economico del Servizio sanitario medesimo, stipulando apposito Accordo con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e con il Ministero della Salute, che affiancano la regione durante il Piano di rientro.

L'Accordo individua gli interventi necessari per garantire congiuntamente l'erogazione dei LEA e l'equilibrio economico della gestione secondo l'Intesa fra Governo e Regioni stipulata il 23 marzo 2005.

L'articolo 1, commi 274 e ss., della legge 266/2005 (legge Finanziaria 2006), nel confermare gli obblighi a carico delle Regioni – di cui all'art. 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e all'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 – ha previsto l'obbligo delle regioni di innalzare fino alla misura massima consentita le aliquote regionali IRPEF e IRAP, nel caso che i provvedimenti adottati dalle regioni non fossero risultati idonei a ripianare il disavanzo.

La successiva Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006, "Patto della Salute" per il triennio 2007-2009, recepita dalla legge n. 296/2006 (Finanziaria 2007) ha disciplinato i Piani di rientro e l'attività di affiancamento da parte dei Ministeri. La Regione Molise ha sottoscritto l'Accordo sul Piano di Rientro con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze il 27 marzo 2007.

Alla scadenza del triennio la Regione, in data 24 luglio 2009, è stata sottoposta a commissariamento ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legge n. 159 del 2007 convertito con modificazioni in legge n. 222 del 2007, per non aver raggiunto parte degli obiettivi del Piano di rientro sia sotto il profilo dell'erogazione dei LEA, sia per il perdurare di un marcato disequilibrio economico della gestione che ha generato l'accumulo di un debito rilevante. La regione Molise, pertanto, si è avvalsa della facoltà, a norma della legge n. 191 del 2009, art. 2, comma 88, che ha integrato le disposizioni della legge n. 311 del 2004, art. 1, comma 180, di proseguire il Piano di rientro per superare le criticità residue. Il presente documento contiene i Programmi operativi di attuazione del Piano sanitario regionale 2013-2015 (PSR), approvato con decreto del Commissario ad acta 20 marzo 2013, n. 8, che ha delineato il quadro strategico per la riqualificazione e razionalizzazione del SSR del Molise in prosecuzione del Piano di rientro, non ancora concluso. Il quadro strategico del PSR delinea gli interventi generali necessari per consentire al SSR del Molise di realizzare la sua missione nel rispetto del vincolo di bilancio, ulteriormente rafforzato per tutte le pubbliche amministrazioni dalla legge costituzionale n. 1/2012 e dalla successiva legge attuativa n. 243/2012, accelerando le condizioni per chiudere la gestione straordinaria commissariale e ripristinare quella ordinaria affidata agli organi istituzionali della regione.

Il Programma operativo espone le principali azioni che devono essere sviluppate e tradotte in decisioni gestionali dalla Regione stessa e dall'unica Azienda sanitaria regionale del Molise (ASReM) attraverso il Programma attuativo locale (PAL) per realizzare il PSR.

Gli indirizzi ed i principi dell'organizzazione e della governance dell'ASReM sono stati stabiliti con la direttiva per la redazione dell'atto aziendale, approvata con decreto del Commissario ad acta 20 marzo 2013, n.7. La direttiva costituisce il necessario complemento del PSR.

Piano sanitario e direttiva sono aggiornati alle disposizioni del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge 7 agosto 2012, n. 135, e del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito in legge 8 novembre 2012, n.189.

Analisi del contesto e definizione dello scenario regionale

Risultati e valutazione dei tavoli di monitoraggio del Piano di rientro e dei successivi Programmi operativi negli anni 2007-2012

LE CRITICITÀ

Negli anni 2007-2012 i risultati attesi per i 18 obiettivi del Piano di rientro e dei successivi programmi operativi sono stati raggiunti soltanto in minima parte, sia per quanto concerne i LEA, sia per quanto concerne l'equilibrio economico-finanziario della gestione.

Al risultato insoddisfacente hanno concorso fattori esterni e fattori interni. Tra i primi, l'accoglimento da parte del Giudice amministrativo di primo grado dei ricorsi presentati da comitati civici in opposizione ai provvedimenti di riassetto della rete ospedaliera e dai fornitori privati accreditati in materia di contratti di acquisto e tariffe di prestazioni sanitarie. Tra i secondi, l'insufficiente riorganizzazione delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali non coinvolte dalle opposizioni giudiziarie e dei servizi amministrativi e generali, che non ha permesso all'ASReM di conseguire gli obiettivi di efficienza in materia di approvvigionamento di beni e servizi, di riorganizzazione del lavoro e contenimento dei costi del personale, di più larga offerta di prestazioni sanitarie allo scopo di ridurre il ricorso alle strutture private o alle strutture di altre regioni, di sviluppare i servizi distrettuali e domiciliari alternativi alle inappropriate prestazioni ospedaliere.

Hanno inoltre inciso pesantemente sul negativo risultato al 31 dicembre 2012 decisioni e procedure amministrative ricadenti nella piena responsabilità della direzione generale fortemente sintomatiche della reiterata inosservanza del

principio del buon andamento dell'amministrazione. I fatti più eclatanti e rilevanti sono stati oggetto di contestazione al direttore generale dell'ASReM con l'avvio della procedura per la sua sospensione dall'incarico, a norma dell'art. 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, convertito con modificazioni in legge n. 222/2007, giusta lo specifico mandato del Commissario ad acta nominato dal Consiglio dei Ministri il 7 giugno 2012. La procedura è stata conclusa con la sospensione dalle funzioni del direttore generale, giusta decreto del Commissario ad Acta 11 aprile 2013, n. 9 e contestuale nomina del Soggetto Attuatore.

LINEE STRATEGICHE DEI PROGRAMMI OPERATIVI 2013-2015

La Regione Molise, attraverso le linee strategiche dei presenti Programmi Operativi, relativi al triennio 2013/2015, intende perseguire un percorso di riequilibrio economico e finanziario del proprio Sistema Sanitario, coniugando tale esigenza con il miglioramento della qualità e della fruibilità dell'assistenza.

A tal fine sarà posta in essere una serie di interventi a forte impatto organizzativo che, nella loro totalità, si ritiene porteranno, entro il 31 dicembre 2015, ad un risultato economico prossimo al pareggio di bilancio.

Tra i principali interventi strategici, di cui nelle pagine seguenti saranno forniti i necessari dettagli, si ritiene di individuare:

■ Riorganizzazione dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM)

– vengono individuate al suo interno 2 Macroaree:

- la macroarea ospedaliera;
- la macroarea territoriale ed ambientale.

Quest'ultima assorbità, a seguito dell'approvazione di specifica proposta di Legge Regionale, le funzioni, il patrimonio ed il personale dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale del Molise;

■ Ridefinizione della rete di offerta ospedaliera

– viene ridefinita, sulla base dell'individuazione di 4 bacini territoriali, la dotazione dei posti letto nel rispetto dei coefficienti (pl/1000 ab.) previsti dalla normativa vigente, ma anche tenendo conto delle esigenze delle aree disagiate;

– viene realizzato, attraverso l'integrazione tra Presidio Ospedaliero Cardarelli e Fondazione Giovanni Paolo II, il Polo Ospedaliero di Campobasso, presso la struttura dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Al Presidio Cardarelli di Campobasso vengono, inoltre, strutturalmente e funzionalmente collegati i Presidi Venezia di Isernia e S. Timoteo di Termoli, con la contestuale rimodulazione delle unità operative e delle strutture dirigenziali;

– vengono ultimate le riconversioni dei presidi ospedalieri di Larino (G.Vietri) e Venafro (SS.Rosario);

– viene ricondotto a tre il numero dei dipartimenti per l'assistenza ospedaliera:

- Dipartimento di Medicina;
- Dipartimento di Chirurgia;
- Dipartimento dei Servizi;

■ Ridefinizione della rete di offerta territoriale ed ambientale

– la rete territoriale, che si completa con le funzioni trasferite dall'ARPAM, viene articolata su un dipartimento funzionale e tre dipartimenti strutturali con la contestuale rimodulazione delle unità operative e delle strutture dirigenziali:

- Dipartimento funzionale Territoriale socio-sanitario;
- Dipartimento di prevenzione;
- Dipartimento della prevenzione ambientale;
- Dipartimento della salute mentale;

■ Potenziamento delle reti dell'emergenza-urgenza

– viene ricalibrata funzionalmente al modello Hub & Spoke del nuovo assetto ospedaliero e territoriale;

■ Potenziamento delle strutture e funzioni della Direzione Generale per la Salute

– viene istituita la Centrale Acquisti Regionale;

– viene istituito il Servizio Controllo di Gestione e Flussi Informativi, che, attraverso l'adozione di un sistema informativo integrato, sanitario ed amministrativo, dovrà consentire un miglior governo dei dati, una corretta valorizzazione della produzione ed imputazione dei relativi costi e, soprattutto, una maggiore tempestività nelle informazioni e nelle conseguenti azioni.

INDICATORI DEMOGRAFICI, ECONOMICI E SOCIO-SANITARI E STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

La popolazione residente in Molise al 2011 è pari a ca. 0,32 mln (ca. lo 0,5% dell'intera popolazione italiana). Rispetto al 2010 la popolazione residente in Regione Molise è diminuita di una percentuale pari a ca. -0,1% (-449 individui) a fronte di un aumento medio in Italia di ca. lo 0,47% (+286.114 individui). Dall'analisi della Tabella 3 si evince che la provincia più popolosa è quella di Campobasso con ca. 0,2 mln di residenti (pari al 72% del totale) al 1° Gennaio 2011.

Analizzando le fasce d'età, è possibile osservare come il Molise sia caratterizzato, da un lato, dalla presenza di una popolazione anziana (>=65 anni) superiore alla media nazionale (nel 2011 21,9% vs 21,5%), dall'altro, da un marcato

Parte

divario con media nazionale della popolazione giovane (12,8% vs 13,4% di media nazionale). Ne consegue che la programmazione sanitaria debba tenere conto di queste peculiarità. Dall'analisi dei diversi indicatori di crescita (Tabella 5), in Molise per il 2011 si stima un tasso di natalità pari a ca. 7,6% rispetto ad un tasso di mortalità pari a ca. 11%. Il Molise, di conseguenza, presenta un tasso di crescita decisamente negativo rispetto a tutte le altre parti del paese e rispetto alla media nazionale (-3,4% vs 0,6% di media nazionale. Per quanto attiene agli indicatori di struttura, ripartiti per compartimento geografico. Indice di dipendenza strutturale: rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva; indice di dipendenza anziani: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni); indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione 0-14 anni] il Molise presenta un andamento sostanzialmente in linea con quello del resto di Italia, caratterizzato però da un indice di vecchiaia e da un'età media della popolazione più alti di quelli del resto del paese.

In particolare si evidenzia come mentre l'Italia ha un indice di vecchiaia stimato per il 2012 pari al 147%, lo stesso indicatore per il Molise ha un valore pari al 179%. L'età media in Molise è pari a 44,9 anni, mentre nel resto del paese ha un valore pari a 43,7. La speranza di vita alla nascita in Molise, come si evince dalla Tabella 7, risulta essere leggermente inferiore rispetto ai dati nazionali.

Il Molise presenta un saldo migratorio interno negativo, la stima per il 2011 del saldo migratorio con l'estero, rispetto all'andamento italiano, risulta essere invece più bassa del 2010.

Nel decennio tra i due ultimi censimenti generali della popolazione, la popolazione molisana ha subito il decremento del 2,2%, che porta i residenti a 313.660, si rifletterà sul finanziamento ordinario del SSR e l'ASReM ne terrà conto nell'attuazione del PSR in funzione dell'applicazione degli standard organizzativi delle strutture e dell'equilibrio economico della gestione.

TENDENZIALI E PROGRAMMATICI 2013-2015

Il quadro macro-economico attuale di riferimento in cui la Regione Molise, come tutte le amministrazioni pubbliche nazionali, deve intervenire per il contenimento della spesa nonché per il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini, è determinato dalle seguenti misure di governo e contenimento della spesa sanitaria in ambito nazionale:

NB

Si riportano gli aspetti relativi alla sanità territoriale

Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- individuazione dei presidi secondo il modello di assistenza per intensità di cure secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento;
- definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.

In considerazione del previsto riassetto delle Reti Assistenziali (Vedi Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio) a partire dal Gennaio 2014 l'ASReM dovrà provvedere all'implementazione di specifici percorsi assistenziali per le patologie di maggiore complessità e rilevanza epidemiologica, in ottemperanza a quanto indicato dalle linee di indirizzo ministeriali per la redazione dei presenti Programmi Operativi.

Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Il presente programma, così come predisposto dalle linee di indirizzo ministeriali, si articola in tre macro aree:

- Rete ospedaliera e riconversioni;
- cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico;
- assistenza territoriale.

Il percorso metodologico

L'adozione di misure e provvedimenti di cambiamento e miglioramento della sanità regionale ha origine dalla conoscenza della situazione reale esistente e dello sviluppo che ha avuto nel corso dei periodi precedenti.

L'analisi e la valutazione dei fenomeni che hanno interessato il sistema socio sanitario molisano si sono fondate sull'utilizzo di un modello interpretativo della realtà regionale utile ad un'analisi di valutazione del fabbisogno.

Le aree di indagine del bisogno, della domanda, dell'offerta e del risultato, insieme a quelle di contesto socio economico ambientale e di struttura e dinamica demografica, sono suddivise per dimensioni di analisi, ciascuna delle quali è

Parte

caratterizzata da un insieme di fenomeni che vengono monitorati, valutati ed interpretati mediante indicatori, al fine di ottenere parametri quali - quantitativi misurabili e confrontabili anche al di fuori della realtà molisana.

La sistematizzazione ed omogeneizzazione della conoscenza che ne consegue consente, quindi, di organizzare le informazioni nell'ambito dei settori di interesse, focalizzando, in particolare, gli aspetti di carattere strutturale e di processo necessari alla definizione delle scelte programmatiche regionali.

Da un punto di vista organizzativo, la chiave interpretativa per la definizione delle azioni di sviluppo e di intervento sulla realtà sociale e sanitaria molisana sviluppata attraverso il modello interpretativo descritto, si riconduce all'identificazione della "catena del valore della filiera socio-sanitaria", che esplicita il "modello funzionale" del sistema e che è descritta in sintesi nella successiva figura.

In sostanza, il "core" delle attività del sistema sanitario è focalizzato sulla risposta alla domanda clinico-sanitaria espressa dalla popolazione molisana; tale risposta deve garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale, come stabilito dalla normativa vigente.

Le attività di "supporto" devono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute del sistema garantendo che le sue condizioni complessive di funzionamento rispettino criteri di efficienza, efficacia, qualità ed economicità, nella migliore combinazione possibile.

Il processo "core" della rete socio sanitaria (ovvero l'insieme dei processi sanitari nello schema "a rete") costituisce il punto di contatto, scambio ed integrazione con l'area del sociale, verso la quale insistono analoghi, e spesso comuni, sistemi di supporto.

L'efficiamento dell'intero sistema ed il miglioramento in termini di efficacia e qualità dei servizi e delle prestazioni offerte ai cittadini deriva dall'integrazione in rete dei processi sanitari che si esprimono in modo differenziato all'interno di ciascuna fase del percorso diagnostico terapeutico. Il "core" delle attività del SSR deve essere focalizzato sulla risposta alla domanda clinico-sanitaria espressa dalla popolazione, per garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale.

I fattori di produzione rappresentano i "drivers" ovvero le leve da muovere e da attivare per il corretto funzionamento dei processi aziendali "core", garantendo che l'efficacia complessiva del sistema, quale risposta corretta alla domanda regionale, sia erogata in condizioni tali da garantire che le risorse, o fattori di produzione, impiegati siano adeguatamente coperti dalle risorse economiche a disposizione del sistema.

Quanto descritto deve avvenire progettando un sistema coordinato di "azioni" che permetta di intervenire sui fattori di produzione interni e parallelamente sul sistema di governo dei processi sanitari, compatibilmente con i suoi vincoli (livelli essenziali minimi di assistenza, risorse disponibili).

L'innovatività dell'approccio proposto è rappresentata dalla sua netta contrapposizione a quel metodo di tipo induttivo, che in passato ha spesso caratterizzato le manovre poste in essere, portando al taglio indiscriminato di costi senza un'analisi delle cause che li determinano.

Tale approccio, pur se efficace nel brevissimo periodo non garantisce un recupero strutturato nel lungo periodo, in quanto il sistema stesso, progressivamente depauperato di contenuti e privato della "capacità di risposta ai bisogni assistenziali", determina la produzione di servizi sanitari non rispondenti ai reali bisogni (**rigidità dell'offerta**) ed alimenta, esso stesso, nuova inefficienza, misurabile attraverso il saggio di fuga dei pazienti regionali verso sistemi in grado di garantire appropriatezza e qualità nell'erogazione dei servizi (saggio di mobilità passiva annuale).

Al contrario, il modello reticolare, basato sull'analisi dei fabbisogni reali del sistema sanitario, prevede un'integrazione dei livelli di assistenza, con la differenziazione dell'offerta in rapporto alla complessità organizzativa del SSR, al fine di collocare, su scale differenti, la componente strettamente ospedaliera e quella più marcatamente territoriale e socio-sanitaria, caratterizzate da una risposta al paziente differente ed integrata in base alla logica delle reti.

Tale risposta è determinata dalla tipologia di paziente/utente (paziente acuto, paziente cronico, cittadino con fragilità, ecc.) che deve accedere al sistema sanitario o al sistema sociale, per il quale quindi si deve attivare uno specifico e definito percorso di assistenza e cura, trasversale ai servizi e ai livelli di assistenza.

L'implementazione di un sistema reticolare dell'assistenza clinico sanitaria è finalizzata ad integrare tra loro la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza urgenza e le reti socio-sanitaria, territoriale e di prevenzione, cosicché l'erogazione delle prestazioni sanitarie non si risolva in un singolo atto episodico ma trovi collocazione all'interno di percorsi strutturati, che si svolgono nell'ambito di reti cliniche.

Il disegno organizzativo generale del sistema a rete non deve prevedere solo interventi separati su strutture e servizi presenti sul territorio, quanto piuttosto l'ampliamento della collaborazione, del coordinamento e dell'integrazione con tutti i centri di attività, sia in ambito sanitario che nell'area del sociale, secondo un disegno strategico generale di

riclassificazione delle strutture, riorganizzazione dei servizi, razionalizzazione delle risorse, rimodulazione delle funzioni, riqualificazione del personale.

L'adozione di questo modello di riferimento consente di guidare il percorso che il presente Piano intende seguire per una ridefinizione organizzativa complessiva in una logica di *semplificazione* degli assetti relazionali.

L'aspetto centrale da porre in rilievo è rappresentato dalla volontà di identificare, ai vari livelli istituzionali ed organizzativi, specifici ruoli e funzioni ma all'interno di una logica di evoluzione ed adattamento continui rispetto ad una realtà in costante cambiamento e trasformazione, in cui diventa sempre più necessario, in ragione dell'attuale congiuntura internazionale, procedere all'introduzione di concrete azioni di razionalizzazione nell'utilizzo di risorse disponibili sempre più limitate.

La progettazione del sistema a rete

Al fine di assicurare il pieno rispetto dei principi di universalità, di eguaglianza e di equità d'accesso alle prestazioni a garanzia della salute dei cittadini molisani, il Servizio Sanitario Regionale deve procedere ad una revisione del suo assetto organizzativo, strutturale e gestionale.

Il Servizio Sanitario Regionale, per svilupparsi compiutamente come sistema a rete, richiede la cooperazione e l'integrazione tra i seguenti network specifici che operano all'interno di ambiti geografici omogenei:

- la rete della prevenzione collettiva;
- la rete territoriale;
- la rete socio sanitaria;
- la rete dell'emergenza urgenza, fortemente integrata alla rete ospedaliera ed alla rete territoriale;
- la rete ospedaliera, articolata per Aree omogenee;
- le reti cliniche;
- la rete delle attività amministrativo tecnico logistiche (ATL).

Le suddette reti compongono complessivamente un sistema che garantisce una dimensione di continuità al cittadino con una interfaccia costante di qualità in termini di prevenzione ed assistenza e consentono di evitare la frammentazione dell'offerta a vantaggio, invece, di una presa in carico globale dei fabbisogni.

Analisi di contesto

Il Sistema Sanitario Regionale è caratterizzato da sostanziali saggi di deficit annuale che, benché in lenta riduzione (dall'esercizio 2010 ad oggi), rappresentano la conseguenza di criticità rilevanti:

- nel sistema di organizzazione ed impiego delle risorse e dei fattori produttivi;
- nella progettazione del complessivo sistema sanitario;
- nel governo del sistema;
- nella programmazione ed effettuazione degli investimenti;
- nell'ICT.

Tale situazione impone un approccio sistemico che consenta di intervenire sulle cause che hanno determinato il perdurare di situazioni di squilibrio finanziario ed economico (**recupero di efficienza**) in modo da rimuovere definitivamente i "fattori cronici" del sistema.

Un siffatto approccio garantisce, al tempo stesso, la possibilità per il sistema sanitario di recuperare risorse da utilizzare per erogare servizi rispondenti alle reali necessità della collettività (attualmente spesso insoddisfatte) e con una organizzazione interna flessibile, che si adegui alle determinanti della domanda di servizi sanitari, invece di rappresentare essa stessa un fattore di rigidità del sistema dell'offerta (**recupero di efficacia**).

Tale ultima circostanza permette di ricalibrare il sistema dell'offerta sotto due diversi fronti:

- recuperando quei servizi attualmente non erogati all'interno del sistema regionale, quantificabili tramite il costo della mobilità passiva regionale (analisi sanitaria);
- calibrando l'offerta secondo parametri di efficienza (intervento sui fattori di produzione);
- intervenendo sul contesto organizzativo interno;
- attuando interventi volti ad una maggiore integrazione e compatibilità del sistema dell'efficacia di privati accreditati con il pubblico.

La macroarea territoriale ed ambientale

Vincoli ed obiettivi

Parte

Il D.L. 95/202, seppur non prevedendo misure dirette sul sistema organizzativo territoriale, determina indirettamente la necessità di velocizzare le azioni di riorganizzazione per effetto delle manovre strutturali disposte per la rete ospedaliera. Infatti, è prevedibile che l'ulteriore riduzione operata sui posti letto del livello ospedaliero, determini la necessità di sviluppo del sistema territoriale di assistenza con particolare riferimento ai posti letto residenziali e all'Assistenza Domiciliare Integrata.

Diventa, altresì, strategica l'attivazione, tramite anche la riconversione degli Stabilimenti Ospedalieri di Larino e Venafro delle Case della Salute H24, con l'attivazione di posti letto per le cure intermedie e residenziali, in quanto oltre a rappresentare un coerente target organizzativo in funzione della riorganizzazione dell'emergenza territoriale e dello sviluppo dell'assistenza residenziale, mette in condizione il sistema della Medicina Generale di esercitare il governo delle Cure Primarie attraverso la strutturazione di una sistema funzionale in grado di garantire un'efficace presa in carico sulle problematiche di maggior impatto epidemiologico.

La Regione Molise intende procedere alla riorganizzazione del territorio attraverso il cambiamento dei modelli organizzativi delle strutture territoriali, spostando l'attenzione dalla cultura dei servizi territoriali a quella dei luoghi di presa in carico, nella consapevolezza che si tratta di un traguardo da raggiungere su un versante culturale, organizzativo e tecnologico.

Il processo di riorganizzazione già avviato, volto al rilancio della medicina del territorio, ha evidenziato la necessità di azioni finalizzate a consolidare e migliorare le realtà già strutturate e a qualificare quelle che presentavano criticità strutturali, organizzative e funzionali.

L'obiettivo che si intende raggiungere è quello di un'assistenza sanitaria di base, diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale, che sia parte integrante del Sistema Sanitario Regionale, diventandone il perno ed il punto focale, sia per lo sviluppo economico e sociale globale della collettività, sia quale primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario in un quadro di effettiva partecipazione.

Il modello organizzativo assistenziale che si intende rafforzare si basa sulla unitarietà della presa in carico dell'assistito, sulla unitarietà del progetto assistenziale e del percorso di fruizione da parte del paziente stesso, ma anche su una nuova idea di prevenzione, nella finalità di aumentare la qualità percepita, consolidare l'organizzazione territoriale, contenere e razionalizzare i costi, ridurre l'ospedalizzazione e governare la domanda.

Innovativo e funzionale al ridisegno della rete territoriale è il concetto integrato di prevenzione, che include anche quello ambientale, attraverso il trasferimento all'ASReM delle funzioni attualmente in capo all'ARPAM. Punti cardine dell'area integrata territoriale ed ambientale sono rappresentati, dunque, da:

- sviluppo delle attività territoriali con riguardo all'area della fragilità;
- sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria;
- sviluppo dell'assistenza domiciliare;
- sviluppo dell'assistenza ai disabili;
- riqualificazione assistenza primaria;
- riqualificazione emergenza e continuità assistenziale territoriale;
- riqualificazione della rete riabilitativa:
- attivazione RSA;
- sperimentazione Case della Salute e Presidi Territoriali di Assistenza;
- integrazione Ospedale-Territorio;
- riorganizzazione Dipartimento di salute mentale;
- riorganizzazione Dipartimento di Prevenzione;
- costituzione del Dipartimento della Prevenzione Ambientale;
- riorganizzazione servizi dipendenze;
- sviluppo dell'area materno-infantile;
- potenziamento strutture Hospice.

Inoltre, relativamente ai criteri per l'utilizzo dello strumento di valutazione multidimensionale al fine di indirizzare correttamente i pazienti nelle strutture si precisa che con Deliberazione di G.R. 4.2.2008, n.101, è stata adottata la SVAMA quale strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione delle prestazioni assistenziali per i pazienti non autosufficienti. Tale strumento viene utilizzato dalla Unità di Valutazione

Multidimensionale, presente in tutti i Distretti della Regione, sia per la presa in carico in Assistenza domiciliare integrata, sia per l'arruolamento degli assistiti presso le RSA attive. Infine, da parte dell'ASReM sono state

Parte

impartite direttive e disposizioni attuative agli operatori coinvolti anche con attività formativa propedeutica all'uso dello strumento di valutazione.

Azione 14.3.1: Riassetto della rete territoriale dei servizi

La Regione Molise adotta la logica dipartimentale per l'area territoriale in quanto strumento utile a realizzare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale, attraverso linee guida e percorsi assistenziali improntati sulla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, nonché funzionali a favorire l'adozione di modelli operativi tendenti, anche mediante l'uso condiviso delle risorse, al continuo miglioramento delle performance in termini di efficacia, efficienza ed economicità.

Nell'area territoriale viene previsto un Dipartimento funzionale Territoriale SocioSanitario (DTSS) e n. 3 Il dipartimento funzionale territoriale socio-sanitario.

In considerazione della frammentarietà del territorio regionale, la Regione Molise intende istituire uno specifico Dipartimento che governi il sistema delle Cure Primarie ed extramurali socio sanitarie, in modo da assicurare il coordinamento della Medicina di Base, della Medicina Specialistica Ambulatoriale, delle Cure Domiciliari, delle Strutture Residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, sanitarie e sociosanitarie, in un'ottica di servizi diffusi sul territorio, collegati tra loro per garantire la continuità e la presa in carico Il Dipartimento Territoriale richiede una forte integrazione con i Distretti su cui opera e con gli altri Dipartimenti territoriali (Prevenzione, Prevenzione Ambientale e Salute Mentale), nonché con gli Enti Locali.

La finalità è quella di favorire l'omogeneizzazione dei livelli assistenziali e l'integrazione delle diverse unità di erogazione afferenti al Dipartimento, nonché la domiciliarizzazione, promuovendo percorsi di miglioramento della qualità dei servizi residenziali e semiresidenziali, fermi restando la costante rilevazione dei bisogni dei cittadini nell'ambito dei servizi gestiti e il costante miglioramento dell'economicità dei servizi erogati per favorire la capacità di risposta alla domanda.

Al Dipartimento Territoriale sono demandate funzioni di programmazione e di produzione di servizi sanitari in ambito territoriale.

Esso è dotato di autonomia organizzativa e tecnico-gestionale ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Il Dipartimento Territoriale socio - sanitario rappresenta un'articolazione aziendale all'interno della quale sono previste funzioni eterogenee che necessitano di un forte coordinamento con i Distretti Sanitari, al fine di soddisfare i bisogni di salute dell'intero territorio di riferimento.

Le funzioni principali del Dipartimento sono molteplici e finalizzate alla omogeneizzazione dei livelli assistenziali e alla integrazione delle diverse unità di erogazione.

Esso è costituito da strutture complesse e/o a valenza dipartimentale, omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità, sono tra loro interdipendenti, sviluppano modelli organizzativi innovativi ed integrati, ma mantengono la propria autonomia clinica ed assistenziale, nel rispetto della responsabilità professionale.

Le strutture costituenti il Dipartimento sono aggregate secondo tipologie organizzative e gestionali, volte a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti ed agli obiettivi assegnati.

Viene previsto un Direttore ed un Comitato di Dipartimento le cui funzioni saranno individuate con l'atto aziendale dell'ASReM.

Le Unità Operative complesse del DTSS

Ogni unità operativa complessa si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse) nonché per la corrispondenza ad uno o più centri di costo. Nell'ambito del Dipartimento Territoriale, per assicurare efficaci modelli di funzionamento e garantire il soddisfacimento di tutti i bisogni di salute presenti sul territorio, sono individuate 7 unità operative complesse.

UOC Cure Primarie (Assistenza Sanitaria di Base e Assistenza Specialistica Ambulatoriale)

Viene prevista nell'ambito del Dipartimento Territoriale l'Unità Operativa Complessa "Cure Primarie (Assistenza Sanitaria di Base e Assistenza Specialistica Ambulatoriale)" con la finalità di realizzare coerenza nella offerta sanitaria di base e assistenziale

UOC Cure Domiciliari

Viene prevista nell'ambito del Dipartimento Territoriale l'Unità Operativa Complessa "Cure Domiciliari", a garanzia di corretti ed uniformi percorsi di presa in carico e monitoraggio delle attività, equità di accesso ai servizi nei diversi Distretti, le cui funzioni saranno meglio individuate in apposito documento di organizzazione da predisporre a cura dell'ASReM.

UOC Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie da Privato

Viene prevista nell'ambito del Dipartimento Territoriale l'Unità Operativa Complessa "Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie da Privato", per la gestione dei rapporti con i soggetti erogatori di prestazioni specialistiche e ospedaliere da privato accreditato relativamente alle fasi di determinazione del fabbisogno, di stipula degli accordi contrattuali, di controllo del rispetto dei vincoli di spesa determinati dalla regione, nonché dei rapporti riguardanti i diversi erogatori privati accreditati in ambito socio sanitario.

UOC Integrazione Socio Sanitaria

Viene prevista nell'ambito del Dipartimento Territoriale l'Unità Operativa Complessa "Integrazione Socio Sanitaria", con la finalità di garantire l'integrazione dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari, in modo da assicurare la soddisfazione della domanda dei bisogni, facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, mettere in comune tramite l'ICT il patrimonio informativo dei diversi attori coinvolti sul medesimo assistito, determinare i criteri e metodi per la ricognizione delle risorse finanziarie a supporto degli interventi socio-sanitari prioritari al fine della eventuale istituzione di un fondo unico regionale per gli interventi di politica socio-sanitaria.

UOC Farmaceutica Territoriale

UOC 118 – Emergenza Territoriale

UOC Dipendenze

Viene prevista nell'ambito del Dipartimento Territoriale l'Unità Operativa Complessa "Dipendenze", con la finalità di coordinare a livello territoriale i servizi di assistenza medica, infermieristica, farmacologica, sociale e riabilitativa, rivolti sia alle persone con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive, che a quelle affette da comportamenti compulsivi (ad es. gioco d'azzardo).

Le Unità operative semplici dipartimentali

Le unità operative semplici a valenza dipartimentale sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale.

Sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, che riguardano, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre unità operative del dipartimento e/o, in via secondaria, metodologie o integrazioni di tipo organizzativo, nell'ambito della Direzione Strategica.

Sono individuate le seguenti UU.OO.V.D.: Monitoraggio Sistema TS, Neuropsichiatria Infantile e Disturbi Psico-Intellettivi dell'Età Evolutiva, Demenze Senili, Riabilitazione e Assistenza protesica.

Il Distretto Sanitario

L'Azienda Sanitaria Regionale del Molise è articolata in Distretti Sanitari, i quali sono macrostrutture dotate di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda. Il Distretto è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Al Distretto competono l'analisi del bisogno di salute e la promozione di corretti stili di vita della popolazione, l'erogazione delle prestazioni di diagnosi e cura, nonché il soddisfacimento di tutti gli adempimenti burocratici ed amministrativi legati alla erogazione dei servizi sanitari territoriali.

Il bacino del Distretto Sanitario si identifica con l'area territoriale dove sono presenti i punti di erogazione delle prestazioni socio sanitarie sia pubbliche che private accreditate. Esso adotta soluzioni che vanno verso l'integrazione delle risposte assistenziali erogate in ambito sanitario con le risposte assistenziali erogate in ambito sociale o da soggetti terzi.

È strutturato sul modello della "presa in carico", che prevede un rapporto continuo tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali che presidiano sia la funzione di accoglienza e prima valutazione (PUA) sia la valutazione funzionale Multidimensionale e la definizione di Progetti Assistenziali Individuali.

I Distretti Sanitari individuati all'interno dell'ASReM sono:

- Distretto Sanitario di Campobasso (Territorio di Campobasso, Boiano, Riccia);
- Distretto Sanitario di Termoli (Territorio di Termoli e Larino);
- Distretto Sanitario di Isernia (Territorio di Isernia e Venafro);
- Distretto Sanitario di Agnone.

I Distretti di cui sopra operano in raccordo con il Dipartimento funzionale Territoriale (DTSS) per le specifiche competenze ad esso attribuite.

Al fine di garantire una uniforme e facile fruizione dei servizi distrettuali integrati nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari, si conferisce un ruolo cruciale all'organizzazione delle Porte Uniche di Accesso, le quali sono strategicamente allocate in ogni Distretto per meglio rappresentare l'interfaccia diretta per il cittadino-utente. Mediante la Porta Unica di Accesso si garantisce:

Parte

- la funzione di accoglienza e informazione;
- la funzione di valutazione di primo livello;
- lo smistamento dell'utenza ai servizi sanitari o sociali;
- l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata;
- la attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in relazione alle risorse disponibili.

Presso le varie sedi distrettuali sono logisticamente collocate ed erogate anche le prestazioni tipicamente afferenti ai dipartimenti strutturali di Prevenzione e Salute Mentale, quali proiezioni territoriali dei servizi alla persona. Al Distretto Sanitario è preposto un Direttore il cui incarico, a tempo determinato, è attribuito dal Direttore Generale sulla base di quanto previsto dalla normativa di riferimento.

Il Direttore del Distretto si avvale del supporto della U.O.S. – “Servizi Amministrativi distrettuali” diretta da un Dirigente Amministrativo.

In ogni Distretto vengono previste le seguenti UU.OO.SS.:

■ **Cure Primarie**, a cui afferiscono: assistenza di base, assistenza specialistica-riabilitativa-protetica e relative articolazioni funzionali, quali Case della Salute e PTA;

■ **Assistenza sociosanitaria**, a cui afferiscono: RSA, RSD ed Hospice, assistenza domiciliare, pediatria di comunità e consultori, sanità penitenziaria, centri diurni.

All'interno di ciascun Distretto saranno presenti, infine, le proiezioni territoriali dei 3 dipartimenti strutturali.

L'articolazione organizzativa ed, in particolare, la distribuzione nell'ambito dei quattro Distretti dell'erogazione dei servizi, terrà conto della densità di popolazione di ciascun ambito territoriale.

Casa della Salute

Nell'ambito dell'organizzazione territoriale dei Distretti di Campobasso, Termoli ed Isernia la Regione Molise intende attivare le Case della Salute, quale Centro attivo e dinamico della Comunità locale per la salute ed il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi appropriati.

Costituisce, quindi, un modo per integrare e facilitare i percorsi e i rapporti tra servizi e cittadini, restituire alla popolazione una visione unitaria del concetto di salute, sia come diritto di ogni cittadino, che come interesse della comunità.

Si tratta, pertanto, di una iniziativa che può essere di grande utilità per la riorganizzazione del welfare locale.

Il modello Casa della Salute, con l'offerta di servizi e prestazioni che esso propone, è un presidio strategico del Distretto Sanitario finalizzato a fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità del rapporto tra il sistema sanitario regionale e il cittadino, nonché per garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio sanitaria propri del Distretto.

Diventa, altresì, strategica l'attivazione, anche tramite la riconversione degli Stabilimenti Ospedalieri di Larino e Venafro, di Case della Salute H24, con l'attivazione di posti letto per le cure intermedie e residenziali, in quanto oltre che a rappresentare un coerente target organizzativo in funzione della riorganizzazione dell'emergenza territoriale e dello sviluppo dell'assistenza residenziale, mette in condizione il sistema della Medicina Generale di esercitare il governo delle Cure Primarie attraverso la strutturazione di una sistema funzionale, in grado di garantire un'efficace presa in carico sulle problematiche di maggior impatto epidemiologico.

Nell'ambito della Casa della Salute possono essere pertanto allocati:

- nuclei per l'accoglienza temporanea (diurna o ambulatoriale) di persone affette da patologie cronicodegenerative e posti letto per cure intermedie;
- ambulatori di prime cure e per le piccole urgenze, aperti nelle ore diurne, per piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale (day service);
- la sede dell'attività di continuità assistenziale;
- la sede delle attività di Emergenza territoriale – 118;
- ambulatori infermieristici in cui gli infermieri distrettuali, pur mantenendo una propria autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale nei moduli integrativi integrati;
- ambulatori medici specialistici con aree e orari adeguati, parametrati sulla base delle esigenze della popolazione, che utilizzano specialisti convenzionati;
- servizi di radiologia e di analisi cliniche;
- strutture di degenza territoriale in regime residenziale e semiresidenziale (ospedale di comunità, residenza sanitaria, centri per disabilità psico-intellettive, hospice, etc).

La Casa della Salute si configura come un presidio strategico per i territori oltre che di Venafro e Larino (con allocazione negli stabilimenti ospedalieri riconvertiti), di Riccia, S.Croce di Magliano e Frosolone, al fine di fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità nel rapporto tra il SSR e il cittadino, nei trattamenti extraospedalieri e garantire i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria nella loro unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione.

A supporto dell'assistenza primaria è prevista l'attivazione di Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) ed Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), secondo le più opportune possibilità operative determinate dalle dimensioni demografiche dei comuni.

Sedi di attivazione dei PTA saranno;

- Montenero di Bisaccia;
- Bojano;
- Trivento;
- Frosolone.

Per i poliambulatori di S. Elia a Pianisi e Castelmauro, si prevede, invece, l'attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

Ospedale di Comunità (Presidio Montano di Rete)

L'Ospedale di Comunità è una struttura residenziale in grado di erogare assistenza sanitaria di breve durata. Esso è riservato a quei pazienti che, pur non presentando patologie acute ad elevata necessità di assistenza medica, non possono tuttavia essere assistiti adeguatamente a domicilio per motivi socio sanitari. Possono accedere all'ospedale di comunità, ad esempio, malati affetti da patologie croniche che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari, persone che a seguito di malattie acute o evolutive necessitano di terapie difficilmente erogabili a domicilio. Tale struttura viene localizzata nello Stabilimento Ospedaliero di Agnone riconvertito, che sarà dotato di posti letto di branca chirurgica e di branca medica (con particolare attenzione alla reumatologia).

Residenze Sanitarie Assistenziali

La RSA rappresenta uno dei punti cardine della rete integrata di assistenza a pazienti portatori di patologie cronicodegenerative, non curabili a domicilio e bisognosi di assistenza continua. Gli atti di cura per la gestione della cronicità presuppongono una presa in carico globale dei bisogni clinici e non clinici da parte di un team medico-infermieristico riabilitativo e sociale, risultando la patologia cronica più o meno sintomatica a seconda del suo grado di avanzamento e di scompenso, destinata a persistere nel tempo ed a rischio di progressione e riacutizzazione.

Per i suddetti pazienti, l'attivazione delle RSA ha quale obiettivo primario quello di recuperare il massimo livello di capacità funzionale.

Sono previsti moduli di RSA pubbliche da 40 posti letto negli ospedali riconvertiti di Venafro e Larino (già attivato modulo da .20 PL), nonché nel Comune di Colletorto per 60 PL.

Hospice

Nella visione olistica alla base della medicina palliativa la fase del percorso della vita, comunemente definita "terminale" deve rispondere ai bisogni che sono riferibili alla sfera sanitaria del malato, ma nel contempo anche alla "fragilità globale specifica del malato e del nucleo familiare in termini funzionali, psicologici, sociali, etico-religiosi ed economici".

Per soddisfare tali specificità dei bisogni dei malati terminali e delle loro famiglie è già operante nella Regione l'Hospice di Larino con 16 posti letto e 2 letti per la terapia del dolore.

Tra le azioni che s'intende implementare rientrano le prestazioni di day hospice e di assistenza domiciliare hospice ad altissima intensità assistenziale.

Centri diurni

Nell'ambito dell'offerta assistenziale semiresidenziale vengono previsti Centri diurni per la presa in carico delle disabilità intellettive dell'età evolutiva, delle demenze senili e di altre disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, la cui individuazione territoriale sarà effettuata dopo la riorganizzazione dell'Area della neuropsichiatria infantile e della Riabilitazione.

Riabilitazione

L'offerta territoriale riabilitativa viene assicurata attraverso la rimodulazione dei centri di erogazione, da attuarsi per mezzo di:

- creazione di strutture per la cura dell'età evolutiva;
- creazione di RSD (Residenze Sanitarie per disabili) nella misura dello 0,2/1000 abitanti (60 P.L.);
- istituzione di Centri diurni per disabili;
- potenziamento del Centro Iperbarico presente nelle strutture del Basso Molise.

Dipartimento di prevenzione

Parte

Il Dipartimento unico della Prevenzione (DIP) di cui si è già accennato nell’Azione 11.1.1: Riorganizzazione del Dipartimento Unico di Prevenzione, come previsto dal PSR 2013-2015, deve essere articolato nelle strutture organizzative previste all’art. 7quater del D.Lgs. n. 502/92 per lo svolgimento delle funzioni indicate all’art. 7ter dello stesso decreto. Nel dettaglio si individuano al suo interno le seguenti 6 UU.OO.CC.:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- sanità animale;
- igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Alle sopraindicate UU.OO.CC. si aggiungono 8 UU.OO.SS. per la proiezione territoriale, in ambito distrettuale, delle attività erogate dal Dipartimento di Prevenzione.

Dipartimento di prevenzione ambientale

Con apposita Legge Regionale si procederà alla soppressione dell’Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale del Molise, le cui funzioni, patrimonio e personale verranno trasferiti all’ASReM.

Conseguentemente si procederà all’implementazione, all’interno dell’Azienda Sanitaria, del Dipartimento di Prevenzione Ambientale, che opererà in maniera coordinata ed integrata in particolare con quello della prevenzione. Si tratta, dunque, di un dipartimento strutturale deputato principalmente:

- al controllo di fonti e di fattori di inquinamento dell’aria, dell’acqua, del suolo, acustico ed elettromagnetico;
- al monitoraggio delle diverse componenti ambientali: clima, qualità dell’aria, delle acque, caratterizzazione del suolo, livello sonoro dell’ambiente;
- al controllo e vigilanza del rispetto della normativa vigente e delle prescrizioni contenute nei provvedimenti emanati dalle Autorità competenti in materia ambientale;
- al supporto tecnico scientifico, strumentale ed analitico agli Enti con funzioni di programmazione e amministrazione attiva in campo ambientale;
- al monitoraggio della correlazione tra salute e incidenza di inquinanti ambientali di natura chimica, biologica e fisica;
- al controllo del rischio in termini di sicurezza per la salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro;
- ad attività in materia di epidemiologia ambientale, gestione e diffusione delle informazioni in tema di ambiente, educazione ambientale.

Vengono previste, per tale Dipartimento 2 UU.OO.CC. e 2 UU.OO.SS.

Dipartimento di salute mentale

La riorganizzazione ed il completamento della rete dei servizi all’interno del territorio regionale, prevede la costituzione di un unico Dipartimento di Salute Mentale, quale macro struttura aziendale, organizzata in due aree di coordinamento: area territoriale e SPDC.

Vengono previste 3 UU.OO.CC. per le attività dei Centri di Salute Mentale, 3 UU.OO.SS.V.D. per le attività degli SPDC e 3 UU.OO.SS. per la gestione delle diverse strutture territoriali.

Con l’organizzazione dipartimentale, la cui articolazione è demandata all’Atto Aziendale della ASREM, dovrà essere garantita e verificata la omogeneità degli interventi sul territorio regionale finalizzati alla prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con disagio psichico, con conseguente potenziamento dei trattamenti ambulatoriali, domiciliari e residenziali.

Riqualificazione continuità assistenziale territoriale

La Regione Molise ad oggi sostiene un costo notevolmente più alto rispetto alla media nazionale per la medicina di base: nel dettaglio 8% del FSR contro il 6%. Tale scostamento, che si aggira intorno al 33%, ha portato alla necessità di un intervento su tale ambito considerando, da un lato, la necessità di riallinearsi alla spesa sostenuta a livello nazionale, dall’altro, di potenziare e correggere i servizi assistenziali nella direzione più appropriata e più aderente al reale fabbisogno del territorio.

In considerazione del mutato scenario di assistenza sanitaria dovuto all’aumento dell’età media dei cittadini/pazienti e alla necessità della presa in carico territoriale, evitando l’impiego non appropriato delle risorse dell’ospedale, si intende ottimizzare e potenziare il servizio di continuità assistenziale attraverso la revisione e contrazione delle attuali postazioni e l’impegno dei medici di continuità assistenziale nella offerta

territoriale distrettuale.

La revisione organizzativa (sia funzionale che strutturale) del servizio di continuità assistenziale territoriale costituisce uno strumento per lo sviluppo di una forte sinergia tra medici di medicina generale e medici di continuità assistenziale, in una logica di grande trasformazione dell'assistenza primaria che, pur nel rispetto delle specificità assistenziali e professionali delle singole categorie mediche sia finalizzata alla erogazione di livelli essenziali appropriati su presupposti di fattibilità e sostenibilità economica.

L'attuale strutturazione del servizio di continuità assistenziale per le sole attività notturne, prefestive e festive non consente di potersi avvalere delle professionalità impegnate in azioni di miglioramento continuo del processo che pretende un accrescimento complessivo dell'accessibilità verso i servizi territoriali, soprattutto negli ambiti che presentano carenze eliminabili attraverso il riequilibrio in termini sia quantitativi che qualitativi dei livelli di potenzialità assistenziale offerta ai cittadini nel bacino territoriale di riferimento.

La previsione di un impegno anche nelle ore diurne dei sanitari della continuità assistenziale consente di :

- sperimentare un nuovo e più efficiente modello organizzativo a rete realizzato con l'utilizzo delle ore che si renderanno disponibili con la contrazione delle postazioni di continuità assistenziale e con un contenuto aumento delle ore di attività (entro il limite individuale delle 38 ore settimanali);
- attivare prestazioni mediche ambulatoriali di primo intervento presso le strutture territoriali dei distretti (ad es. Case della Salute) allo scopo di limitare gli accessi impropri ai pronto soccorsi ospedalieri, consentendo ai cittadini di ricevere prestazioni urgenti differibili per il trattamento di patologie con basso indice di gravità, la ripetizione di ricette, il rinvio al MMG, la redazione di certificazioni mediche per l'astensione dal lavoro per un massimo di tre giorni, richieste di visite specialistiche e prescrizioni farmaceutiche per terapie non differibili, in stretta integrazione con gli ambulatori dei medici di medicina generale , i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali;
- partecipare ai programmi di gestione domiciliare in accordo con i medici di medicina generale, effettuare visite domiciliari agli assistiti per i quali è proposto un percorso domiciliare, al fine di pervenire più rapidamente alla formulazione dei POP (Piani Operativi Provvisori) e dei PAI (Piani Assistenziali Individualizzati);
- partecipare alle attività di prevenzione primaria (vaccinazioni consigliate ed attività di educazione sanitaria negli istituti scolastici) , attività di prevenzione secondaria (campagne di screening che vedono coinvolte le professionalità distrettuali), attività di prevenzione terziaria (osservazione prolungata di pazienti inseriti in percorsi domiciliari);
- partecipare alla realizzazione della banca dati nell'ambito del progetto del fascicolo sanitario elettronico già in fase di sviluppo nella regione Molise, in aderenza alle indicazioni ministeriali finalizzate ad avere informazioni che consentano di coprire l'intera vita del paziente con costante aggiornamento da parte dei vari soggetti che prendono in cura l'assistito. Nelle urgenze il FSE permetterà agli operatori di inquadrare immediatamente i pazienti; consentirà la continuità delle cure, permetterà di condividere tra gli operatori le informazioni amministrative (es. prenotazioni di visite specialistiche, ricette, etc.);
- avere un riferimento certo per l'assistenza ambulatoriale in caso di necessità occasionale;
- potenziare il processo di progressiva integrazione dei medici di continuità assistenziale con l'attività di Medicina Generale;

Tale azione potrà essere raggiunta non solo attraverso interventi di natura gestionale ed organizzativa, come descritto in precedenza, ma soprattutto previa rinegoziazione complessiva dell'accordo integrativo regionale ed aziendale per la medicina di base e la pediatria di libera scelta che, attraverso il reperimento di risorse derivanti da economie su altre voci della convenzione, riallinei il peso del livello di assistenza al parametro nazionale.

Temporanee – Osservazioni

Sanità penitenziaria

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- ricognizione procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione penitenziaria al SSR;
- disattivazione Ospedali psichiatrici giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti;
- tutela della salute in carcere.

Potenziamento Sanità Penitenziaria

Con il DPCM 1 aprile 2008, concernente le modalità e i criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, si è completata una riforma di sistema che aveva avuto inizio con il Decreto Legislativo 230/1999 "Riordino della medicina penitenziaria", con il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni relative ai soli settori della prevenzione e delle tossicodipendenze.

Parte

A seguito del trasferimento, le Regioni e le Aziende sanitarie hanno assunto la responsabilità dell'assistenza sanitaria nelle carceri, negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e negli istituti e servizi della Giustizia minorile.

Per l'assistenza sanitaria nel suo complesso, il documento programmatico di riferimento, è costituito dalle "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"(Allegato A, parte integrante del DPCM citato).

Attualmente in Regione Molise sono presenti tre istituti penitenziari: Campobasso, Larino e Isernia.

La Regione Molise ha recepito il DPCM 1 aprile 2008 con propria deliberazione del 23.06.2008 n. 544. Con tale atto è stato istituito il previsto Osservatorio regionale sulla sanità penitenziaria, quale organo consultivo e di monitoraggio, costituito da rappresentanti della Regione, del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per il Molise e l'Abruzzo (PRAP) e del Centro per la Giustizia Minorile per l'Abruzzo, Molise e Marche (CGM).

In data 14 settembre 2009, l'Osservatorio ha elaborato un Protocollo di Intesa finalizzato a definire le forme di collaborazione relative alle funzioni di sicurezza, i principi e i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario, al fine di garantire la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e degli internati adulti nonché le esigenze di sicurezza all'interno dei tre Istituti di Pena presenti nel territorio regionale: Campobasso, Isernia e Larino. Il protocollo è stato ratificato dalla Giunta Regionale con delibera 29 settembre 2009.

Sulla base di tale protocollo, sono stati avviati, da parte della Regione e dell'ASReM, i primi atti mirati a regolamentare il ruolo del Servizio Sanitario Regionale all'interno degli istituti penitenziari.

Definizione nuovo assetto organizzativo per la Sanità Penitenziaria

Tenendo a riferimento le indicazioni dell'Allegato A, parte integrante del DPCM 1 aprile 2008 e le indicazioni degli Accordi stipulati in sede di Conferenza Unificata, la Struttura Commissariale ritiene necessario procedere ad una riorganizzazione complessiva del servizio di Sanità Penitenziaria in modo da giungere a completare la definizione delle modalità organizzative e di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale all'interno degli istituti di pena. Si prevede di giungere alla definizione di una rete regionale integrata che garantisca continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità, avvalendosi di almeno due strutture distrettuali, una semplice dipartimentale nel distretto sanitario di Campobasso, che abbia referenza aziendale per la materia e che gestisca le attività negli istituti di Campobasso e Larino e l'altra semplice nel distretto sanitario di Isernia, che coordini l'attività nell'istituto di Isernia.

Contestualmente al riordino la Struttura Commissariale s'impegna nel corso del triennio a:

- adottare le misure necessarie a garantire l'assistenza di base e specialistica, la continuità assistenziale e la risposta alle urgenze, anche con l'ausilio di servizi di telemedicina;
- dare assetto definitivo ai rapporti di lavoro del personale sanitario a tempo determinato, instaurato ai sensi della legge 9 ottobre 1970, n. 740, in essere alla data del 15 marzo 2008, operante all'interno degli istituti penitenziari ubicati nell'ambito del territorio distrettuale di riferimento, in osservanza delle disposizioni del CCNL comparto sanità (infermieri) o che saranno emanate all'interno del prossimo ACN della Medicina Generale (medici);
- attivare e implementare i SERT all'interno degli Istituti penitenziari avvalendosi di diverse professionalità (medico, infermiere e psicologo) e utilizzando il personale già in essere al 15 marzo 2008;
- stabilire i criteri di riparto della quota del fondo sanitario regionale vincolato tra i tre distretti socio-sanitari sede di istituti penitenziari, in base ad una parte fissa ed una parte variabile in relazione al numero di detenuti presenti e agli ingressi dalla libertà;L
- garantire le medesime prestazioni sanitarie riservate ai cittadini italiani agli immigrati detenuti extracomunitari non in regola con il permesso di soggiorno, attribuendo il codice STP e separando le prestazioni soggette a rimborso del Ministero dell'Interno da quelle di competenza della Regione tramite fondi vincolati; la relativa contabilizzazione e i dati conoscitivi sono competenza della struttura distrettuale di Campobasso;
- utilizzare i fondi assegnati ai sensi della legge n. 662/1996, art. 1, comma 34, per la sanità penitenziaria per progetti che prevedano l'implementazione della cartella clinica informatica, per la fornitura di prestazioni extra LEA, se consentito, già assicurati a suo tempo dal Ministero della Giustizia e concordati in sede di protocollo interistituzionale (protesi odontoiatriche, farmaci di fascia C) e per la prevenzione di malattie infettive, patologie cronico-degenerative e dipendenze;
- adottare i necessari protocolli di intesa fra Regione, ASREM e Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria, atti a garantire efficienza ed efficacia a tutti gli interventi di tutela della salute, con particolare attenzione alle sinergie necessarie tra l'Area Sanitaria (di competenza del SSN) e le Aree del Trattamento e della Sicurezza (di competenza delle Amministrazioni Penitenziarie).

Parallelamente alle attività di riordino elencate in precedenza la Regione Molise s'impegna a sottoscrivere protocolli di intesa con la Regione Abruzzo in materia di Sanità Penitenziaria relativamente alla condivisione di strutture sanitarie e gestione dei pazienti in cura.

PARTE SECONDA

Aggiornamento per gli esercizi 2014 e 2015

Integrazione rispetto alla versione inviata il 10.12.2013 (Prot. SIVEAS 242_A/2013) a seguito delle osservazioni contenute nei verbali del Tavolo di Verifica del 16.07.2013, del 21.11.2013 e del 19.02.2014 e del parere (Prot. SIVEAS 19_P/2014).

NB

Si riportano le parti ritenute di maggior interesse, rinviando alla lettura integrale del testo per le altre

Introduzione

La Regione riconosce nella riorganizzazione delle reti di erogazione delle prestazioni e dei processi produttivi la misura prevalente e di immediata applicazione per la riqualificazione del SSR, in grado di ridurre contestualmente i costi di produzione dei servizi direttamente erogati dall'Azienda Sanitaria Regionale.

Riconosce, altresì, che il controllo economico delle strutture sanitarie pubbliche e degli altri soggetti che operano nel SSR (medici di famiglia, privati accreditati) è condizione necessaria per garantire l'economicità complessiva del servizio, intesa come sintesi inscindibile di efficacia delle prestazioni (garanzia dei LEA) ed efficienza (mantenimento del vincolo di bilancio connesso al finanziamento del FSR).

Il ricorso ad elevate aliquote fiscali addizionali imposte, per un tempo lunghissimo, alle famiglie e alle imprese per mantenere un servizio sanitario che, tuttavia, continua a non raggiungere lo standard minimo di adeguatezza dei servizi, unitamente alla compartecipazione dei cittadini ai costi delle prestazioni, risultano non più sostenibili, giacché minano la competitività del sistema economico regionale, sottraendo risorse da destinare ad altri interventi di politica sociale.

Le politiche sanitarie della Regione, per tracciare obiettivi realistici e sfidanti e per raggiungere i risultati programmati, devono legare inscindibilmente con decisioni e azioni coerenti e tempestive:

- la lungimirante visione di un servizio sanitario efficace, equo e sostenibile;
- la strategia ben strutturata, dinamica e flessibile per governare e non subire i rilevanti cambiamenti sociali, scientifici e tecnologici che incidono sulla qualità del servizio sanitario nazionale;
- le capacità manageriali degli amministratori di Regione e Azienda Sanitaria focalizzate sui processi di ristrutturazione in situazioni e contesti caratterizzati, come quelli sanitari, da elevata complessità;
- l'applicazione di procedure operative e di controllo adeguate.

Rispetto a queste condizioni la Regione ha accumulato un pesante ritardo. Il presente Programma Operativo e gli altri provvedimenti di competenza della Struttura Commissariale intendono, pertanto, consentire alla Regione di dare corpo alle suddette politiche, nella linea della programmazione nazionale, già condivisa nelle sedi istituzionali di concertazione.

La sostenibilità del sistema: le risorse del fondo sanitario regionale.

Rispetto alla media delle regioni benchmark, il Molise ha registrato nel 2011 una spesa pro capite maggiore di 172 euro (+3,49%), rimanendo, ciononostante (fonte: SIVEAS, Aggiornamento dicembre 2013) di 18 punti sotto il livello minimo di adeguatezza nell'erogazione dei LEA (-11,25% rispetto ai 160 punti).

Nel 2012 la Regione si attesta a 17 punti sotto il suddetto valore (-10%), con una spesa pro capite sostanzialmente allineata al 2011.

La maggiore spesa pro capite determina un disavanzo medio annuale di circa 50 milioni di euro, solo in parte coperti dalle addizionali fiscali.

La spesa per l'assistenza ospedaliera è circa il 55% del FSR (+11 punti rispetto al 44% del valore della programmazione nazionale) ed è responsabile con un esubero di spesa di circa 77 euro/mln (+30,6% rispetto al valore del finanziamento da allocare al livello di assistenza ospedaliera) del disavanzo annuale e della inadeguata erogazione dei LEA.

Parte

La spesa per l'assistenza distrettuale oscilla intorno al 41% (-10 punti rispetto al 51% del valore della programmazione nazionale) con un deficit di spesa di circa 48 euro/mln (-16,4 % rispetto al valore del finanziamento da allocare al livello di assistenza territoriale).

Ugualmente la spesa per l'assistenza sanitaria collettiva è del 4% circa (-1 punto rispetto al 5% del valore della programmazione nazionale) delle risorse per livello di assistenza, con un deficit di spesa di circa 3 euro/mln (-10,4% rispetto all'ottimale allocazione delle risorse). Nella quota è compreso il finanziamento dell'Agenzia regionale per l'ambiente (ARPA) a carico del FSR.

Il recupero di 16 punti di adeguatezza nell'erogazione dei LEA (efficacia del servizio) e del disavanzo annuale di bilancio (efficienza del servizio) sono il filo conduttore degli interventi del Programma operativo per restituire al SSR la sua funzione di infrastruttura sociale da cui dipendono diritti civili primari e la coesione sociale.

Il finanziamento del SSR per l'esercizio 2013 è stato garantito dal FSR, comprensivo delle entrate convenzionali proprie e delle risorse vincolate ad obiettivi prioritari di rilievo nazionale.

Ai suddetti valori, periodicamente aggiornati in base al finanziamento garantito dal FSN, deve tendere ad ancorarsi la gestione corrente del SSR, per evitare indebitamento ed imposizioni fiscali a ripiano.

Gli interventi del Programma Operativo delineano le azioni di riqualificazione funzionale e di riequilibrio economico della gestione del SSR attraverso il trasferimento di risorse, compresa la ricollocazione del personale in esubero, dall'assistenza ospedaliera, sovradimensionata, all'assistenza collettiva e a quella distrettuale, entrambe sottodimensionate.

All'interno dell'area distrettuale devono essere riequilibrati gli stanziamenti a favore della voce "altra territoriale", attualmente sensibilmente sotto finanziata. Basti considerare che il fabbisogno di posti letto extra ospedalieri per anziani è di 558 (RSA e RP), a fronte di una copertura attuale di 207 (vedi Intervento 14.3: La rete territoriale), punto di debolezza rilevato anche dall'Ordine dei medici di Campobasso nel pubblico convegno dell'8 febbraio 2014.

Il riequilibrio dell'allocazione delle risorse, unitamente ad azioni di contenimento dei costi operativi di assistenza e generali, oggetto di separata analisi e programmazione in questo stesso documento, è la condizione per garantire ai cittadini la necessaria assistenza senza aggravii fiscali.

I risultati dell'esercizio 2013

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Aggiornamento e integrazione ai PO 2013-2015

Nell'ottica di recepire le indicazioni contenute nei verbali delle riunioni del Tavolo di Verifica e nei pareri espressi dai Ministeri affiancanti si procede a riportare le azioni e gli interventi oggetto di integrazione e rettifica rispetto alla versione dei Programmi Operativi 2013-2015 inviata al SIVEAS in data 10.12.2013 (prot. SIVEAS 242_A/2013). Per facilitare la lettura del presente documento sono stati inseriti i soli interventi/azioni oggetto di osservazioni e/o di richiesta di chiarimenti da parte dei ministeri affiancanti. Si è, inoltre, proceduto a elaborare sintetiche risposte alle evidenze riportate nel verbale del Tavolo di Verifica del 19.02.2014 in merito a specifiche sezioni dei Programmi Operativi.

Programma 1: Governance del PO

Intervento 1.1: Potenziamento del nucleo di coordinamento

Azione 1.1.1: Aggiornamento composizione ed obiettivi NCCP

La Struttura Commissariale, composta dal Commissario e dal Subcommissario, sovrintende all'attuazione del Programma Operativo. A tale scopo assicura che tutte le attività svolte dalle strutture organizzative della Giunta regionale, dall'Azienda del SSR e dagli altri enti e società strumentali della Regione siano orientate al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Programma Operativo.

La Struttura Commissariale, di conseguenza, si avvale delle strutture amministrative regionali affinché:

- siano attribuiti alla direzione regionale e all'ASReM obiettivi gestionali conformi a quelli contenuti nel Programma operativo;
- sia verificata la congruenza tra i comportamenti amministrativi e le misure organizzative adottate rispetto ai risultati e alle finalità del Programma operativo;
- sia svolta una tempestiva attività di monitoraggio rispetto all'andamento degli obiettivi assegnati.
- sia periodicamente verificata l'adeguatezza degli assetti organizzativi e dei processi gestionali rispetto all'economia di impiego delle risorse e all'efficacia e all'efficienza dell'azione amministrativa.

Parte

Nell'esercizio delle proprie funzioni la Struttura Commissariale si avvale dell'assistenza tecnica della Direzione Regionale, dell'Avvocatura regionale e del Servizio Ispettivo del SSR per le funzioni di monitoraggio epidemiologico e, più in generale, dei fenomeni sanitari.

L'azione di coordinamento e monitoraggio da parte della Struttura Commissariale prevede, inoltre:

- il monitoraggio, mediante l'utilizzo del sistema informativo del Programma operativo, dell'attuazione delle azioni previste in capo alle Direzioni/Uffici regionali. Oltre alla gestione delle attività in termini di responsabilità e relative scadenze per identificare tempestivamente inadempienze e/o fattori ostativi esterni (es: atti precedenti in contrasto), il sistema sarà progressivamente integrato con indicatori per la verifica, attraverso l'andamento delle variabili economiche e gestionali, dell'efficacia dell'azione regionale;

- Il monitoraggio dell'attuazione delle azioni previste in capo alla Direzione ASReM, mediante riunioni periodiche per:

- il coordinamento mensile con la Direzione Generale ASReM per la condivisione ex ante delle azioni prioritarie da porre in essere per far fronte a criticità gestionali rilevate e/o andamenti anomali;

- la verifica trimestrale, in sede di redazione del Conto Economico Trimestrale, del raggiungimento dei risultati previsti, al fine di approfondire le cause degli scostamenti, anche a supporto della trasmissione della documentazione ai Tavoli di Monitoraggio. A tal fine, i verbali degli incontri saranno trasmessi ai Ministeri affiancanti.

La verifica degli obiettivi programmati costituisce per la Direzione Aziendale ASReM elemento di valutazione ai fini della conferma dell'incarico e comunque elemento di valutazione per le Direzioni Regionali.

A tal fine si specifica che rimane in capo al Direttore Generale ASReM l'implementazione delle misure di rientro dell'Azienda, nell'ambito della strategia definita nel presente Programma Operativo, in quanto soggetto attuatore. Con particolare riferimento alla voce "Beni e Servizi", il Direttore Generale è chiamato a garantire il rientro secondo i Piani Industriali che verranno condivisi nell'ambito degli incontri mensili, atteso che sarà obiettivo della Centrale Acquisti espletare le gare programmate in tempi compatibili con la gestione aziendale, aggiudicandole a prezzi allineati a *benchmark* nazionali e creando le condizioni necessarie per il contenimento dei contenziosi sulle aggiudicazioni.

La Struttura Commissariale, quindi, con l'obiettivo di dare continuità all'attività di monitoraggio e controllo in materia di raggiungimento delle azioni previste dai presenti Programmi Operativi e perseguire la gestione strategica del SSR molisano, intende prorogare l'operatività del NCCP anche per il biennio 2014-2015.

Nell'ottica di aggiornare quanto disposto dal DCA 85/2011, al fine di una più efficace collaborazione tra la Regione e l'unica azienda sanitaria regionale ASReM, con riferimento ai PO 2013-2015 e alla nuova situazione di contesto, la Regione s'impegna ad emanare un apposito decreto di aggiornamento indicante:

- la nuova composizione del nucleo per il periodo 2014-2015;

- lo scadenzario delle azioni previste a carico della Regione evidenziando anche il responsabile per il completamento di ciascuna azione descritta nei presenti Programmi Operativi;

- lo scadenzario delle azioni di competenza ASReM evidenziando anche in questo caso il responsabile del completamento delle azioni previste dai presenti PO.

Azione 1.1.2: Le Funzioni della Direzione Generale ASReM.

I processi produttivi all'interno delle strutture che costruiscono le reti devono essere supportati dal riordino delle funzioni centrali di amministrazione, che assumeranno entro il 2014 la configurazione di base esposta nella seguente Tabella 13, superando la residua parcellizzazione ereditata dalla incompleta unificazione delle quattro aziende (poi zone) confluite nell'Azienda sanitaria unica regionale del Molise (ASReM), giusta Legge Regionale 1 aprile 2005, n. 9.

Le funzioni di amministrazione centrale devono essere organizzate nella sede legale dell'azienda in Campobasso. In staff alla Direzione Generale, funzionalmente dipendente dalla Direzione Sanitaria, è istituito il coordinamento dei servizi infermieristici, tecnici e riabilitativi aziendali (SITRA) previsti nei distretti e nei presidi ospedalieri.

Entro il 30 giugno 2014 il direttore generale dell'ASReM redigerà l'atto aziendale, completando l'organizzazione e il sistema di governo aziendale tracciato nel presente documento secondo le direttive approvate con DCA n. 7/2013, e gli altri atti correlati, tra i quali prioritariamente la dotazione organica del personale con la individuazione e graduazione delle posizioni dirigenziali e degli incarichi di particolare rilievo del personale non dirigenziale, nel rispetto dei vincoli normativi e finanziari generali e dei fondi retributivi contrattuali.

La dotazione organica dovrà essere dimensionata tenendo conto dei costi non rilevati a CE a conti diversi da quelli del personale per servizi sanitari appaltati in alternativa alla gestione diretta, per contratti di somministrazione, consulenze ed

altri rapporti atipici, che falsano il costo attualmente rilevato per natura. Sulla base di questi elementi si stimano i risparmi attesi esposti nel CE programmatico dei programmi operativi.

Nell'ambito delle indicazioni contenute nel documento del Ministero della Salute-Dipartimento della Programmazione-Comitato Permanente LEA, approvato nella seduta del 26.03.2012, l'ASReM, con l'atto aziendale potrà eventualmente proporre, per motivate e documentate esigenze assistenziali ed organizzative,

l'istituzione di UOS e UOVD, ad invarianza delle UOC presenti nel presente documento programmatico.

Atto aziendale e documenti correlati saranno sottoposti ad approvazione da parte del Commissario ad acta.

Entro la stessa data del 30 giugno 2014 il direttore generale verifica che le procedure di acquisto di beni e servizi siano accentrate, seguendo il principio dell'omogeneizzazione dei consumi e salvo le procedure di gestione economale di competenza delle strutture, in modo che l'azienda operi come Centrale Unica per gli approvvigionamenti che non si possano effettuare tramite CONSIP.

Entro settembre 2014 la direzione generale dell'azienda approva il programma per il rinnovo, entro dicembre 2015, di tutti i contratti scaduti, allo scopo di eliminare il ricorso alle proroghe, in quanto non consentite dal vigente Codice degli appalti, perseguendo l'obiettivo di risparmio stimato nel CE Programmatico.

Per quanto concerne i flussi informativi NSIS, che presentano tuttora criticità in termini di completezza, accuratezza e tempestività, la riorganizzazione delle unità operative aziendali "Controllo di gestione" e "Information Communication Technology (ICT)" ed il competente organismo regionale garantiranno il totale allineamento degli adempimenti alle scadenze regionali e nazionali entro il 30 settembre 2014. Sono operativi

dal 2013 il SIMES – Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (provvedimento direttoriale n.128/2013, che ha recepito il DM 11 dicembre 2009) e l'HOSPICE – Monitoraggio dell'assistenza erogata in Hospice (provvedimento direttoriale n. 161/2013, che ha recepito il DM 6 giugno 2012).

I flussi informativi, oltre a garantire l'alimentazione delle banche dati nazionali, sono finalizzati a supportare le decisioni di governo dell'azienda sanitaria e del SSR. Il programma prevede che entro il 2015 sia completato, con congrui investimenti tecnologici, il Centro unificato di prenotazione, in modo da superare il sistema attuale di prenotazione per singole aree geografiche regionali e consentendo l'integrale connessione dei sistemi ICT medicali al sistema informativo gestionale dell'ASReM e del SSR, includendovi gradualmente le strutture sanitarie e socio sanitarie e le cure primarie.

Il sistema informativo dovrà integrarsi, ai fini gestionali di controllo dell'equilibrio economico e dell'erogazione dei LEA, all'organico sistema di Programmazione e Controllo e, grazie all'investimento ex art. 79, comma 1 sexies della legge n. 133/2008, di cui al Protocollo di Intesa sottoscritto tra il Ministero della Salute e la Regione Molise il 04.02.2014, dovrà garantire la disponibilità costante e tempestiva di dati economici, gestionali e produttivi in grado di supportare la direzione nella governance aziendale, fornendo altresì alla Regione i dati necessari ad assicurare un regolare monitoraggio. In base alle potenzialità informative attuali, dal 1° luglio 2014 l'azienda procede ad avviare un processo di previsione annuale (*budgeting*), correlando la programmata produzione quantitativa e qualitativa delle prestazioni/servizi alle risorse disponibili e a rilevare organicamente le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali erogate, valorizzandole, a fini di analisi interna, secondo i tariffari regionali vigenti e almeno i principali costi analitici di esercizio (personale, costi alberghieri, consumi di beni sanitari ed economali, prestazioni sanitarie intermedie, utenze) delle singole unità operative, sulla base delle direttive contenute nell'allegato 1.

Intervento 1.2: Adempimenti LEA

Azione 1.2.1: Superamento degli adempimenti LEA

Considerata la rilevanza dei fondi di premialità connessi, al fine di garantire liquidità al SSR, si ritiene prioritario adottare meccanismi che garantiscano il rispetto degli adempimenti LEA alle scadenze prefissate.

Il presente Programma Operativo, con le azioni previste, si pone l'obiettivo di porre fine alle numerose inadempienze registrate dalla Regione nel corso degli anni precedenti. Tuttavia, al fine di rendere operative la maggior parte delle azioni di riorganizzazione e poter di seguito osservarne gli effetti si ritiene necessario un periodo di tempo che è stato stimato di 8-10 mesi. La Regione si propone di raggiungere, quindi, il superamento della maggior parte degli adempimenti LEA entro Dicembre 2014 per poi poter consolidare la propria posizione di adempienza nel primo semestre del 2015.

Programma 2: Attuazione del D.Lgs. n. 118/2011

Intervento 2.1: Attuazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 118/2011

La Regione Molise intende continuare e consolidare il percorso già avviato di armonizzazione dei principi contabili e dei criteri di rilevazione per la redazione dei bilanci degli enti del proprio SSR. A tale proposito, nel corso del biennio 2014-2015, saranno eseguite le azioni già descritte nella precedente versione dei Programmi

Operativi (Prot.SIVEAS 242_A/2013), ponendo particolare attenzione alle indicazioni fornite nei pareri ministeriali a riguardo. In particolare:

- individuazione del terzo certificatore dei dati della GSA di cui all'art. 22, comma 3, lettera d), del D.Lgs. n. 118/2011;

- implementazione di un sistema di controllo interno, mediante apposito DCA.

La Regione Molise intende, a tale proposito, anticipare le scadenze precedentemente fissate, così come suggerito dai Ministeri affiancanti. Si prevede quindi l'individuazione del terzo certificatore entro Giugno 2014 e l'implementazione del sistema di controllo interno entro Dicembre 2014.

Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Programma 4: Flussi informativi

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Programma 5: Accreditamento

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Programma 7: Rapporti con gli erogatori

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Programma 8: Formazione e comunicazione ai cittadini

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Programma 9: Razionalizzazione della spesa

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Programma 10: Gestione del personale

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Intervento 10.1: Contenimento della spesa per il personale

Azione 10.1.1: Politica di blocco del turn over e politiche di contenimento della spesa di altre tipologie di personale per gli anni 2013-2015

Relativamente alle manovre di contenimento dei costi di personale, restano valide le azioni e le relative valorizzazioni contenute nella precedente versione dei Programmi Operativi (prot. SIVEAS 242_A/2013). Si precisa, tuttavia, che le stime relative al risparmio derivante dalla cessazione delle unità di personale sono accompagnate, come previsto dalle normative vigenti, dalla contestuale riduzione dei fondi per la contrattazione integrativa. Inoltre, rispetto a quanto richiesto dal Verbale del Tavolo di verifica del 19.02.2014, ovvero la presentazione di una breve relazione accompagnata

Parte

da tabelle analitiche che dia rappresentazione del percorso di rientro fin qui effettuato dalla Regione, si ricorda che con l'invio di Dicembre 2013 (PO del 10.12.2013) è stato inoltrato un allegato (Allegato 2) con il quale si è risposto alle richieste effettuate.

Quanto allo sblocco del turn over del personale, si procederà successivamente alla determinazione della dotazione organica a regime, previa ricollocazione del personale che risultasse in esubero per effetto di dimissioni, accorpamenti e riconversione delle strutture aziendali e previa autorizzazione ministeriale.

Programma 11: Sanità pubblica

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Programma 12: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Programma 13: Reti assistenziali per intensità di cure

Per maggiori dettagli si veda il successivo "Programma 14: Riequilibrio Ospedale – Territorio".

Programma 14: Riequilibrio Ospedale-Territorio

Intervento 14.1: La Rete Ospedaliera

Stato attuale

L'analisi di quanto riportato nei flussi HSP relativi all'anno 2013 evidenzia un eccesso di posti letto complessivi per 0,4 PL per 1.000 abitanti rispetto agli standard nazionali previsti (4,1 vs. 3,7 PL per 1.000 abitanti).

Il decreto legge n. 95/2012, convertito in legge n.135/2012, ha fissato "ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1000 abitanti per la lungodegenza e riabilitazione post acuzie", il fabbisogno di dotazione dell'assistenza ospedaliera, "tenendo conto della mobilità interregionale", che per il Molise consiste (Con riferimento all'anno 2012) in 13.466 ricoveri in altre regioni. Si tratta del 22,68% del totale dei ricoveri, come esposto nella seguente Tabella 16.

Il tasso di ospedalizzazione, indice di inappropriatazza del trattamento del bisogno assistenziale, è di 29,45 punti (corrispondenti a 9.229 ricoveri) superiore allo standard di 160 per mille abitanti stabilito dalla programmazione nazionale (+18,41%).

Obiettivo del programma operativo è di ricondurre, entro il 2015, il tasso di ospedalizzazione al valore standard di 160 per mille abitanti, con le azioni di seguito descritte.

La serie storica dei ricoveri di cittadini molisani in altre regioni evidenzia un trend stabile nel tempo (13.746 nel 2009, 13.457 nel 2010, 13.329 nel 2011, 13.466 nel 2012) ed è l'indicatore della insufficiente capacità delle strutture dell'unica azienda sanitaria regionale di soddisfare, sia in termini quantitativi che qualitativi, la domanda di prestazioni della popolazione molisana.

Compensando i ricoveri negli ospedali pubblici della regione di pazienti provenienti dalle regioni limitrofe al Molise (mobilità attiva), permane a carico del bilancio del SSR un saldo negativo cospicuo (29 euro/mln) riepilogato nella seguente Tabella 17.

È come se il Molise detenesse e finanziasse fuori dei confini regionali, per il saldo negativo di 7.061 ricoveri, un ospedale di circa 100 posti letto, al costo di 29 euro/mln, come si può esemplificare, con valori prudenziali, nella seguente Tabella 18.

Se non si tenesse conto di questa situazione attuale, il SSR impegnerebbe con la dotazione di strutture astrattamente calibrate sullo standard nazionale (3,7 pl per 1000 ab.) risorse di capacità produttiva che rimarrebbero non utilizzate, ossia superiori al suo fabbisogno, con la conseguenza di gravare il bilancio sanitario di costi fissi non coperti dal valore delle prestazioni, che si sommerebbero al costo di acquisto pagato alle altre regioni a tariffa.

Valutazioni analoghe discendono dall'analisi dei flussi della mobilità extra ospedaliera, veicolati per lo più dalla mobilità ospedaliera, come si evince dalle seguenti Tabella 19 e Tabella 20.

Dato il flusso di mobilità passiva fisiologico per discipline che la dimensione demografica regionale non permetterà di organizzare (grandi ustionati, trapianti, malattie rare, unità spinale unipolare, chirurgia maxillofaciale, chirurgia della mano, microchirurgia, medicina del lavoro, centro antiveneni etc.), la maggior parte dei ricoveri in mobilità può essere recuperata, nel medio lungo termine, soltanto a condizione di una completa riqualificazione delle reti assistenziali regionali e dell'attivazione di procedure di governo della domanda nonché responsabilizzando, con gli strumenti delle convenzioni e dei contratti collettivi di lavoro, i medici di famiglia e gli operatori dell'Azienda Sanitaria Regionale.

Parte

Il numero dei posti letto per ricoveri fuori regione, sommato alla riduzione dello standard di posti letto per discipline non attivabili per la dimensione demografica della regione, permette di stimare in circa 150 PL il fabbisogno che il Molise deve detrarre dalla dotazione standard di 3,7 per mille abitanti, applicando i requisiti richiesti per le alte specialità (d. m. 29 gennaio 1992; studio AGENAS 2011 sui bacini di utenza per specialità pubblicato in Monitor n. 27/2011), salvo compensarli con la mobilità attiva di competenza delle strutture private accreditate, che si possono calcolare con i medesimi parametri della Tabella 18 e che sono esposti nella seguente

La Regione Molise spende, altresì, per mobilità passiva di riabilitazione extra ospedaliera circa 3,8 €/mln per prestazioni di cui alla successiva (Tabella 22). L'ASReM, ad oggi, non offre prestazioni ex art. 26 della Legge 833/1978, che valgono circa 12,7 €/mln. Le azioni per il recupero della mobilità sono identificate nelle azioni della sezione successiva riferita al Piano di Riabilitazione extra ospedaliera.

La rete ospedaliera ottimale che scaturisce dall'analisi di fabbisogno suesposta, a norma dell'art. 15, comma 13, lettera c), decreto legge n. 95/2012 (tenendo conto della mobilità interregionale, positiva soltanto per le principali strutture private), è quella riepilogata nella seguente Tabella 23, aggiornata sulla popolazione ISTAT applicata dalla Conferenza Stato Regioni per il riparto del FSN 2013:

La dotazione sarà suscettibile di variazioni, positive o negative, in applicazione di accordi di confine, che la Regione ha chiesto di negoziare con le regioni limitrofe, verosimilmente da concludersi in esecuzione del nuovo Patto per la salute, in proiezione della sua validità temporale. L'obiettivo principale resta quello di riassorbire le prestazioni in mobilità passiva che possono essere erogate all'interno degli ospedali e delle strutture extra ospedaliere pubbliche.

In termini finanziari il recupero plausibile di mobilità passiva, entro il 2015, si può stimare al 6% dell'attuale saldo negativo totale in mobilità pari a 35,8 euro/mln: ossia un risparmio di 2,15 euro/mln. Tuttavia, per fini prudenziali, non si è proceduto ad inserire tale ipotesi di risparmio all'interno del CE programmatico relativo agli esercizi 2014 e 2015.

Tenuto conto delle suddette condizioni, il Molise non sacrifica l'organizzazione ospedaliera pubblica a favore degli operatori sanitari privati - uno dei quali è Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico e, quindi, ospedale "a rilevanza nazionale", la cui dimensione deve soddisfare le esigenze della ricerca oltre che l'erogazione di prestazioni di alta specialità (art. 1 d.lgs. 288/2003) - né applica uno standard superiore a quello nazionale (3,7 posti letto per 1000 abitanti). Le finalità e gli obiettivi della razionalizzazione della rete ospedaliera regionale sono allineati agli impegni assunti con il Piano di rientro, verificati nel 2008 dal gruppo di lavoro italiano per la valutazione della *performance* del SSR alla luce dei principi della Carta di Tallin, per la complessiva riqualificazione del SSR attraverso:

- centralità delle cure primarie e del governo della domanda;
- riqualificazione della rete ospedaliera con la riconversione degli ospedali di piccole dimensioni, improntandola ad una maggiore appropriatezza (sicurezza, specializzazione professionale, setting assistenziale);
- pieno funzionamento della rete di emergenza urgenza;
- nuovi modelli di offerta territoriale;
- sviluppo delle cure domiciliari;
- disponibilità di strutture residenziali, in particolare per la riabilitazione e per gli anziani non autosufficienti;
- equilibrio economico e finanziario, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, che implica una dimensione di scala produttiva coerente con il rapporto costi/ricavi.

Gli allegati dal n. 1 al n. 5 riepilogano, come richiesto da Tavolo tecnico e Comitato permanente il 19 febbraio 2014, la distribuzione disciplinare dei posti letto e l'organizzazione a regime di ciascun presidio ospedaliero, pubblico o privato. L'accreditamento degli ospedali privati potrà essere suscettibile di ridimensionamento in funzione del periodico aggiornamento del fabbisogno.

L'organizzazione degli ospedali pubblici tiene conto, altresì, delle specifiche direttive già impartite all'ASReM per l'atto aziendale, titolo 15 "Principali strutture aziendali", capitolo D "L'ospedale", e degli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse ex art. 12, comma 1, lettera b) del Patto per la salute 2010-2012, approvato il 26 marzo 2012 dal Comitato permanente per la verifica dei LEA e trasmesso dal Ministero della Salute il 4 aprile 2012. L'Atto aziendale dell'azienda sanitaria unica specificherà le prestazioni di ciascuna disciplina ospedaliera e l'organizzazione ambulatoriale.

La dotazione di posti letto delle strutture accreditate private, la cui presenza è necessaria per assicurare la libera scelta dei cittadini del luogo di cura e del medico curante (art.8-bis d.lgs. 502/1992), deve tenere conto delle prestazioni che la regione Molise acquista per i residenti. Per l'assistenza ospedaliera il valore delle prestazioni acquistate dalle strutture private accreditate (tetti di spesa) è di 33,4 euro/mln annui (rif. Anno 2014), giusta DCA n. 33/2013, in applicazione del

decreto legge n. 95/2012, convertito in legge n. 135/2012. Il valore è pari al 13,29% del finanziamento per livello di assistenza (251,4 euro/mln).

In effetti, il Molise non contrattualizza tutti i posti letto privati, ma soltanto 293, giacché 144 PL rappresentano il fabbisogno delle strutture private per ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni. Si tratta complessivamente, per acuzie e lungodegenza e riabilitazione, soltanto del 37% della dotazione complessiva regionale di 1.160 posti letto. Tale valore è in linea con la media nazionale e sarà ulteriormente rideterminato in diminuzione con l'attivazione del day service chirurgico.

Dalle strutture private accreditate il Molise acquista, inoltre, prestazioni di medicina specialistica per complessivi 14,93 euro/mln (19,64% del finanziamento di 76 euro/mln previsti per il livello di assistenza).

Le azioni e il cronoprogramma di riorganizzazione della rete ospedaliera

Gli interventi da attuare progressivamente entro dicembre 2014 sono i seguenti:

■ Ospedale di Agnone, stabilimento del presidio di Isernia: disattivare le unità operative complesse di chirurgia generale e farmacia ospedaliera; predisporre dotazione di personale, programma di investimenti per eventuali ristrutturazioni e attrezzature per la lungodegenza e la riabilitazione; definire i protocolli per il *day service* e *day surgery* effettuato da *equipe* del presidio di Isernia o Campobasso; mantenere attivo il punto di primo soccorso con autoambulanza medicalizzata del servizio 118;

■ Ospedale di Larino, stabilimento del presidio di Termoli: disattivare le unità operative complesse di chirurgia generale e di medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza, mentre resterà attivo il punto di primo soccorso con autoambulanza medicalizzata del servizio 118; predisporre dotazione di personale, programma di investimenti per eventuali ristrutturazioni e attrezzature per portare a regime le unità operative di lungodegenza e riabilitazione;

■ Ospedale di Venafrò, stabilimento del presidio di Isernia: disattivare le unità operative complesse di ortopedia e traumatologia, laboratorio d'analisi e medicina generale, portare a regime l'unità operativa di riabilitazione e lungodegenza, programmando dotazione di personale, investimenti per eventuali ristrutturazioni e attrezzature; mantenere attivo il punto di primo soccorso con autoambulanza medicalizzata del servizio 118.

Negli ospedali riconvertiti di Agnone, Larino e Venafrò sono, inoltre, disattivati i laboratori di analisi chimico cliniche e microbiologia mantenendo un punto di prelievo per pazienti ambulatoriali; per gli esami diagnostici di chimica-clinica in emergenza è allestito un *Point of care* in ciascuno stabilimento.

Nei tre stabilimenti ospedalieri riconvertiti le sale operatorie esistenti potranno essere mantenute in esercizio per le prestazioni di *Day service* e *Day surgery* secondo i vigenti protocolli anche per i cittadini residenti in altri Comuni, effettuate dalle *équipes* mediche dei presidi ospedalieri di riferimento. Gli spazi recuperati negli stabilimenti ospedalieri saranno messi a disposizione ed allestiti per i servizi distrettuali compatibili con la funzione ospedaliera allo scopo di dismettere eventuali locazioni passive.

■ Ospedale di Campobasso: riorganizzare l'unità operativa complessa di medicina generale ad indirizzo di malattie metaboliche e diabetologia con le funzioni di centro anti diabete; disattivare l'unità operativa di neurofisiopatologia (da riconvertire in unità operativa semplice dell'unità operativa complessa di neurologia); disattivare l'unità operativa di odontostomatologia, fermo restando un presidio con un riunito odontoiatrico per interventi su pazienti non collaboranti effettuati da specialisti ambulatoriali con letti di appoggio in unità operative chirurgiche.

■ Ospedale di Isernia: disattivare le unità operative complesse di oncologia, neurofisiopatologia, oculistica e anatomia patologica; istituire una unità operativa semplice di medicina trasfusionale; riconvertire l'unità operativa di farmacia da unità operativa complessa a unità operativa semplice.

■ Ospedale di Termoli: disattivare l'unità operativa complessa di anatomia patologica; mantenere l'unità operativa di farmacia come unità operativa semplice.

La riorganizzazione della rete ospedaliera ingloba il riordino della rete dei laboratori di analisi chimico cliniche pubblici, che passano dagli attuali sei a tre, negli ospedali di Campobasso, Isernia e Termoli, serviti da una rete capillare di punti di prelievo territoriali. I laboratori sono configurati come laboratori generali di base con settori specializzati (D.P.R. 14 gennaio 1997), individuati dal regolamento di organizzazione dell'azienda sanitaria unica regionale.

Azione 14.1.2: Integrazione tra ASReM (Presidio Ospedaliero "Cardarelli") e Fondazione di Ricerca e Cura "Giovanni Paolo II"

Azione eliminata dal presente Programma Operativo.

Azione 14.1.3: Reti cliniche

Con il riassetto della rete ospedaliera sopra descritto, si determinano le condizioni per realizzare, attraverso il sistema Hub/Spoke, le reti cliniche verticali, aree funzionalmente collegate per la gestione di patologie afferenti a molteplici

Parte

protocolli diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA), che integrano le cure ospedaliere e queste con le cure primarie e le cure specialistiche territoriali.

Nella rete svolgono una funzione di integrazione delle strutture pubbliche i principali ospedali privati regionali, Neuromed e Fondazione Giovanni Paolo II, per le discipline mediche e chirurgiche dell' Area delle neuroscienze, dell'Area della cardiocirurgia e della chirurgia vascolare (compresi i grossi vasi), dell'Area dell'oncologia, con vocazione prevalentemente chirurgica, e con il necessario completamento del percorso di cura oncologico integrato (oncologia medica, oncoematologia e radioterapia), dell'Area della riabilitazione in ambito neurologico, cardiovascolare e oncologico, dell'Area dei servizi diagnostici attinenti alle alte tecnologie. I rapporti con le predette strutture restano regolati dai contratti ex art. 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, mentre restano attribuite agli ospedali pubblici tutte le funzioni di hub.

Sono state già attivate e risultano funzionanti, sebbene informalmente, le reti cliniche associate all'emergenza/urgenza:

- cardiologica;
- trauma maggiore;
- emergenza neonatale;
- insufficienza respiratoria.

Le reti saranno finalizzate in protocolli entro Settembre 2014.

L'obiettivo del programma operativo è inoltre quello di realizzare gradualmente entro dicembre 2015, le reti cliniche orizzontali, per la gestione di PDTA per patologia, che garantiscono l'integrazione tra i diversi servizi necessari a ciascuna fase di evoluzione della malattia.

I risultati attesi dall'implementazione delle reti, fenomeno interistituzionale complesso, che necessita di tempo per generare gli effetti desiderati, sono rappresentati dalla razionalizzazione dei processi di domanda/offerta, con vantaggio sui costi di esercizio e riduzione del fabbisogno finanziario degli investimenti, e dall'aggregazione delle competenze ed esperienze tra i professionisti e le strutture con vantaggio sui livelli qualitativi di servizio.

Piano Sangue

La regione ha approvato il Piano sangue e Plasma 2013-2015 con DCA n.52/2012, sul quale i Ministeri affiancanti, con parere 27 febbraio 2013, n. 58-P, hanno chiesto di:

- semplificare l'organizzazione del coordinamento delle funzioni regionali di governo del sistema e di raccordo con il Centro Nazionale sangue, data la presenza di un'unica azienda sanitaria regionale;
- indicare il programma del piano visite di verifica finalizzate ad assicurare che entro il 31 dicembre 2014 i servizi trasfusionali e le unità di raccolta risultino ispezionati, rispondenti ai requisiti e, quindi, autorizzati e accreditati.

Il Decreto Commissariale di adeguamento del piano alle osservazioni ministeriali sarà emanato entro giugno 2014. Il decreto, quanto alla prima osservazione ministeriale, integrerà nell'Unità operativa complessa di medicina trasfusionale presso l'ospedale di Campobasso, già dal Piano individuata come Centro regionale sangue (CRS) con la responsabilità di interfacciarsi con il Centro nazionale sangue (CNS), anche le funzioni che la normativa nazionale assegna alla Struttura regionale di coordinamento (SRC). Per tali funzioni, presso il CRS opererà un gruppo di lavoro *ad hoc* con la partecipazione dei delegati degli organismi di settore previsti dalla normativa (medicina trasfusionale, servizio farmaceutico, associazioni di volontariato registrate), senza costituire ulteriori strutture/articolazioni organizzative, ma disciplinando con apposito regolamento interno, da emanarsi entro giugno 2014, le procedure operative per l'esercizio delle funzioni.

Quanto alla seconda osservazione ministeriale, il Decreto darà atto che sono stati avviati, in attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, i procedimenti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture, che si articoleranno ulteriormente secondo il seguente calendario:

- entro il 15 maggio 2014 si completerà l'audit di tutte le strutture organizzative ospedaliere e delle unità di raccolta territoriali, finalizzato a verificare il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi prescritti;
- entro giugno 2014 la direzione generale ASReM programmerà l'azione di adeguamento delle strutture ospedaliere e delle unità territoriali ai requisiti che risultassero carenti nel corso dell'audit;
- entro ottobre 2014 la direzione ASReM eseguirà il completo adeguamento ai requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- entro il 31 dicembre 2014 la regione procederà alla formale e conclusiva autorizzazione e accreditamento delle strutture ospedaliere e delle unità territoriali.

Il Programma Operativo prevede che siano ridotte le unità di raccolta extra ospedaliere, salvaguardando nella rete le unità afferenti alle associazioni di volontariato registrate e, per quelle pubbliche, le unità, prevalentemente mobili, nelle sedi dove sono già presenti postazioni del servizio di emergenza urgenza del 118.

Parte

Il decreto commissariale predetto, aggiornerà anche, per chiarezza, i riferimenti normativi del DCA n. 52/2012.

Intervento 14.2: Specialistica ambulatoriale

Dai dati di Tessera Sanitaria e dal saldo della mobilità interregionale si rileva che la spesa lorda a carico del SSR per prestazioni di specialistica ambulatoriale ammonta nel 2013 a 73,824 euro/mln, per un volume complessivo di circa 4,5 milioni di prestazioni, a fronte dei 76,216 euro/mln previsti per il livello di assistenza. La differenza di 2,39 euro/mln è dovuta alla non attivazione del *day service* (DCA 83/2011, non validato dai Ministeri affiancanti con parere prot. 120-P/2012). Le osservazioni ministeriali saranno oggetto di un nuovo decreto commissariale da adottarsi entro Maggio 2014, procedendo contestualmente alla riduzione dei posti letto privati attualmente accreditati per l'esecuzione in regime di ricovero ordinario o diurno delle prestazioni trasferite al nuovo *setting* assistenziale.

Il maggiore finanziamento di specialistica ambulatoriale sarà integralmente coperto da riduzione della spesa per il livello di assistenza ospedaliero. Il *day service* non comporterà incrementi dei budget delle strutture sanitarie accreditate ma soltanto una compensazione tra tetto dell'assistenza ospedaliera e tetto dell'assistenza specialistica ambulatoriale contrattualizzati, già sottoposti alle riduzioni di fabbisogno a norma del decreto legge 95/2012, convertito nella legge 135/2012, che sono state aggiunte alle riduzioni già stabilite con DCA 10/2012 per la diagnostica per immagini, con particolare riferimento a TAC e RM. Per la vigenza dei Programmi operativi si confermano quindi i limiti di budget per le strutture private accreditate approvati con il DCA n. 34/2013.

La Regione, infine, attraverso l'emanazione di un apposito decreto commissariale, intende attivare la tipologia assistenziale del *day service* entro Maggio 2014.

Intervento 14.3: La rete territoriale

Gli indirizzi generali per determinare l'ambito demografico e l'organizzazione dei distretti, di competenza dell'Azienda Sanitaria Regionale (art. 3-quater del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni) sono state emanate con il DCA n. 7/2013, recante direttiva per la redazione dell'Atto aziendale dell'ASReM (titolo 15 "Principali strutture aziendali, capitolo A. I distretti"), cui si rinvia, evidenziando, tuttavia, che la rete territoriale deve essere strutturata ed organizzata funzionalmente a garanzia di prestazioni che assicurino il governo clinico della domanda e dei servizi alla persona (soprattutto in condizioni di fragilità), nel rispetto di criteri di efficienza ed efficacia.

Coerentemente con le linee di indirizzo alla predisposizione dei Programmi Operativi 2013-2015 redatte dai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, la Regione, nella riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, intende porre particolare attenzione alle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori, etc.) ed all'implementazione dell'assistenza domiciliare.

Azione 14.3.1: I distretti

Azione preliminare è l'individuazione, entro giugno 2014, di quattro distretti invece degli attuali sette, in modo da ridurre i costi generali di amministrazione ed aumentare i livelli di produttività delle risorse impiegate.

I quattro distretti, con una dimensione demografica media di 78.286 abitanti, assumeranno più efficientemente la funzione fondamentale di governo della domanda, oltre che di erogazione delle prestazioni diverse da quelle ospedaliere, attraverso il Piano Attuativo Territoriale (PAT) dell'ASReM che ricomponi i diversi interventi nell'ambito di una visione unitaria delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria realizza la partecipazione dei medici e pediatri di famiglia e dei Comuni alla programmazione degli obiettivi ed alla verifica e valutazione dei risultati.

L'innovazione funzionale del distretto consiste nel sistema di presa in carico della persona per l'assistenza sanitaria e per l'assistenza socio sanitaria, sulla base di principi fondanti della *primary health care*, allo scopo di:

- favorire la medicina di iniziativa,
- operare l'equilibrio tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale,
- attuare e consolidare l'integrazione socio sanitaria.

Ad oggi risulta, comunque, già operante, in ogni distretto, una Porta Unica di Accesso (PUA) e sono attive le UVM per la valutazione multidimensionale e multiprofessionale degli assistiti da arruolare in percorsi di presa in carico domiciliare o residenziale. Lo strumento di valutazione utilizzato è la SVAMA ed è in corso di perfezionamento l'utilizzo della SVAMDI, per la valutazione dei livelli di disabilità ed il corretto arruolamento nel percorso riabilitativo più appropriato.

Il percorso ospedale-territorio è disciplinato da apposito regolamento, avente ad oggetto la dimissione dei pazienti dagli ospedali e la necessaria continuità assistenziale. Entro il 31 dicembre 2014 la Regione, partendo da tale regolamento, implementerà percorsi di integrazione e continuità, che avranno quali criteri di determinazione la patologia, l'età, le caratteristiche assistenziali, etc. e consegnerà il superamento degli attuali punti critici, pervenendo in primis alla definizione di best practices per la gestione delle unità operative territoriali (sanitarie e socio-assistenziali) e ospedaliere secondo i principi della condivisione e del coordinamento.

La Regione Molise, dopo aver individuato le aree geografiche di competenza dei nuovi distretti, intende avviare e conseguentemente portare a termine entro e non oltre Dicembre 2014 la riorganizzazione delle relative unità operative. Questo procedimento porterà alla razionalizzazione delle attuali risorse demandate ai distretti sia dal punto di vista del personale coinvolto sia ovviamente in relazione ai fattori produttivi utilizzati. Si stima, tuttavia, che i risultati attesi in termini di economie derivanti dalla razionalizzazione e riordino possano dare i propri effetti a partire dall'esercizio 2015. Al fine di rendere maggiormente prudentiale il CE programmatico si è scelto di non contabilizzare la valorizzazione dei risparmi attesi considerato che, oltre alle già esposte revisioni organizzative, il riordino dei distretti dovrà tenere conto delle altre azioni di riassetto della rete territoriale e della riconversione degli stabilimenti ospedalieri.

Azione 14.3.2: I Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)

Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) è il perno della riorganizzazione organica ed integrata dei servizi territoriali che – assumendo il principio della centralità del paziente nell'organizzazione delle reti di erogazione delle prestazioni – opera come porta d'ingresso del cittadino utente ai servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, all'assistenza domiciliare, all'assistenza preventiva e consultoriale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa, all'assistenza sanitaria e riabilitativa in regime residenziale o semi residenziale.

Il PTA potrà integrare fisicamente in un'unica sede i servizi o collegare funzionalmente in rete i punti di offerta, attraverso la Porta Unica di Accesso (PUA) ai servizi territoriali.

Tenuto conto delle strutture disponibili e dell'accessibilità alle strutture in un territorio, quale quello molisano, per le caratteristiche orogeografiche e di distribuzione della popolazione prevalentemente in comunità residenziali di piccole dimensioni demografiche, nei quali l'organizzazione in PTA dell'assistenza primaria appare problematica, si prevede di realizzare PTA a Campobasso, Isernia, Termoli e, negli spazi liberati dalla riconversione degli ospedali, ad Agnone, Larino e Venafro. Ad essi si aggiunge il PTA/Casa della salute di Riccia, per la quale gli interventi edilizi sono in avanzato stato di realizzazione.

L'insieme integrato dei servizi territoriali potenzialmente offerti nel PTA, in unica struttura o in collegamento funzionale, per 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e per 6 ore il sabato o nei giorni prefestivi, è il seguente:

- Punto Unico di Accesso alle cure, connesso con Centro Unico di Prenotazione (CUP);
- assistenza sanitaria di base (MMG, PLS) e cure domiciliari;
- assistenza specialistica e diagnostica, attraverso la presenza di team multidisciplinari e multi professionali operanti in ambulatori organizzati per patologia (scompenso, diabete, etc), chirurgia ambulatoriale di emergenza;
- prevenzione: vaccinazioni, screening, altri servizi essenziali;
- SERT, salute mentale (proiezioni Dipartimento di Salute Mentale) e altri servizi territoriali previsti nei LEA distrettuali;
- punto di primo intervento e continuità assistenziale h.24;
- punto di prelievo per esami di laboratorio e consegna referti;
- servizi socio-assistenziali per minori, famiglie e target fragili.

Allo stato attuale sono allo studio i possibili interventi strutturali che dovranno essere messi in atto al fine di riconvertire le strutture ospedaliere di Larino, Agnone e Venafro in sedi di PTA. Conseguentemente alla conclusione di tale procedura la Regione intende presentare ai Ministeri competenti un piano attuativo che descriva i tempi e le modalità dei lavori di riconversione. Tale documentazione sarà inviata entro Luglio 2014.

Si stima, tuttavia, che la sede PTA/Casa della Salute di Riccia possa essere attivata entro il 2014 visto l'avanzato stato dei lavori di ristrutturazione. Per le altre 3 strutture (ex stabilimenti ospedalieri) si stima l'attivazione entro e non oltre il 2015.

Azione 14.3.3: Le Associazioni Funzionali territoriali

A supporto dell'assistenza primaria, dove non sarà possibile istituire PTA, attraverso la modalità di Associazione Funzionale Territoriale (AFT) e, in misura residuale, per mezzo di medici *single-handed*, il distretto garantirà:

- servizi specialistici organizzati in poliambulatori distrettuali;
- agende di prenotazione dedicate per le prestazioni specialistiche necessarie a pazienti in assistenza domiciliare;
- team di infermieri e terapisti della riabilitazione per l'assistenza domiciliare del paziente;
- servizi di assistenza sociale messi a disposizione dai Comuni.

L'attivazione delle AFT deve necessariamente essere collegata alla più ampia azione di riordino dei Distretti e dell'assistenza primaria (si veda Azione 14.5.1: Riorganizzazione dei distretti e dell'assistenza primaria) prevista per la fine del 2014. Si deve tenere, inoltre, in considerazione la contestuale attivazione e messa a regime delle altre azioni dell'Intervento 14.3: La rete territoriale.

In particolare, l'AFT, una volta a regime, permetterà una nuova modalità di erogazione delle prestazioni di base, pur mantenendo il rapporto di fiducia fra medico e paziente, oggi in carico ad una singola persona: in particolare la nuova organizzazione, anche attraverso la realizzazione di reti informatiche comuni, permetterà ai medici non solo di avvalersi del supporto dei loro colleghi nell'erogazione dell'assistenza, ma anche di approfondire competenze divenute importanti per il medico di medicina generale: dalle ecografie alle cure palliative fino alla medicina di iniziativa. La figura della ex Guardia Medica si integrerà completamente con i medici di famiglia: ogni AFT avrà i propri medici che garantiranno la continuità dell'assistenza e ciascuno di loro arriverà a conoscere gli assistiti grazie proprio all'utilizzo di sistemi informatici condivisi. Le aggregazioni funzionali territoriali avranno un bacino di utenza di riferimento di circa 15.000 abitanti. Presso le sedi delle aggregazioni saranno in particolare assicurate: attività assistenziali ambulatoriali dedicate ai pazienti cronici/fragili/a rischio; attività rientranti nella medicina di iniziativa ed in particolare: promozione della salute e prevenzione primaria; attività ambulatoriali, anche al fine di ridurre l'uso improprio del pronto soccorso. A supporto del medico sarà presente personale

infermieristico e di segreteria. Ciascun medico di medicina generale potrà continuare ad assicurare la propria attività anche in altri ambulatori. Entro 3 mesi sarà individuata la mappatura delle aggregazioni funzionali territoriali sul territorio regionale, mentre - nella fase iniziale - sarà attivata una aggregazione in ciascun distretto sanitario. L'attivazione dei PTA e delle AFT seguirà necessariamente i tempi della rinegoziazione dell'accordo integrativo regionale con i medici di famiglia ed, eventualmente, quelli dell'approvazione del nuovo accordo nazionale, la cui contrattazione è già stata attivata da SISAC.

Azione 14.3.4: La Porta Unica di Accesso

La Porta Unica di Accesso (PUA) costituisce il primo anello del percorso di presa in carico della persona, (segnalazione del problema, prima risposta dell'operatore, valutazione multidimensionale e piano personalizzato di assistenza). La PUA, in costante contatto con la centrale operativa di continuità assistenziale e con gli altri nodi tecnologici delle tre reti, si coordina con la rete dei servizi territoriali ed ospedalieri ed emergenza svolgendo le seguenti principali funzioni:

Figura 3: Attività prevista per la Porta Unica di Accesso

È prevista l'attivazione di una PUA in ciascuno dei nuovi distretti sanitari, la cui sede sarà localizzata all'interno dei PTA di prossima attivazione. Si stima, quindi, che tale processo di attivazione e messa a regime possa concludersi contestualmente all'attivazione dei PTA. Per le scadenze si rimanda, quindi, all'Azione 14.3.2: I Presidi Territoriali di Assistenza (PTA).

Azione 14.3.5: L'assistenza domiciliare

Attualmente il servizio copre circa 2.750 assistiti. Il programma prevede di portare a regime la copertura assistenziale per allineare la Regione all'obiettivo S.6 del Quadro strategico nazionale 2007-2013 (QSN) e per la necessaria correlazione con i processi di deospedalizzazione.

L'obiettivo tendenziale per l'assistenza domiciliare (AD) è stimato al 5% della popolazione con più di 65 anni, da conseguirsi gradualmente come dettagliato nel seguente programma annuale (Tabella 26).

Le prestazioni assistenziali, tenuto conto della struttura demografica della popolazione e del quadro epidemiologico di riferimento, saranno articolate secondo le seguenti tipologie assistenziali:

Azione 14.3.6: L'assistenza residenziale e semiresidenziale

Complementare all'assistenza domiciliare è l'assistenza residenziale e semiresidenziale. La dotazione attuale regionale di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) è di 20 posti nella struttura privata accreditata "S. Nicola srl" di Castel del Giudice, nel distretto di Isernia, e di ulteriori 20 posti nella struttura pubblica di Larino, nel distretto di Termoli. In riferimento a quest'ultima sono stati da poco consegnati i lavori per l'ampliamento a 40 PL, ottenuto attraverso la riconversione di una parte dell'ospedale.

Tenuto conto dei destinatari, saranno attivate RSA secondo la seguente tipologia residenziale:

Entro il 31 dicembre 2015 si prevede di attivare moduli di RSA pubblici a Venafro e Agnone, per complessivi 80 posti letto previa ristrutturazione degli ambienti resi disponibili dalla riconversione dei due ospedali e sarà completata la RSA di Colletorto (60 PL). Ogni RSA sarà realizzata con nuclei dedicati alle varie tipologie di assistenza e saranno stabilite le quote di concorso alla retta a carico dell'utente o dell'assistenza sociale.

Entro il 31 dicembre 2015 si prevede di accreditare RSA private, in strutture già autorizzate, per ulteriori 70 posti, con priorità per le strutture private residenziali per disabili di cui al DCA 104/2011, concernente il Piano di riabilitazione, che sarà adeguato alle osservazioni ministeriali entro giugno 2014.

Alla data del 31 dicembre 2015 risulterà pertanto garantita la copertura dell'86% del fabbisogno complessivo stimato di RSA (270 posti letto su 314). Tale valore appare soddisfacente per il periodo di vigenza del programma operativo, in

relazione alla cultura e alle condizioni sociali della Regione in cui il welfare familiare continua ad assolvere un fondamentale ruolo sussidiario dell'assistenza pubblica.

Per le ristrutturazioni e l'allestimento residenziale si attingerà ai finanziamenti disponibili ex art.1, comma 34 e 34 bis della legge 662/1996; al fabbisogno di personale si provvederà con la ricollocazione del personale risultante in esubero dalla riconversione degli ospedali.

Le residenze protette (RP) in convenzione con la regione sono attualmente quattro per complessivi 167 posti letto. In relazione alle osservazioni formulate dai Ministeri vigilanti (parere 17 maggio 2013 n. 126-P) sul DCA n. 83/2012, con cui è stata prorogata la convenzione con tali strutture con nota del Direttore Generale della Salute n.27649/2014 del 16.04.2014 è stato comunicato, ai sensi della Legge 07.08.1990, n.241, l'avvio del procedimento amministrativo finalizzato all'annullamento dell'anzidetto Decreto Commissariale, con particolare riferimento al connesso concorso del SSR alle rette di mantenimento. Allo stato, infatti, gli assistiti non sono avviati attraverso la dovuta valutazione sanitaria multidimensionale, e le strutture stesse non sono munite di accreditamento socio sanitario. È, inoltre, necessaria la verifica dei requisiti di autorizzazione delle strutture *de quibus* per l'assistenza socio assistenziale.

Entro il 31 maggio 2014 l'Unità di valutazione competente riesaminerà i pazienti e disporrà che sia mantenuto il concorso del SSR alla spesa per la retta, in strutture socio-sanitarie accreditate, soltanto per i pazienti che presentino un effettivo bisogno sanitario a rilevanza sociale. Il concorso del FSR alla spesa per la retta deve, infatti, essere giustificato da costi cessanti di assistenza diretta a carico dell'ASReM.

Si stima che il fabbisogno di RP non supererà nel periodo di vigenza dei programmi operativi il numero attuale di 167 posti, pari al 66,53% del fabbisogno teorico: valore che si ritiene sufficiente per le considerazioni sul ruolo del tradizionale welfare familiare di cui si è già detto per le RSA.

Esclusi i centri diurni di salute mentale (trattati nei successivi paragrafi) oggi è funzionante un centro diurno Alzheimer, con sede in Campobasso, nel quale si procede alla valutazione multidimensionale del Piano personalizzato per circa 10 pazienti. Un secondo Centro Alzheimer sarà attivato nella Casa della salute di Riccia, in via di ultimazione ed a regime entro dicembre 2014.

Per colmare il fabbisogno stimato, tenuto conto del Criterio n. 6 del decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989, saranno istituiti entro dicembre 2015 Centri diurni di servizi socio-sanitari in spazi dedicati delle RSA di Agnone, Larino e Venafrò e altre strutture pubbliche che saranno individuate sul territorio a seconda della concentrazione geografica degli assistiti, in modo da garantire una distribuzione regionale di Centri facilmente accessibili dagli utenti.

La Regione intende attivare i centri diurni e contestualmente potenziare l'assistenza entro Giugno 2015. A tale scopo sarà emanato un apposito decreto commissariale indicante le strutture pubbliche, oltre alle già citate sedi di RSA di Larino, Agnone e Venafrò, che saranno sedi di Centri Diurni entro Settembre 2014. Al decreto commissariale sarà, inoltre, allegato un documento di analisi dei bacini di utenza che i centri andranno a soddisfare e di eventuali tempistiche e costi relativi alla messa in opera a seguito di eventuali lavori di adattamento delle strutture alle nuove funzioni.

Con riguardo al personale sanitario e non sanitario necessario all'attivazione e al successivo funzionamento delle sedi di assistenza residenziale e semiresidenziale s'intende attingere al personale che sarà in esubero dalla riconversione degli stabilimenti ospedalieri di Larino, Agnone e Venafrò e più in generale dal riordino delle Unità Operative Ospedaliere e Distrettuali.

Con il suddetto documento si procederà:

- a specificare l'organizzazione del livello intensivo in ambito ospedaliero, attraverso una più approfondita valutazione del fabbisogno rispetto ai DCA 20 e 70 del 2011;
- a delineare le tipologie di RSA per livelli di assistenza, in modo da evitare trattamenti assistenziali di lunga durata o permanenti;
- a programmare, attraverso la riconversione delle attuali strutture residenziali psichiatriche ad alta intensità di cura, l'istituzione di un Centro per le problematiche neuropsichiatriche in adolescenza;
- a stabilire i criteri generali di intervento per l'integrazione socio sanitaria.

Azione 14.3.7: Il Piano di riabilitazione extra ospedaliero

Entro il 30 giugno 2014 sarà emanato il decreto commissariale di puntuale allineamento del Piano della riabilitazione alle osservazioni del parere ministeriale 13 marzo 2013, n. 29-P, procedendo, altresì a disporre:

- l'adeguamento del Piano regionale al Piano nazionale 2011;
- la puntualizzazione dei criteri generali di accesso e delle procedure di presa in carico per livello di complessità dei casi;
- la rivalutazione dei pazienti (scheda SVAMDI) al fine di meglio determinare il fabbisogno e l'appropriata destinazione in struttura qualificata;

Parte

- il cronoprogramma con i tempi di realizzazione degli obiettivi di riqualificazione della rete assistenziale e gli indicatori per verificarne l'attuazione;
- la chiara determinazione delle caratteristiche delle singole tipologie delle strutture per intensità assistenziale, prestazioni da erogare, figure professionali, tempi di assistenza, altri requisiti generali e specifici di organizzazione;
- il superamento delle incongruenze tra le "Linee guida regionali per la riabilitazione nella Regione Molise" approvate con DCA n.100/2011 e il DCA n. 104/2011.

L'attuale produzione regionale, riconosciuta nei tetti, risulta dalla seguente Tabella 29:

L'offerta, interamente affidata a operatori privati accreditati, si è sviluppata nel tempo attraverso percorsi non programmati. Lo sviluppo della rete riabilitativa extra ospedaliera con l'implementazione di figure professionali atte a garantire la corretta presa in carico permetterà di superare le attuali criticità evidenziate nei rilievi dei Tavoli Tecnici, prevedendo in ogni distretto un organismo (UVM) dedicato alla valutazione preventiva per l'accesso alle strutture di riabilitazione con predisposizioni di apposito PRI (Programma Riabilitativo Individuale).

La Regione Molise è totalmente dipendente dalle regioni confinanti per gli internati gravi e coma prolungato.

Il quadro sinteticamente descritto apre una prospettiva programmatica orientata al recupero di almeno una parte cospicua dei costi di mobilità passiva e alla stipulazione di accordi di confine per la domanda residua non erogabile in strutture regionali, completando il percorso di controllo della spesa già avviato con il DCA n.16/2013 che ha fissato un tetto per le prestazioni in mobilità extra regionale, governate da preventive autorizzazioni alle prese in carico.

Le azioni di riequilibrio di domanda e offerta devono pertanto concernere:

- l'offerta regionale per livelli di complessità assistenziale;
 - l'offerta regionale per ambiti territoriali;
 - l'attivazione di centri diurni per le disabilità dell'età evolutiva;
 - la costruzione di una offerta in rete che consideri i diversi e differenziati livelli di specificità assistenziale e di integrazione tra livello ospedaliero, per la fase intensiva acuta e post acuta, e livello extra ospedaliero per le fasi successive a ciclo diurno e/o continuativo in ambiente ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale.
- All'atto della redazione del piano della riabilitazione sarà valutata l'opportunità di eventuale rimodulazione, ad invarianza del numero totale di posti letto, dell'offerta pubblica e privata.

Intervento 14.4: Le cure intermedie

Azione 14.4.1: Hospice, terapia del dolore e rete delle cure palliative

È operativo l'*hospice* di Larino (16 pl) che sarà integrato entro il 30 settembre 2014 con un modulo (4 pl) dedicato alla terapia del dolore pediatrico, strutturato in modo da garantire l'assistenza familiare del minore e la fruibilità i servizi socio-educativi.

Entro la data del 30 dicembre 2015 sarà completata la rete delle cure palliative e la rete di terapia del dolore, in ospedale e nel territorio, secondo le disposizioni della legge 38/2010 e dell'Intesa Stato Regioni e Province Autonome 25 luglio 2012, n. 152/CSR, con l'impiego delle risorse ex art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 662/1996. Nelle reti si integrano tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia e riabilitazione di patologie dolorose specifiche.

Al fine di garantire il servizio in ambito ospedaliero e territoriale, in regime diurno, residenziale e domiciliare, si potranno in essere le seguenti azioni:

- l'ASReM, entro giugno 2014, costituirà in un presidio ospedaliero il Centro/Hub per il coordinamento regionale della Rete di Terapia del Dolore (RTD) e della Rete di Cure Palliative, non solo in ambito ospedaliero ma anche territoriale, in regime diurno, ambulatoriale, residenziale e domiciliare;
- le cure palliative residenziali e domiciliari sono assicurate in ambito sovradistrettuale dalla Unità Operativa Cure Palliative;
- al Centro HUB ospedaliero fanno capo i programmi di valutazione, almeno semestrale, delle prestazioni (audit interno) e il sistema informativo regionale;
- le strutture territoriali delle due reti sono costituite nelle sedi del PTA, dell'*hospice* e degli ambulatori ospedalieri;
- il Centro svolgerà il monitoraggio regionale delle attività di assistenza, formazione degli operatori e informazione ai cittadini;
- le strutture di assistenza si avvarranno di una équipe multidisciplinare medica, infermieristica e psicologica con specifica competenza ed esperienza;

■ l'ASReM programma ed esegue, sulla base delle esigenze espresse dal Centro di coordinamento, la formazione di base permanente degli operatori delle reti e la formazione specifica su singoli casi, oltre che la formazione per le associazioni di volontariato e dei familiari dei pazienti.

Azione 14.4.2: L'ospedale di comunità

I Programmi operativi riprendono le previsioni, ad oggi non attuate, del Piano di rientro (deliberazione Giunta regionale 30 marzo 2007, n. 362, in BUR n.10 del 30 aprile 2007, pag. 63 e 76).

L'ospedale di comunità è l'unità di degenza territoriale per una degenza limitata nel tempo, a direzione infermieristica per cure alternative all'assistenza domiciliare quando le condizioni sociali e personali del paziente lo rendano necessario (cfr. direttiva per l'atto aziendale, DCA n. 7/2013). Insieme agli ambulatori infermieristici del distretto, rappresenta uno sviluppo strategico del sistema di cure territoriali, dove sarà erogata medicina di iniziativa per target specifici di cittadini.

Avrà una dotazione di 6-10 posti letto, con sede negli attuali stabilimenti di Agnone, Larino e Venafrò, nei quali, a differenza che nella RSA, possano trovare risposta i bisogni dei pazienti con patologie mediche acute, post acute, in via di stabilizzazione, croniche in fase di riacutizzazione, di lunga assistenza con recupero funzionale, che non necessitano di particolari supporti tecnologici tipicamente ospedalieri né di controllo medico continuo, assicurato dai medici di famiglia, supportati dai medici specialisti e dagli altri servizi della rete territoriale.

I pazienti eleggibili al ricovero in ospedale di comunità sono, infatti:

■ prevalentemente anziani, clinicamente dimissibili da ospedali per acuti o da unità operative di riabilitazione ospedaliera, ma non in condizione di essere adeguatamente assistiti nel proprio domicilio;

■ fragili o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di una instabilità clinica.

L'ospedale di comunità è collegato ad un PTA per poter fruire del supporto dei medici specialisti del poliambulatorio (con lista di attesa dedicata), del personale infermieristico e di riabilitazione presente nel PTA.

La Regione, previa intesa con i MMG e conclusione della riorganizzazione dei 3 stabilimenti ospedalieri oggetto di riconversione, provvederà all'attivazione degli ospedali di comunità entro Dicembre 2014.

Intervento 14.5: Riorganizzazione altri servizi di assistenza territoriale

Assistenza socio-sanitaria

L'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie è fattore strategico per l'effettiva ed organica valenza dell'assistenza territoriale extra ospedaliera.

Lo strumento operativo capace di realizzare quest'obiettivo è rappresentato dalla delega da parte dei Comuni all'Azienda sanitaria regionale per la gestione dei servizi sociali d'interesse sanitario e delle risorse a ciò finalizzate (c.3, art. 3, d. lgs. 502/1992), al fine di ottimizzarne l'utilizzo e garantire l'uniformità di trattamento in tutto il territorio regionale.

Ciò implica uno stretto coordinamento funzionale dei programmi dei Piani di zona per l'assistenza sociale con i Programmi Operativi sanitari attinenti all'assistenza territoriale che sarà realizzato attraverso direttive regionali ad hoc agli enti locali per l'attuazione dell'art. 3 "Finanziamento dei servizi socio-assistenziali delegati dagli enti locali" della legge regionale 22 febbraio 2010, n. 8.

Azione 14.5.1: Riorganizzazione dei distretti e dell'assistenza primaria

La Regione intende porre particolare attenzione alla comunicazione istituzionale relativamente agli effettivi obiettivi della riconversione degli ospedali minori, che di fatto già svolgono prevalentemente attività tipiche dell'assistenza territoriale. Ci si propone, dunque, di superare le asimmetrie informative che portano a considerare l'ospedale come sede unica dei servizi sanitari e che, fino ad oggi, hanno determinato forti resistenze verso un cambiamento che, di contro, risulta necessario, non per fini di mero economicismo, ma per accrescere la qualità del servizio.

Occorre conquistare l'adesione dei cittadini ai processi di cambiamento, chiarendo che si procede per costruire qualità. Quest'ultima è da intendersi quale elemento centrale ed intrinseco del servizio, non accessorio e casuale, rappresentando la capacità stessa del SSR di dare ai cittadini ciò che è necessario a soddisfare il bisogno delle persone e della collettività nel momento giusto (le liste d'attesa negano questo principio) e sempre nella modalità clinica e organizzativa appropriata (fare in ospedale ciò che si può fare in ambulatorio o a domicilio spreca risorse ed espone il paziente a rischi evitabili e a inutile disagio personale o familiare).

Qualità è, dunque, la ricerca di condizioni di gestione che permettano una perfetta aderenza tra esigenze dell'utente e servizio fornito per garantire l'erogazione effettiva dei LEA, senza spreco di risorse e senza rischi evitabili, concetti con essa inconciliabili.

L'assistenza sanitaria territoriale diviene, pertanto, la priorità per riallineare il SSR ai moderni standard di qualità dettati dall'innovazione scientifica e tecnologica e dalla crescente prevalenza delle patologie che richiedono procedure di lunga assistenza in ambienti e assetti diversi dalle patologie acute trattate in ambiente ospedaliero.

Una priorità che ha valenza tecnico-funzionale e psicologica: assicurare i cittadini circa la disponibilità di ogni servizio essenziale, anche rinunciando al piccolo ospedale “sotto casa”.

L’ASReM procederà a riorganizzare i distretti, secondo quanto indicato nei precedenti paragrafi, entro giugno 2014.

La Regione rinegozierà il contratto integrativo con i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale possibilmente entro giugno 2014, per stipulare le intese necessarie ad istituire i PTA, a ridefinire le AFT, a negoziare il budget per gli obiettivi di assistenza domiciliare, di riduzione dei tassi di ospedalizzazione e di contenimento dei costi di assistenza specialistica e farmaceutica. Tale processo di contrattazione regionale è necessariamente connesso alla contrattazione a livello nazionale attualmente in via di aggiornamento.

Per l’attivazione dei PTA occorrerà superare la criticità dell’ancora limitata esperienza nella regione di esercitare la medicina di famiglia in équipe e, comunque, attraverso una reale attività professionale in team dei medici di medicina generale. È altresì necessario riallineare i costi del livello di assistenza (MMG, continuità assistenziale e PLS) al valore del FSR (7% = 39.987 euro mln) mentre attualmente è rilevato a conto economico e accantonamenti 4° trimestre 2013 un costo di 41.201 euro mln (+1,631 euro mln; + 4% circa della previsione FSR).

L’eccedenza di costo, oggetto del rientro, è da attribuirsi in maniera preponderante all’esubero di postazioni di continuità assistenziale (vedi Piano di rientro, BUR n.10/2007, pag. 117), che saranno ridimensionate e meglio integrate con il servizio di emergenza urgenza 118.

Azione 14.5.2: Servizio di emergenza territoriale - 118

In riferimento all’organizzazione della rete di emergenza ospedaliera, che costituisce la base della organizzazione degli ospedali in HUB e Spoke, e l’integrazione dei presidi di continuità assistenziale, si prevede che il presidio dell’emergenza territoriale 118 si avvalga, per le condizioni di prevalenza di territorio montano, la presenza di popolazione sparsa residente in comunità di piccola entità, le condizioni climatiche, lo stato della viabilità, di 16 postazioni (+30% rispetto allo standard nazionale di 12) con personale medico ed infermieristico. Le 16 postazioni sono operative h. 24, coordinate dalla Centrale operativa regionale che gestisce le chiamate per criticità.

Il fabbisogno di personale andrà portato a regime come azione prioritaria (salvare la vita delle persone) attraverso la ricollocazione del personale liberato dalla riorganizzazione ospedaliera e, se necessario, con l’ausilio di organizzazioni di volontariato, a norma degli articoli 45, 70 e 71 della legge 833/1978, per dare stabilità alla funzione.

Al servizio di Emergenza Urgenza si ricollegano gli interventi precedentemente esposti nell’Azione 14.1.3: Reti cliniche.

Azione 14.5.3: Dipartimenti funzionalmente collegati al distretto

Sono funzionalmente collegati al distretto i servizi facenti capo al **Dipartimento di prevenzione (DP)** e al **Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM)** per l’assistenza sanitaria collettiva. La struttura operativa dei due dipartimenti è rappresentata nella Tabella 31 e nella Tabella 32.

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Adeguerà la sua organizzazione e l’offerta sanitaria e socio sanitaria al Piano nazionale di azioni per la salute mentale approvato con gli Accordi della Conferenza Unificata Stato Regioni Province autonome Comuni e Comunità montane 24 gennaio 2013 n. 4/CU e 17 ottobre 2013 n. 116/CU.

Nella regione Molise è necessaria una riqualificazione differenziata per livelli di intensità assistenziale delle 14 strutture residenziali psichiatriche per complessivi 140 posti indifferenziati di alta intensità assistenziale ed una a media intensità con 4 posti, distribuite in maniera disomogenea rispetto ai bacini di utenza. Attualmente la dotazione è di 4,60 posti per 10.000 abitanti, a fronte del fabbisogno epidemiologico di 4-4,5 posti per tutte le tipologie di prestazioni (alta intensità a totale carico del SSR; media e bassa intensità con partecipazione al costo dell’utente o dei servizi sociali).

Tenuto conto dei documenti di programmazione nazionale innanzi citati e dei requisiti di accreditamento vigenti, che distinguono le strutture residenziali psichiatriche nelle seguenti tipologie:

- SRP.1) per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo;
 - SRP.2) per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo;
 - SRP.3) trattamenti socio-riabilitativi con personale presente h.24 (SRP.3.1), h.12 (SRP.3.2), in determinate fasce orarie (SRP.3.3); la riconversione programmata entro dicembre 2015, è quella risultante dalla seguente
- Il fabbisogno sarà quindi riallineato alla media nazionale. Seguirà il riallineamento dei costi, attualmente di 6,027 euro/mln, con tariffe per l’alta intensità ferme al 2007.

Con riguardo alle tariffe si prevede una diminuzione delle stesse applicate alle prestazioni offerte nelle strutture della tipologia SRP 2, SRP 3.1 e SRP 3.3. Si prevede, inoltre, che tale riallineamento tariffario connesso al riassetto dell’attuale offerta regionale abbia termine a Dicembre 2015.

Parte

Sono parte integrante della proposta le seguenti ulteriori azioni:

- la rideterminazione delle tariffe, che dovrà prevedere un aumento per le strutture a carattere intensivo ed estensivo, in funzione anche del miglioramento del livello di assistenza e della conseguente riduzione del fabbisogno ospedaliero, ma una riduzione per le altre e il concorso alla spesa dei fondi per l'integrazione socio sanitaria per le strutture SRP.3.3, come previsto dai LEA;
- la rideterminazione dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici per la diversificata tipologia delle strutture;
- la realizzazione, sulla base di quanto previsto dall'Atto di Accordo della Conferenza Stato-Regione, di 1 Struttura per disabili intellettivi attraverso la riconversione di una CRP di Campobasso che, in base al DPCM, dovrà essere gestita dal distretto, e di una CRP per soggetti con dipendenza soprattutto alcolica e/o con doppia diagnosi su Isernia, sempre su base distrettuale;
- la realizzazione, sulla base degli stessi principi, di un Centro per la cura dei disturbi alimentari ed un Centro per le problematiche neuropsichiatriche in adolescenza.

Per quanto concerne le strutture semiresidenziali (centri diurni), si mantengono quelli esistenti (Campobasso e Termoli) e se ne prevede la realizzazione di uno ad Isernia (Dicembre 2015). Ogni Centro disporrà di 20 posti, in linea con gli attuali requisiti di accreditamento.

Si stima che la manovra di riqualificazione assistenziale e tariffaria sopra delineata possa garantire un risparmio dell'8,5% della spesa attuale (6,027 euro/mln), pari a 0,5 euro/mln a regime. Tuttavia, per fini prudenziali, non si è proceduto ad inserire tale ipotesi di risparmio all'interno del CE programmatico relativo agli esercizi 2014 e 2015.

La Regione procede, entro il 30 settembre 2014, ad approvare i nuovi criteri di accreditamento, tenuto conto dei:

- requisiti concernenti prestazioni e servizi;
- requisiti concernenti le competenze professionali, compresi i programmi formativi e di aggiornamento professionale e di inserimento e addestramento professionale;
- requisiti concernenti la comunicazione e le relazioni tra professionisti e con i pazienti, per favorirne il coinvolgimento nelle scelte cliniche e assistenziali;
- requisiti concernenti il monitoraggio e la valutazione dell'appropriatezza clinica e la sicurezza, attraverso la gestione sistematica del rischio clinico e degli eventi avversi.

Il mantenimento dei requisiti di accreditamento sarà oggetto di verifica periodica da parte della Regione e i risultati di salute saranno monitorati e valutati, sia per le strutture residenziali o semiresidenziali, sia per le altre attività del dipartimento, con l'implementazione del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) e l'adozione di un set specifico di indicatori. Il set degli indicatori sarà approvato ed applicato entro settembre 2014.

Resta ferma l'attuale organizzazione dei SERT e dei consultori, sebbene per questi ultimi sarà valutata la possibilità di una riduzione delle sedi e dell'integrazione delle *équipes* sulla base di indicatori di reale utilizzazione.

Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione coordina e promuove azioni di prevenzione, svolgendo un ruolo di riferimento e di stimolo per comportamenti, individuali e collettivi, finalizzati ad una migliore tutela della qualità del vivere di tutti.

Il mandato della Struttura Operativa è, dunque, ampio:

- tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, applicando strategie di prevenzione delle malattie, con funzioni di governo e tecnico – professionali e connesse competenze;
- ruolo specifico nello scenario della promozione della salute, mediante la prevenzione primaria, della diagnosi precoce, dell'igiene e assistenza sanitaria; monitora gli indicatori di salute, individuati nell'ambito territoriale aziendale, confrontandoli tra diverse situazioni demografiche, geografiche, territoriali, sociali. Nell'ampio contesto di indicatori di salute, contribuisce alla delineazione dello scenario attuale e alla sua prevenzione nel futuro, soprattutto rispetto alle tematiche emergenti in campo socio – sanitario;
- incremento della domanda percepita di salute (ruolo del cittadino di soggetto attivo determinante della propria salute):
 - rivalutazione della funzione protettiva, che da condizioni burocratiche tradizionali va rinnovata e resa idonea a proteggere la collettività dai nuovi rischi (pandemie, bioterrorismo, inquinamento ambientale);
 - epidemie del c.d. benessere materiale;
 - lotta agli squilibri territoriali sull'offerta per la salute, visto che il guadagno di salute lambisce anche le classi economiche più disagiate, ma il differenziale con le classi benestanti aumenta sempre più;
 - garanzia dei livelli essenziali di prevenzione e assistenza per i gruppi sociali a rischio di esclusione, quali anziani, immigranti etc.;
- sanità animale ed igiene degli alimenti di origine animale.

Parte

Gli obiettivi da consolidare sono, dunque, la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e delle disabilità e il miglioramento della qualità della vita, mediante:

- l'individuazione dei fattori di rischio prioritari, incluse le malattie oncologiche con il Registro Tumori;
- l'informazione e l'educazione della popolazione sui rischi e sui corretti stili di vita;
- la vigilanza sull'applicazione delle norme di tutela e sicurezza igienico-sanitarie;
- l'epidemiologia;
- la comunicazione, in collaborazione con altre istituzioni, particolarmente rivolta agli stili di vita (lotta al fumo, alimentazione sana, malattie sessualmente trasmissibili, vaccinazioni).

Con decreto commissariale n. 6/2014, di cui i Ministeri affiancanti hanno preso atto con parere del 10 marzo 2014 n. 18-P, la Regione ha dato esecuzione all'Accordo Stato Regioni 7 febbraio 2013. Le attività inerenti le disposizioni regionali in materia di riconoscimento, registrazione degli impianti e stabilimenti di produzione, trasporto, manipolazione, lavorazione, magazzinaggio, immissione sul mercato, distribuzione, uso e smaltimento di sottoprodotti di origine animale e prodotti derivati non destinati al consumo umano, sono pertanto svolte ordinariamente dal DP che procede ad ogni adempimento conseguente. La specifica osservazione di Tavolo e Comitato 16 luglio 2013, pertanto, è stata adempiuta.

Il coordinamento delle unità operative complesse SIAN, SIAPZ, SIAOA, SA, sarà affidato un direttore dei servizi, che curerà – tra l'altro – la puntualità e la completezza dei flussi informativi di competenza verso le unità operative semplici di Epidemiologia e comunicazione e Servizi amministrativi e informativi, in staff alla direzione del dipartimento.

Il coordinamento si avvarrà di procedure documentate in manuali operativi, contenenti le informazioni e le istruzioni per il personale che esegue i controlli ufficiali, in relazione agli ambiti di cui all'allegato II, capo II, del Regolamento CE n. 882/2014 e successivi aggiornamenti.

Il manuale delle procedure sarà redatto dall'ASReM, su proposta della direzione del dipartimento, ed approvato con decreto commissariale entro il 30 giugno 2014.

Per quanto concerne le funzioni di indirizzo e controllo proprie della Regione, esse verranno esercitate attraverso personale qualificato in carico al Servizio di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare che fa capo alla Direzione Generale per la Salute.

Il Dipartimento dell'ASReM e il Dipartimento regionale si avvalgono e si avvarranno della collaborazione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Abruzzo e Molise (IZSAM), strutturata in gruppi di lavoro tematici. Già nel 2013 tutti i documenti di attività sono stati preventivamente concordati con l'IZSAM.

Nel corso dell'esercizio 2014 sono stati programmati ed avviati gruppi di lavoro finalizzati alla predisposizione e al mantenimento a regime dei principali strumenti operativi (piani di settore e manuali operativi), condividendo con l'IZSAM le modalità di aggiornamento sistematico dei piani.

Nel 2012 e 2013 il Dipartimento regionale ha completato la formazione del personale addetto in materia di audit e sette unità su dieci hanno conseguito la qualifica di Auditor ISO 9000. Le attività di audit di settore sono programmate nel Piano regionale dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare (PRIC). Presso i servizi ASReM sono stati eseguiti n. 4 audit di settore nel 2012 e n. 8 nel 2013.

L'ASReM svolgerà le attività di audit presso gli OSA, registrati e riconosciuti, secondo le indicazioni del PRIC approvato con DCA n. 20/2013. Le attività sono affidate a personale (27 unità) che ha completato a novembre 2013 il percorso formativo con esame finale alla presenza di un ispettore del KHC, organismo di certificazione del personale.

Ai sensi dell'Accordo 7 febbraio 2013, già recepito con DCA n. 21/2013, la programmazione degli obiettivi di controllo e delle attività correlate terrà conto di quanto emerso dallo svolgimento degli audit 2013. Saranno inoltre definite entro settembre 2014 le procedure gestionali interne in vista della loro certificazione e il programma formativo di mantenimento e aggiornamento della qualificazione del personale.

La rete dei servizi di prevenzione collettiva si coordina, infine, con l'Agenzia regionale per la protezione ambientale (ARPA).

Intervento 14.6: Piano degli investimenti

Azione 14.6.1: Riordino della rete infrastrutturale sanitaria e Piano degli investimenti

Nel biennio di vigenza dei presenti Programmi Operativi sono stati programmati investimenti finalizzati:

- all'adeguamento e messa a norma di strutture ed impianti fissi;
- al completamento, ampliamento e ristrutturazione delle strutture, finalizzati alla migliore funzionalità delle attività caratteristiche, dei servizi di supporto tecnico e amministrativo e della ricettività alberghiera;
- all'aggiornamento delle attrezzature tecnico-scientifiche.

Programma 15: Rete Emergenza-Urgenza

Parte

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Programma 16: Sanità penitenziaria

Intervento 16.1: Potenziamento Sanità Penitenziaria

Con il DPCM 1 aprile 2008, concernente le modalità e i criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, si è completata una riforma di sistema che aveva avuto inizio con il Decreto Legislativo 230/1999 "Riordino della medicina penitenziaria" con il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni relative ai soli settori della prevenzione e delle tossicodipendenze.

A seguito del trasferimento, le Regioni e le Aziende sanitarie hanno assunto la responsabilità dell'assistenza sanitaria nelle carceri, negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e negli istituti e servizi della Giustizia minorile.

Per l'assistenza sanitaria nel suo complesso, il documento programmatico di riferimento è costituito dalle "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" (Allegato A, parte integrante del DPCM citato).

Attualmente in Regione Molise sono presenti tre istituti penitenziari: Campobasso, Larino e Isernia.

La Regione Molise ha recepito il DPCM 1 aprile 2008 con propria deliberazione del 23.06.2008 n. 544. Con tale atto è stato istituito il previsto Osservatorio regionale sulla sanità penitenziaria, quale organo consultivo e di monitoraggio, costituito da rappresentanti della Regione, del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per il Molise e l'Abruzzo (PRAP) e del Centro per la Giustizia Minorile per l'Abruzzo, Molise e Marche (CGM).

In data 14 settembre 2009, l'Osservatorio ha elaborato un Protocollo di Intesa finalizzato a definire le forme di collaborazione relative alle funzioni di sicurezza, i principi e i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario, al fine di garantire la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e degli internati adulti nonché le esigenze di sicurezza all'interno dei tre Istituti di Pena presenti nel territorio regionale:

Campobasso, Isernia e Larino. Il protocollo è stato ratificato dalla Giunta Regionale con delibera 29 settembre 2009.

Sulla base di tale protocollo, sono stati avviati, da parte della Regione e dell'ASReM, atti mirati a regolamentare il ruolo del Servizio Sanitario Regionale all'interno degli istituti penitenziari.

Azione 16.1.1: Definizione nuovo assetto organizzativo per la Sanità Penitenziaria

Viene istituita l'Unità operativa semplice sovradistrettuale, preposta alla gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie, di base e specialistiche, a favore dei detenuti, collocata in uno dei distretti.

L'unità operativa ha la funzione di:

- curare i rapporti tra l'Azienda Sanitaria e gli istituti penitenziari presenti nella regione;
- garantire l'assistenza sanitaria di base, specialistica, infermieristica e farmaceutica, prevista dai LEA;
- gestire l'emergenza/urgenza, in raccordo con il Servizio 118;
- raccordare l'assistenza primaria con le attività assicurate dal Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze patologiche.

Per quanto concerne il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, l'Azienda ha stipulato con la regione Abruzzo l'accordo ex art. 3 del decreto ministeriale 28 dicembre 2012 (delibera Giunta regionale 26 luglio 2013, n. 375) e ne curerà l'attuazione, in conformità e nei tempi del programma nazionale.

Programma 17: Assistenza farmaceutica

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Programma 18: Sicurezza e rischio clinico

Intervento 18.1: Azioni di governo clinico e riduzione del rischio clinico

La riorganizzazione delle funzioni centrali di amministrazione e gestione dell'ASReM prevede la costituzione dell'Unità operativa complessa per il Servizio di prevenzione e protezione, rischio clinico e qualità, in staff alla direzione generale dell'Azienda. La funzione è tra gli elementi fondamentali del Governo clinico, raccomandato dai vigenti Piani sanitari nazionali.

La direzione della UOC si avvarrà di un gruppo di coordinamento aziendale per la qualità e il risk management clinico e della rete dei referenti di ciascuna unità sanitaria di linea.

Parte

La missione dell'unità operativa è quella di identificare, rilevare, analizzare, monitorare, gestire i fattori di rischio del sistema di erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie nelle implicazioni epidemiologiche, professionali e organizzative.

I suoi compiti consistono:

- nell'elaborazione dei programmi e delle raccomandazioni per la sicurezza;
- nel supporto alla loro applicazione e gestione;
- nello sviluppo dei programmi di formazione degli operatori e supervisor e di comunicazione tra gli operatori aziendali e per il coinvolgimento dei pazienti;
- nelle relazioni con la rete nazionale e gli organismi internazionali.

Le procedure operative per la sicurezza sui luoghi di lavoro (protezione personale, controllo tecnici e sanitari, disposizioni per la pulizia e l'ordine dei luoghi di lavoro), sono formalizzate in manuali e disposizioni.

La prevenzione e gestione del rischio clinico si avvarrà di raccomandazioni e disposizioni inerenti alle procedure diagnostico-terapeutiche, del monitoraggio degli eventi sentinella, di feedback e audit tra pari circa la valutazione dell'appropriatezza dell'uso di tecnologie, interventi e procedure.

La regione implementerà gradualmente il sistema in modo da perfezionarlo entro Dicembre 2015, anche attraverso l'utilizzo delle risultanze della recente sperimentazione condotta in collaborazione con AGENAS e Federsanità ANCI.

Gli obiettivi che s'intende perseguire sono i seguenti:

- definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi;
- monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dall'ASREM a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella;
- monitoraggio sistematico dell'uso della *check list* in sala operatoria;
- implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica;
- previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione del Direttore Generale ASReM.

Azione 18.1.1: Programmazione e Organizzazione del Sistema di Qualità Aziendale.

La Regione si propone di implementare, entro Dicembre 2014, una Unità per il Governo clinico, al fine di:

- diffondere la cultura dell' Evidence Based Medicine (EBM), pratica della medicina basata sull'integrazione dell'esperienza clinica del medico con la migliore evidenza scientifica disponibile applicata alle caratteristiche ed ai valori del singolo paziente;
- elaborare e favorire l'applicazione delle Linee Guida.
- *Implementare l'accountability*: i sistemi di rintracciabilità delle azioni di tutte le professionalità sanitarie (medici, infermieri ed altri operatori sanitari), attraverso l'individuazione univoca dei responsabili degli atti clinici;
- *Promuovere l'audit* clinico: la revisione organizzata e strutturata tra pari, volta ad esaminare sistematicamente la propria attività ed i propri risultati confrontandoli con standard espliciti, al fine di migliorare la qualità e gli *outcome* dell'assistenza;
- rendere stabile la pratica dell'EBM, dell'Audit Clinico e della Gestione del Rischio Clinico in tutti i dipartimenti dell'ASReM.

Alla luce di quanto sopra dettagliato, l'Unità per il Governo Clinico dovrà provvedere a:

- elaborare e definire uno strumento di rilevazione di eventi avversi;
- implementare la gestione di eventi sentinella, con la conseguente messa in atto di interventi di miglioramento e verifica dei risultati ottenuti;
- implementare e monitorare la Checklist in Sala Operatoria, le Raccomandazioni Ministeriali e il Manuale di Sicurezza per la Sala Operatoria;
- elaborare un progetto per la sicurezza nella terapia oncologica;
- diffondere l'approccio EBM e EBHC a tutti gli operatori sanitari, attraverso seminari aperti e creando reti all'interno dei dipartimenti con referenti delle Unità Operative.
- elaborare linee guida, secondo metodologia EBM, da diffondere ed implementare attraverso metodologie e strumenti di dimostrata efficacia.

Azione 18.1.2: Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella Terapia Oncologica (Raccomandazione n. 14, ottobre 2012 Ministero della Salute)

La Regione, nell'ambito del processo di potenziamento del governo del rischio clinico, intende accrescere il grado di consapevolezza tra gli operatori sanitari coinvolti nella gestione delle terapie oncologiche e ottenere la completa tracciabilità dell'intero processo di prescrizione, allestimento e somministrazione al paziente, con l'introduzione di procedure condivise.

A tal fine verranno implementate nel corso dell'operatività dei Programmi Operativi azioni volte a:

- assicurare e attuare una costante formazione professionale. Introdurre la prescrizione oncologica informatizzata attraverso l'elaborazione di schemi di terapia standard da personalizzare su richiesta dell'oncologo/ematologo;

- elaborare protocolli condivisi per l'allestimento, la distribuzione e la somministrazione della preparazione oncologica.

Tuttavia, il sistema richiede competenze specifiche degli operatori affinché l'uso sia appropriato.

Ciò rende necessaria la programmazione di specifica formazione per tutti gli operatori e la presenza di personale con competenze informatiche di elevato livello.

Azione 18.1.3: Ricerca e Sviluppo

Su i due filoni di attività si procederà a:

- Ricerca: Creazione di una nuova conoscenza e valutazione di quanto già esiste;

- Sviluppo: Incrementare il livello delle prestazioni e gli outcomes attraverso l'applicazione dei risultati ottenuti dalla ricerca

Tali attività saranno implementate entro Dicembre 2014 e successivamente portate a regime entro e non oltre Dicembre 2015.

OSSERVAZIONI

Il documento della Regione Molise rappresenta un poderoso sforzo di minuziosa analisi dello stato attuale della sanità regionale, con specifiche indicazioni sulle economie e sulla razionalizzazione della spesa,

Nel contempo rappresenta un documento programmatico di notevole rilievo.

Si ritiene che a fronte del quadro nosologico regionale, puntualmente descritto, e della peculiarità morfologico-ambientale-insediativa della comunità regionale, il richiamo alla rete territoriale distrettuale, con l'accento ad una rinnovata configurazione dell'offerta ospedaliera con la sperimentazione della "casa della salute" (peraltro già operante in Liguria, Marche, Toscana, Emilia Romagna) e la conseguente ridefinizione della rete di prossimità, costituisce un riferimento operativo di estremo interesse.

A tale riguardo si richiama il n. 4/2013 della RIVISTA SI SERVIZIO SOCIALE dell'ISTISS, dove sono pubblicati due specifici saggi sulla CASA della SALUTE:

- Capodilupo A.: Le Case della Salute: confronto di esperienze internazionali e nazionali

- Prugnola F.: Le Case della Salute: pianificazione, progettazione, integrazione, criticità.

In tale contesto, la necessità di operare per l'integrazione socio-sanitaria, anche alla luce della recente legge regionale sull'assistenza, è quanto mai attuale; è raccomandabile a tale riguardo, a norma dell'art. 34 del d.lgs n. 207/2000 sugli enti locali, definire l'integrazione socio-sanitaria in base a specifici Accordi di programma fra Comuni e distretto sanitario, onde pervenire alla costruzione del distretto socio-sanitario.

PIEMONTE

DGR 12.5.14, n. 11-7572 - Recepimento accordi stipulati tra l'Assessorato alla Sanita' e le Associazioni AIOP, ARIS, ANISAP, COFAPI,GRISP/FEDERLAB e META per la definizione dei processi non consolidati, dei budget 2014/2015 e approvazione per la consuntivazione della produzione di prestazioni sanitarie anno 2013 delle Case di Cura e Strutture Ambulatoriali private. Attuazione punto 7.6 Programmi Operativi (Rapporti con gli erogatori privati). BUR n. 23 del 5.6.14)

Parte

Note

Viene recepito tutto quanto concordato dalla Direzione Sanità con le Associazioni di categoria AIOP, ARIS, ANISAP, COFAPI,GRISP/FEDERLAB e META per la risoluzione delle questioni inerenti i processi non consolidati, per la definizione dei budget 2014 e 2015 e la consuntivazione della produzione di prestazioni sanitarie anno 2013 delle Case di Cura e Strutture Ambulatoriali Private risultante dai verbali delle riunioni del 28 marzo 2014, del 18 aprile e 23 aprile 2014 citati in premessa, con le relative tabelle, allegati (1,2,3) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale ed in particolare di approvare quanto previsto dai punti F, G, H dell'allegato 3.

D.D. 7 aprile 2014, n. 262 - Approvazione dei criteri per l'accreditamento istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative - Hospice, secondo quanto disposto dalla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, di approvazione dei Programmi operativi per il triennio 2013-2015. (BUR n. 24 del 12.6.14)

Note**PREMESSA**

Con D.G.R. n. 29-4854 del 30.10.2012 sono stati approvati il recepimento e l'iniziale attuazione dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

In specifico, per quanto riguarda la Rete regionale di Cure Palliative, nella Deliberazione suddetta si ribadiscono alcuni punti illustrati nell'Intesa in parola, al fine di poter intraprendere il percorso di attuazione della stessa sul territorio regionale, compatibilmente con quanto disposto dal Piano Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 ed, in particolare, con la riorganizzazione della Rete Ospedaliera regionale che in esso è dettagliata.

LA DISPOSIZIONE

Sono approvati i criteri per l'accreditamento istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative – Hospice, secondo quanto disposto dalla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 di approvazione dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, così come dettagliato nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente determinazione.

L'intervento di cui al presente provvedimento è attuativo dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Azione 14.2.1: "Cure Palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico", che prevede, tra i risultati programmati, "l'adozione dei provvedimenti per l'individuazione di dettaglio dei percorsi attuativi della normativa nazionale, in particolare per quanto riguarda il soddisfacimento dei requisiti dei centri erogatori di cure palliative e la piena attuazione degli obiettivi di risposta al fabbisogno di salute previsti, con specifico documento dedicato alla rete degli Hospice, entro il 31.03.2014";

Ai percorsi attuativi dell'accreditamento in parola – le cui modalità saranno definite successivamente con atti ad hoc - si provvederà nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi, o maggiori oneri per il bilancio regionale.

D.D. 7 aprile 2014, n. 261 - Approvazione delle indicazioni per l'attuazione del percorso di follow up dei ragazzi e dei giovani adulti trattati per tumore in età pediatrica, a norma della D.G.R. n. 41-5670 del 16.04.2013.

Sono approvate le indicazioni per l'attuazione del percorso di follow up dei ragazzi e dei giovani adulti trattati per tumore in età pediatrica, a norma della D.G.R. n. 41-5670 del 16.04.2013, così come dettagliato nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente determinazione /a cui si rinvia).

Parte

L'intervento di cui al presente provvedimento è attuativo dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Azione 13.1.4 "Rete Oncologica", che prevede, tra i risultati programmati, l'adozione dei provvedimenti per l'approvazione delle indicazioni per l'attuazione del percorso di follow up dei ragazzi e dei giovani adulti trattati per tumore in età pediatrica, entro il 31.03.2014.;

D.D. 7 aprile 2014, n. 263 - Approvazione dei regolamenti 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, in attuazione di quanto previsto dalla D.G.R. n. 12-7042 del 27.01.2014.

Note

Sono approvati i regolamenti 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, in attuazione di quanto previsto dalla D.G.R. n. 12-7042 del 27.01.2014, così come dettagliato negli Allegati A, B e C, parti integranti e sostanziali della presente determinazione.;

L'intervento di cui al presente provvedimento è attuativo dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Intervento 11.2 "Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali", che prevede, tra i risultati programmati, l'"Adozione della determinazione del Direttore della Direzione Sanità per l'approvazione dei regolamenti di attività dei Centri di Riferimento per lo screening del tumore della mammella, della cervice uterina e del colonretto, entro il 31.03.2014";

DGR 21.5.14, n. 44-7635 - Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 del Piano regionale di rientro. Razionalizzazione della spesa regionale per dispositivi medici: definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2014. (BUR n. 26 del 19.8.14)

Note

PREMESSA :

I Programmi Operativi (PO) 2013-2015, predisposti ai sensi del DL 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge 135/2012, ed approvati con DGR 25-6992 del 30/12/2013, proseguono e rafforzano l'azione di controllo della spesa sanitaria regionale già intrapresa con il Piano di riqualificazione del Servizio sanitario regionale (SSR) e di riequilibrio economico (Piano di rientro), sottoscritto il 29/07/2010 con il Ministero dell' Economia e delle Finanze ed il Ministero della Salute.

I PO perseguono l'efficientamento del sistema ed intervengono con l'implementazione di azioni strutturali in grado di assicurare nel tempo la sostenibilità del SSR attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse.

Nell'ambito del Programma 9, "Razionalizzazione della spesa", le azioni 9.3, 9.4 e 9.5 prevedono, tra l'altro, di ottimizzare la spesa regionale di beni e servizi sanitari tramite la puntuale quantificazione dei fabbisogni aziendali e l'aggregazione degli acquisti, standardizzando i prodotti in uso ed attuando la corretta programmazione delle gare, sia centralizzate che di area sovrazonale.

Si tratta di interventi che incidono sui processi aziendali di approvvigionamento senza intaccare la qualità dell'assistenza erogata ai cittadini.

Allo scopo di conseguire i previsti risultati di risparmio, è inserita, tra le leve che si intendono applicare, anche la definizione di "obiettivi aziendali".

Pertanto, richiamando la normativa nazionale che, nell'introdurre il tetto alla spesa del SSN in dispositivi medici (art. 17, c.1, lett.C, DL 6 luglio 2011) considera anche l'assistenza protesica ed ha ridefinito lo stesso tetto attraverso più provvedimenti, fino ad arrivare alla Legge di stabilità 2013 (Legge 24 dicembre 2012, n. 228), che lo fissa al 4,8% per il 2013 e al 4,4% dal 2014 del Fondo sanitario nazionale (FSN) e tenuto conto che la stessa norma stabilisce che "l'eventuale superamento

Parte

del predetto valore è recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa sanitaria regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale” e che “non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo”, in coerenza con quanto già definito dalle azioni dei P.O. 2013-2015, con il presente provvedimento, si assegna a ciascuna Azienda sanitaria regionale (ASR) il budget di spesa per l’anno in corso per i dispositivi medici (DM) acquistati ed in uso presso le stesse ASR.

Gli obiettivi di razionalizzazione della spesa regionale per DM, così come attribuiti alle singole Aziende sanitarie con il presente provvedimento, costituiscono attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015, di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, e saranno monitorati, come previsto ai punti 2.1.2 e 2.1.5 degli stessi PO, dal Tavolo per il Governo del Programma Operativo

Le Aziende sanitarie regionali, al fine di assicurare l’invarianza dei servizi assistenziali, sono chiamate a garantire i tetti di spesa di cui sopra mediante azioni di controllo sull’utilizzo di prezzi di riferimento e interventi di razionalizzazione nella fase di acquisto, immagazzinamento ed utilizzo dei dispositivi medici nelle attività assistenziali.

D.D. 23 aprile 2014, n. 378 - Progetto inerente lo Sviluppo e la tutela del benessere e della salute organizzativa nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Piemonte - Istituzione del Gruppo di Lavoro regionale. (BUR n. 26 del 26.6.14)

Note

PREMESSA

L’Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la “salute” come un processo di miglioramento del benessere fisico e psicologico nel suo complesso. La salute viene quindi considerata come una risorsa di vita quotidiana che consente alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico.

Estendendo la definizione, con il termine “salute organizzativa” ci si riferisce alla capacità di un’organizzazione non solo di essere efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico, alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora. Questo concetto, dunque, cerca di superare la dicotomia tra individuo e organizzazione evidenziando come entrambi siano attori e responsabili della salute.

Strettamente legato al concetto di salute organizzativa è il benessere organizzativo, che risiede nella qualità della relazione esistente fra la persona e il contesto di lavoro.

Lo “stare bene al lavoro” è di fondamentale importanza sia per l’individuo sia per l’organizzazione:

- dal punto di vista del singolo lavoratore: la persona trascorre una gran parte del proprio tempo sul lavoro ed esso influenza grandemente la sua qualità di vita;
- dal punto di vista dell’organizzazione: condizioni di scarso benessere organizzativo determinano fenomeni quali: diminuzione della produttività, assenteismo, scarsi livelli di motivazione, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza di impegno, aumento di reclami e lamentele dai cittadini-utenti, diminuzione della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.

Il concetto di salute organizzativa suggerisce che le organizzazioni possano contribuire o meno al benessere e influire direttamente sullo stato di salute dell’intero sistema, attraverso la definizione dei contenuti del lavoro e l’adozione di alcune pratiche organizzative e relazionali.

Allo stesso tempo, i lavoratori possono ampiamente contribuire al successo della loro organizzazione a patto che si creino le condizioni per la loro sicurezza, per il soddisfacimento dei bisogni di significato e di riconoscimento, per la considerazione delle esigenze di apprendimento, informazione ed equità.

Quando l’organizzazione si prende cura e valorizza il proprio personale, si ha un conseguente aumento della qualità delle prestazioni erogate.

Tenuto conto che:

Parte

Obiettivo prioritario enunciato dai Piani Socio Sanitari nazionali e regionali è il miglioramento dello stato di salute delle Comunità, attraverso la realizzazione di programmi di intervento efficaci, basati su una migliore analisi dei bisogni e utilizzo delle risorse. Ogni Azienda Sanitaria è orientata ad ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili; l'ampliamento e la valorizzazione delle competenze, l'integrazione tra le discipline e le professioni diventano obiettivo imprescindibile a garanzia di continuità e coerenza nelle risposte ai bisogni della persona.

il Decreto Legislativo 81/2008, Testo Unico per la Sicurezza sul Lavoro, che oggi sostituisce il D.Lgs. 626/1994, cita l'influenza dei fattori dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro sulla salute psico-fisica e richiede di programmare interventi per la prevenzione di "rischi particolari, tra cui anche quelli collegabili allo stress lavoro-correlato ...".

A livello nazionale, a decorrere dal 2010, è attivo il Laboratorio FIASO inerente "lo sviluppo del benessere e della salute organizzativa nelle Aziende Sanitarie" che ha coinvolto una ventina di aziende sanitarie, ospedaliere e policlinici universitari, sperimentando, su una popolazione di 65.000 lavoratori, azioni articolate di valutazione e contrasto dello stress lavoro correlato.

La promozione della salute organizzativa promossa dal Laboratorio FIASO, di cui l'Azienda sanitaria regionale piemontese ASL CN2 è capofila nazionale, ha comportato la sperimentazione di interventi e di modelli validati con la produzione di materiali che risultano fruibili e caratterizzati da trasferibilità elevata ai contesti sanitari.

A livello regionale, invece, la Regione Piemonte, nel 2007 ha istituito il Gruppo di Lavoro Regionale dedicato a "La tutela del benessere organizzativo nelle Aziende sanitarie" (D.G.R. n. 22-7777, D.G.R. n. 8-11264 e D.G.R. n. 4-5899). Il Gruppo, composto da medici competenti, da psicologi e sociologi del lavoro, da responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione e da rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, ha dato vita a un articolato progetto comprendente iniziative di formazione-intervento e che ha creato una rete di scambio di conoscenze-condizione di strumenti di lavoro tra le Aziende Sanitarie coinvolte. Le azioni del Gruppo regionale sono risultate ancora più significative a seguito del D.Lgs. n°81/2008 e smi che ha sancito in ambito lavorativo l'obbligo della valutazione di tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, tra cui quelli collegati allo stress, in accordo con i contenuti dell'Accordo Europeo dell'8/10/04 e con le indicazioni delle principali Agenzie nazionali e internazionali che da anni funzionano da autorevoli punti di riferimento in materia di salute e sicurezza sul lavoro (per es. NIOSH, OSHA EU, INAIL-ex ISPESL).

Il 47° Rapporto Censis 2013 sulla situazione sociale del Paese evidenzia la rilevanza e l'attualità degli interventi a favore della salute organizzativa affermando che "... Oggi più che mai la Sanità cammina sulle gambe degli operatori...ed è anche per questo che, a fronte dei tagli, si punta a migliorare il benessere e il clima organizzativo dei professionisti."

Il Rapporto OASI 2013 (CERGAS – Università Bocconi) afferma che le grandi trasformazioni in atto nelle organizzazioni sanitarie, e i tempi relativamente lunghi nel processo di riduzione dei posti letto, della trasformazione e/o chiusura di strutture ospedaliere, rischiano di deprimere complessivamente il clima organizzativo delle aziende sanitarie, che si vivono soprattutto come mere organizzazioni attuative di tagli e razionalizzazioni senza essere in grado di attivare azioni complementari di sviluppo. mostra come le assenze (comprese quelle per i permessi ex L. 104/1992) e le inidoneità alla mansione assumono all'interno del SSN una rilevanza quantitativa maggiore rispetto a molti altri settori economici Tali fenomeni, sebbene rappresentino l'esercizio di diritti fondamentali a tutela dei lavoratori, possono essere anche sintomo di clima organizzativo deteriorato.

In questo ambito, le assenze – con un approfondimento relativo ai permessi ex L. 104/1992 – e le inidoneità alla mansione, anche se sono strumenti importanti di tutela dei lavoratori e delle loro famiglie possono facilmente degenerare in "patologie" organizzative con impatti rilevanti sulla funzionalità aziendale e sul clima organizzativo. La necessità di identificare soluzioni gestionali e di

policy che prevenivano tali fenomeni e, lì dove presenti, ne limitino gli impatti problematici, è particolarmente urgente, anche considerato il progressivo invecchiamento degli organici e della popolazione (che incide su queste dinamiche attraverso il ricorso alla L. 104/1992).

E' stato altresì valutato il flusso informativo relativo ai permessi ex L. 104/1992 avviato nel 2012 dal Dipartimento della Funzione Pubblica dimostrando non solo la rilevanza quantitativa del fenomeno delle assenze e dei permessi ex L. 104/1992, ma anche la forte variabilità che esiste tra i sessi, le diverse categorie contrattuali, i diversi contesti aziendali e le diverse Regioni.

Emerge chiaramente la generale arretratezza di gran parte delle aziende e delle Regioni nel definire e usare metriche adeguate per la gestione del personale. La tutela dei lavoratori è una responsabilità sociale importante per un'azienda sanitaria, che, per non rischiare di incidere sulla sostenibilità, richiede di essere gestita con consapevolezza e competenza.

La mission delle Aziende sanitarie è creare salute, prendendosi cura dei cittadini. Nel perseguire questo obiettivo diventa di fondamentale importanza per l'organizzazione prendersi cura delle "proprie" risorse umane. Un'ipotesi ampiamente condivisa lega lo stato di salute degli operatori sanitari e dell'organizzazione a quello dei cittadini-utenti e la qualità delle prestazioni erogate alla qualità della vita lavorativa degli erogatori.

Pertanto, per quanto sopra descritto viene istituito un Gruppo di Lavoro regionale che ha come obiettivi prioritari quello di:

1. promuovere la salute organizzativa delle Aziende sanitarie regionali, porgendo particolare attenzione al benessere e alla sicurezza di ciascun lavoratore, e sviluppare le azioni di contrasto allo stress lavoro correlato;
2. raccogliere e valutare le esperienze e le buone pratiche a livello nazionale e regionale;
3. predisporre un documento di Linee Guida per la valutazione del rischio stress lavoro correlato e la promozione del benessere organizzativo nelle Aziende sanitarie
4. avviare la costituzione di un data base con gli indicatori maggiormente rappresentativi e la rilevazione e l'analisi, su una modellistica regionale uniforme, dei dati oggettivi necessari per la Valutazione del Rischio stress lavoro-correlato;
5. raccordarsi con i Referenti aziendali individuati dalle Direzioni generali delle AASSRR;
6. rendicontazione delle attività, tramite report annuale;

Il Gruppo di Lavoro regionale è così composto:

- Dott.ssa Ileana Agnelli (Psicologia, ASL CN 2);
- Dott. Alberto Baratti (Medicina del Lavoro, ASL CN 1);
- Dott.ssa Elsa Basili (DPD, ASL TO 5);
- Dott.ssa Maria Ada Irene (Settore Prevenzione e veterinaria - Direzione Regionale Sanità);
- Dott.ssa Annalisa Lantermo (SPRESAL, ASL TO 1);
- Dott. Gaetano Manna (Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali - Direzione Regionale Sanità);
- Dott. Daniele Saglietti (Psicologia, ASL CN 2);
- Dott. Patrizio Schinco (Direzione Sanitaria, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino);

La dott.ssa Annalisa Lantermo, per la specificità del ruolo ricoperto all'interno dell'ASL TO1, parteciperà al Gruppo regionale per la realizzazione dei punti di cui ai numeri 1,2,3 sopracitati.

Il Coordinamento del Gruppo è assegnato al Dott. Manna Gaetano, Funzionario del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali - Direzione Regionale Sanità.

Ogni Azienda Sanitaria è chiamata ad istituire dei Gruppi multidisciplinari aziendali, secondo le modalità definite nell'Allegato A e ad individuare un Referente aziendale.

I Referenti aziendali individuati dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, costituiranno il Coordinamento interaziendale e si interfaceranno con i componenti del Gruppo di Lavoro

Parte

regionale di cui sopra;

Viene assegnato all'ASL CN2 Alba-Bra il ruolo di Azienda Capofila al Progetto per l'esperienza maturata a livello nazionale e regionale nell'ambito della salute organizzativa.

D.D. 23 aprile 2014, n. 379 - D.G.R. n. 16-6182 del 29.07.2013 inerente la realizzazione di un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, denominato "Progetto Helper" – Approvazione progetto definitivo e individuazione componenti Comitato Scientifico. (BUR n. 26 del 26.6.14)

Note

PREMESSA

Con D.D n. 28 del 15.1.2013 è stato istituito un Gruppo di Lavoro con l'obiettivo di redigere il progetto di massima inerente la realizzazione di un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, denominato "Progetto Helper" e indirizzato al personale medico e sanitario affetto da uso problematico di sostanze e dipendenza patologica, anche connessa a quadri di burn-out, disturbi del comportamento e altre forme di comorbidità (di seguito Progetto Helper).

Con la D.G.R. n. 16-6182 del 29.07.2013 è stato approvato il progetto di massima di cui sopra ed è stato demandato alla Direzione Regionale Sanità il compito di realizzare, valutare e approvare il progetto definitivo.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato il progetto definitivo, di cui all'allegato "1" - parte integrante e sostanziale del presente atto inerente la realizzazione di un programma terapeutico ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, denominato "Progetto Helper" e indirizzato al personale medico e sanitario affetto da uso problematico di sostanze e dipendenza patologica, anche connessa a quadri di burn-out, disturbi del comportamento e altre forme di comorbidità;

Viene approvato il quadro economico dei costi di cui all'allegato "2" - parte integrante e sostanziale del presente atto.

Il progetto "Helper", al momento unica esperienza a livello nazionale con queste peculiarità, rientra nell'alveo delle "Sperimentazioni", così come normate dalla D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 e dalla D.G.R. n. 36-6239 del 2.08.2013.

La Commissione di Vigilanza territorialmente competente, all'atto dell'avvio delle attività, dovrà effettuare i controlli di competenza per l'autorizzazione al funzionamento e inviare l'apposito verbale alla Direzione Regionale Sanità.

La struttura specialistica ove si effettua il percorso residenziale è da intendersi provvisoriamente Accreditata.

In questa fase iniziale si stabilisce un costo di €. 150,00 per giornata, in analogia al costo individuato per le strutture specialistiche di "Comorbidità" di cui all'ex art. 13-E della D.G.R. n. 4-13454 del 8.03.2010. Il costo di €. 150,00 per giornata comprende altresì i costi di presa in carico del paziente, di accoglienza e di after-care. La struttura può ospitare un massimo di n. 8 pazienti.

Il progetto "Helper", essendo un progetto sperimentale, sarà oggetto di apposito monitoraggio e valutazione, sia in corso d'opera che nella fase conclusiva della sperimentazione, della durata di 36 mesi dall'avvio effettivo delle attività. In questo periodo è possibile apportare ulteriori modifiche/integrazioni al progetto sperimentale su esplicita indicazione del Comitato Scientifico sotto indicato che saranno eventualmente recepite con apposita Determinazione Dirigenziale.

I componenti del Gruppo di lavoro sono come di seguito specificato:

- Dott. Armenio Renato (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott.ssa Borsatti Tiziana (Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino);
- Dott. Consoli Augusto (ASL TO2);
- Dott. Diecidue Roberto (ASL TO 3);

Parte

- Dott.ssa Di Marco Lia (A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino);
- Dott. Fini Paolo (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott.ssa Fortin Lorena (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott. Manna Gaetano (Regione Piemonte – Direzione Regionale Sanità);
- Dott.ssa Paola Mora (Centro di Formazione Albert Schweitzer);
- Dott. Picci Rocco Luigi (A.O.U. S. Luigi Gonzaga di Orbassano);
- Dott. Scarzella Giuseppe (Soc. Coop. Sociale Centro Torinese di Solidarietà ONLUS);
- Dott. Schinco Patrizio (A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino);

Il Coordinamento del Comitato Scientifico è assegnato al Dott. Manna Gaetano, Funzionario responsabile dell'area inerente le Patologia delle Dipendenze, Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali - Direzione Regionale Sanità.

PUGLIA

DGR 2.4.14, n. 564 - DGR n. 2338 del 3-12-2013. Commissione Regionale per la riqualificazione del sistema regionale della Tutela della Salute Mentale. Integrazione.

Note

La Regione Puglia, in materia di tutela della salute mentale, con l'art.9 della L.R. 9 Agosto 2006, n.26 del "Interventi in materia sanitaria" e con il Piano regionale di Salute 2008-2010, ha dato impulso a politiche di assistenza psichiatrica che prevedono, in modo esplicito, le strategie per garantire interventi orientati alla "recovery" e guardano alla persona con disagio psichico nella sua globalità ed alla tutela dei suoi diritti: avere relazioni sociali ed affettive, abitare, lavorare.

In particolare, l'art.9 della L.R. n.26/2006 ha dettato le azioni da porre in essere nelle AA. SS. LL. per il potenziamento dei Centri di Salute Mentale e la realizzazione delle attività terapeutico riabilitative residenziali, diurne e domiciliari a favore dei pazienti psichiatrici in ambito sanitario e socio-sanitario, prevedendo, anche, nuove forme di assistenza alternative alla residenzialità h24 e servizi sperimentali da porre in essere per una risposta più adeguata alle esigenze dell'utenza.

Il primo provvedimento attuativo approvato dalla Giunta Regionale (la DGR n.916 del 25 Marzo 2010) ha previsto, a partire dalle criticità esistenti, il rafforzamento dei Centri di Salute Mentale quali "servizi di comunità" a forte interazione con la comunità locale, multi- professionali e multi-dimensionali, con apertura sulle 12 ore, nel rispetto del modello organizzativo previsto nel DIF 2007. Di pari passo si è puntato ad incrementare l'assistenza territoriale e domiciliare, con progressiva riduzione del ricorso alla residenzialità "pesante", perseguendo anche l'obiettivo di rafforzare la riabilitazione territoriale, onde garantire una maggiore prossimità alle condizioni e consuetudini di vita di ciascun utente nel proprio contesto.

Nel mese di maggio 2011, è stata presentata dall'Assessore pro tempore a tutti gli Operatori della salute mentale una ipotesi di rimodulazione per il rafforzamento dei CSM con apertura h12, che le ASL stanno gradualmente attuando.

Nel corso del secondo semestre 2012 e dell'anno 2013, è stata condotta dalla Regione Puglia una approfondita analisi delle criticità del sistema, attraverso apposite rilevazioni, audizioni ed acquisizione di atti.

E' stato, infine, redatto un documento di sintesi delle problematiche emerse, che è stato trasmesso nel gennaio 2013 a tutte le Aziende Sanitarie Locali e presentato ai Rappresentanti degli Enti Gestori delle strutture riabilitative psichiatriche ed alle Organizzazioni Sindacali, acquisendone, nel suo complesso, una generale condivisione.

Il Documento individua gli interventi di miglioramento necessari e le attività che la Regione, nell'ambito delle proprie competenze, dovrà portare a compimento, al fine di riqualificare il complessivo sistema regionale della tutela della salute mentale, come di seguito riportato:

Parte

- a) Rideterminare il modello organizzativo del DSM ed il fabbisogno di personale, al fine del potenziamento dell'assistenza territoriale dei CSM, nell'ambito della prevista riorganizzazione del territorio, secondo gli indirizzi previsti dalla DGR 916/10 e dal documento regionale su “ Riorganizzazione per il rafforzamento del DSM “ (2011).
- b) Ridefinire i parametri previsti dal R.R. 3/06.
- c) Adeguare le tariffe delle prestazioni riabilitative psichiatriche residenziali e diurne.
- d) Prevedere nella rete delle strutture riabilitative una tipologia di struttura riabilitativa h24 per la riabilitazione estensiva, definendone destinatari, requisiti strutturali, organizzativi e di personale, tempi di permanenza e relative tariffe.
- e) Regolamentare le procedure per le riconversioni.
- f) Redigere un accordo contrattuale tipo, di durata triennale, da utilizzare in ciascun DSM.
- g) Regolamentare le prestazioni di riabilitazione psichiatrica domiciliare.
- h) Predisporre il Regolamento tipo del DSM, con il quale, tra l'altro, prevedere l'istituzione di un Organismo di Governance della riabilitazione residenziale e semiresidenziale.
- i) Disciplinare il fabbisogno delle strutture sociosanitarie (case per la vita) anche con riferimento a pazienti da dimettere dal circuito riabilitativo, definire le rette ai fini della programmazione economica. Con riguardo alle suindicate attività, con deliberazione n.2335 del 3 dicembre 2013, sono state adeguate le tariffe di cui al punto c), mentre, per quanto concerne gli altri punti, la competente Struttura Regionale ha avviato le attività istruttorie per la predisposizione delle proposte di modifica ed integrazione agli atti regolamentari e di indirizzo regionale.

LA COMMISSIONE

La Commissione Regionale per la riqualificazione del Sistema regionale della Tutela della Salute Mentale, costituita con DGR n.2338 del 3-12-2013 per le finalità in premessa riportate, viene integrata in modo tale da essere così composta:

- DELL'ACQUA Giuseppe
- DEL GIUDICE Giovanna
- ABBONDANZA Nunzia
- SUMA Domenico
- SEMISA Domenico
- SERRA Elio
- GENCHI Mariantonietta
- PALOMBA Giuseppe
- CIPOLLA Giuseppe
- PILLO Giuseppe

DGR 20.5.14, n. 958 - Commissione Regionale Vaccini. Modifica Calendario Regionale per la vita 2012 - DGR 241/2013. Approvazione nuovo Calendario Vaccinale per la vita 2014. (BUR n. 74 dell'11.6.14)

Note

Viene preso atto delle decisioni della Commissione Regionale Vaccini nella seduta del 22 gennaio 2014 di cui all'Allegato “A” parte integrale e sostanziale del presente provvedimento;

Sono approvate le modifiche al “Calendario Vaccinale per la Vita 2012 Regione Puglia” di cui alla DGR n. 241/2013, secondo le modalità dettagliate nell'Allegato “A”, che costituiscono il Nuovo Calendario Vaccinale per la vita 2014.

Viene dato mandato ai Direttori Generali delle ASL di garantire l'osservanza dei Livelli Essenziali di Assistenza per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNPV e dal Nuovo Calendario Vaccinale 2014, nonché di garantire il monitoraggio dei dati vaccinali e la corretta e puntuale comunicazione

Parte

degli stessi, attraverso il sistema di informatizzazione delle anagrafi vaccinali “GIAVA”, già in uso nella Regione Puglia.

Viene attribuito all’OER il compito di predisporre un pacchetto formativo per gli operatori, compresa la realizzazione delle attività di comunicazione, da sottoporre al Servizio PATP dell’Assessorato al Welfare che ne curerà la pubblicazione sul sito istituzionale, al fine di sostenere le strategie vaccinali del Nuovo Calendario Vaccinale 2014.

DGR 20.5.14, n. 960 - Registro Malformazioni Congenite della regione Puglia: integrazione costituzione Comitato Tecnico Scientifico e costituzione della rete dei referenti della diagnostica prenatale - Presa d’atto del Regolamento di funzionamento. (BUR n. 78 del 18.6.14)

Note

Viene attivato il Registro delle malformazioni congenite che, a partire dal 2014, rappresenta un’attività istituzionale delle aziende ed enti del Sistema Sanitario.

Viene approvato il protocollo d’intesa allegato alla citata deliberazione;

Viene autorizzato il Servizio PATP ad assumere i conseguenti provvedimenti, compreso l’impegno e la liquidazione della somma di € 100.000,00 in favore della A.O.U.C. Policlinico di Bari a copertura delle spese necessarie all’attivazione del centro di coordinamento.

Nel citato Protocollo di Intesa, all’art. 6, è prevista la costituzione di un Comitato Tecnico-Scientifico con funzioni di indirizzo e valutazione delle attività, così composto: Assessore al Welfare della Regione Puglia o, in caso di sua assenza o impedimento, il Dirigente del Servizio P.A.T.P.; Direttore Generale dell’ARES Puglia; Responsabili delle Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) delle strutture pubbliche e private della Regione Puglia; Responsabile dell’OER Puglia; Direttore Generale di ARPA Puglia; Direttore dell’U.O.C. di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale dell’A.O.U.C. Policlinico di Bari; Direttore dell’U.O.C. Lab. di Genetica Medica Universitaria dell’A.O.U.C. Policlinico, ovvero loro delegati.

Viene integrata la composizione del Comitato Tecnico Scientifico stabilita con D.G.R. n. 1409 del 23/7/2013, con le seguenti figure: un referente del Coordinamento Regionale delle Malattie Rare; due referenti per ciascuna ASL pugliese e precisamente un medico neonatologo-pediatra ed un medico ginecologo-ostetrico con competenze di diagnostica delle malformazioni in età fetale; il Direttore della UO di Medicina Fetale e Diagnosi Prenatale della ASL di Bari, quale coordinatore della Rete di Diagnosi Prenatale operante in questa regione;

Viene preso atto del Regolamento per il funzionamento del Registro delle Malformazioni Congenite, così come predisposto dal Comitato Tecnico-Scientifico, che si allega al presente provvedimento quale

DGR 27.5.14, n. 1074 - Deliberazione di giunta regionale 7 novembre 2013, n. 2067 “Documento Appropriately dei ricoveri in Riabilitazione Intensiva - Approvazione” - Modifica ed integrazione. (BUR n. 80 del 23.6.14)

Note

PREMESSA

Con DGR 7 novembre 2013, n.2067 è stato approvato il “Documento Appropriately dei ricoveri in Riabilitazione Intensiva” allegato alla deliberazione a farne parte integrante e sostanziale.

Il predetto Documento è stato elaborato dall’Unità di Valutazione Appropriately Ricoveri e Prestazioni regionale (UVARP), con la collaborazione della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) della Regione Puglia, e, sulla scorta della normativa di riferimento, delle evidenze internazionali di efficacia e delle nuove strategie di presa in cura riabilitativa, fornisce indicazioni sui criteri ed i requisiti dei vari setting riabilitativi al fine di stabilirne l’appropriately.

Il Documento è strutturato in modo da distinguere, nell’ambito del trattamento riabilitativo intensivo, la Riabilitazione Intensiva individuata dal codice 56 e la Riabilitazione Intensiva ad Alta specializzazione

Parte

individuata dai codici 75 e 28.

Per ciò che concerne la Riabilitazione Intensiva cod.56, il Documento individua l'ambito nel quale si svolge tale attività di riabilitazione, gli obiettivi degli interventi riabilitativi ed i protocolli di appropriatezza.

Nella sezione A- Riabilitazione intensiva cod. 56 del predetto Documento allegato alla DGR n. 2067/2013, al paragrafo Ambiti di Patologia Riabilitativa Intensiva Ospedaliera (RIO), in riferimento alla MDC 08 - RIO in Patologie dell'Apparato Locomotore nella relativa tabella è stato riportato quale durata massima del trattamento riabilitativo post acuto il termine di 30 giorni.

Il predetto limite alle giornate di degenza in Riabilitazione intensiva cod. 56 non è in linea con quanto stabilito nella Deliberazione di Giunta regionale 13 maggio 2013, n.951 con la quale è stato approvato il nuovo tariffario regionale per la remunerazione delle Prestazioni di assistenza Ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR, ai sensi del D.M. 18 ottobre 2012.

Infatti, la DGR n.951/2013 riporta quale valore soglia per i ricoveri di riabilitazione intensiva cod. 56 - MDC 08 il termine di 40 giorni oltre il quale la relativa tariffa viene abbattuta del 40%.

LA DISPOSIZIONE

Si riallinea il valore soglia della MDC 08 - Riabilitazione intensiva cod. 56 indicato nella DGR n.951/2013 con quello indicato nella DGR n. 2067/2013.

Viene modificato l'allegato A alla predetta deliberazione, nella sezione A- Riabilitazione intensiva cod. 56, paragrafo Ambiti di Patologia Riabilitativa Intensiva Ospedaliera (RIO), MDC 08 - RIO in Patologie dell'Apparato Locomotore, nella relativa tabella, sostituendo le parole:

“Trattamento riabilitativo post acuto durata max. 30 giorni”

con le seguenti

“Trattamento riabilitativo post acuto durata 40 giorni oltre il quale la relativa tariffa viene abbattuta del 40%”

Viene inoltre integrato l'allegato A alla DGR n. 2067/2013, nella sezione A- Riabilitazione intensiva cod. 56, paragrafo Ambiti di Patologia Riabilitativa Intensiva Ospedaliera (RIO), nel seguente modo:

- In riferimento alla MDC 01 - RIO in Patologie del Sistema Nervoso, nella relativa tabella, aggiungendo alle parole:

“Trattamento riabilitativo post acuto durata 60 giorni”

le seguenti parole

“oltre il quale la relativa tariffa viene abbattuta del 40%”

In riferimento alla MDC 04 - RIO in Patologie dell'Apparato Respiratorio, nella relativa tabella, aggiungendo alle parole:

“Trattamento riabilitativo post acuto durata 30 giorni”

le seguenti parole

“oltre il quale la relativa tariffa viene abbattuta del 40%”

- In riferimento alla MDC 05 - RIO in Patologie dell'Apparato Cardiovascolare, nella relativa tabella, aggiungendo alle parole:

“Trattamento riabilitativo post acuto durata 30 giorni”

le seguenti parole

“oltre il quale la relativa tariffa viene abbattuta del 40%”

DGR 4.6.14, n. 1118 - Tetti di spesa regionali per l'acquisto di prestazioni termali per il triennio 2013 - 2015. (BUR n.82 del 25.6.14)

Note

Sono approvati, in riferimento agli anni 2013 - 2014 e 2015, i tetti di spesa assegnati alle Aziende

Parte

Sanitarie Locali per l'acquisto delle prestazioni termali.

Secondo quanto disposto nell'Accordo sottoscritto in data 7 novembre 2013 tra la Conferenza Stato-Regioni e Federterme per l'erogazione delle prestazioni termali per il triennio 2013-2015, l'aggiornamento delle tariffe per il triennio 2013-2015 decorre dal 1° luglio 2013 e per una più agevole rilevazione e contabilizzazione delle prestazioni termali da parte delle Aziende Sanitarie Locali l'aggiornamento tariffario si applica per i cicli di cure termali la cui prima prestazione venga effettuata a partire dal 1° luglio 2013.

A seguito di quanto stabilito nell'art. 3 della legge regionale n. 12/2010, in attuazione dell'articolo 8 quinquies, comma in attuazione dell'articolo 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis), e del comma 2- quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e s.m.i., negli accordi contrattuali stipulati con gli erogatori privati, provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditati, deve essere garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture in base al tetto di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente.

E' vietata, quindi, l'erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei predetti tetti di spesa massimi.

Secondo quanto disposto nell'Accordo nazionale del 7 novembre 2013 per l'erogazione delle prestazioni termali per il triennio 2013-2015, eventuali superamenti dei tetti di spesa previsti per ciascuna Regione incrementati nella misura di cui all'art.1, comma 178, legge n. 228/2012, danno titolo alle Aziende Sanitarie Locali ad ottenere l'emissione di nota di credito fino a concorrenza dell'importo corrispondente dalle aziende termali i cui volumi di attività e fatturato hanno concorso al superamento della spesa prevista a carico del Servizio Sanitario Regionale.;

SICILIA

DASS 26.3.14. Adozione del Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale 2013-2015.

DASS 23.4.14 - Integrazioni e correzioni al Programma operativo di consolidamento e sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema sanitario regionale 2013-2015, già approvato con D.A. n. 476 del 26 marzo 2014.

DD 20.5.14. - Individuazione dei centri cui è consentito l'impiego del medicinale Xolair (omalizumab) . (GURS n. 24 del 13.6.14)

DD 23.5.14 - Adozione delle linee guida per l'implementazione della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione. . (GURS n. 24 del 13.6.14)

Art. 1

Sono approvate le linee guida per l'implementazione della metodologia regionale uniforme di controllo di gestione, allegate al presente decreto di cui costituiscono parte integrante.

Art. 2

È fatto obbligo alle aziende di recepire il presente provvedimento e le linee guida in allegato che ne costituiscono parte integrante, con provvedimento formale da trasmettere entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente decreto all'Assessorato regionale della salute, Dipartimento pianificazione strategica, Servizio 5 economico-finanziario.

Art. 3

È fatto altresì obbligo alle Aziende di assicurare che le metodologie di raccolta, elaborazione e rappresentazione dei dati ai fini del controllo di gestione siano conformi alle previsioni contenute nelle linee guida di cui al presente provvedimento.

Art. 4

Parte

La metodologia regionale per il controllo di gestione prevede la produzione della reportistica da parte delle aziende con cadenza trimestrale. La data del 30 marzo 2015 è il termine ultimo per la messa a regime della reportistica prevista dalla linee guida in allegato, in concomitanza della rilevazione dei dati a consuntivo per l'anno 2014.

Art. 5

Con apposita circolare saranno definiti i tempi e le modalità per la verifica nelle aziende, da parte della Regione, dell'attuazione della rilevazione, elaborazione e rappresentazione dei dati secondo quanto definito dalle linee guida in allegato al presente provvedimento.

Art. 6

Il rispetto delle disposizioni di cui al presente decreto sarà assunto tra gli indicatori di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati ai direttori generali.

DD 29.5.14 - Attività di prescrizione e di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali. Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, attuativo del comma 2 del citato art. 50, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 25 ottobre 2004 n. 251. . (GURS n. 24 del 13.6.14)

Art. 1

Ai fini di una migliore presa in carico dei pazienti che accedono al percorso assistenziale di diagnosi e cura, così come già definito alla lettera g) della circolare n. 1293 del 25 luglio 2012 pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 10 agosto 2012, recependo quanto precisato nelle “Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d’attesa”, collegate al Piano nazionale di governo dei tempi d’attesa 2010-2012, i medici prescrittori, come individuati dal decreto 12 agosto 2010 “Regolamento di gestione delle prescrizioni”, hanno l’obbligo di precisare nella richiesta la “tipologia di accesso”(se primo accesso o altro accesso). I sistemi gestionali informatici in uso dai medici prescrittori dovranno essere conseguentemente aggiornati.

Art. 2

Specificatamente per le visite ambulatoriali, si precisa che le visite dopo la prima, di un paziente con patologia cronica, per un problema già inquadrato e da monitorare in uno specifico iter diagnostico terapeutico, vanno sempre considerate come visite di controllo identificate dal codice 89.01 indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita. Pertanto, l’assistito esente ai sensi del DM n. 329 del 1999 e s.m.i. ha diritto alle visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se accede per la prima volta ad una struttura diversa da quella di riferimento. L’esenzione si applica anche per le visite in discipline specialistiche diverse ma comunque correlate con quella di riferimento che ne ha determinato l’esenzione.

Art. 3

Le indicazioni del livello di priorità clinica, della diagnosi o del quesito diagnostico, della tipologia di accesso e se trattasi di prescrizione suggerita dallo specialista, devono essere riportate, dai medici prescrittori, su ogni prescrizione per qualunque prestazione specialistica ambulatoriale.

Art. 4

È fatto obbligo ai responsabili dei Centri unici di prenotazione (CUP) delle aziende e delle strutture sanitarie pubbliche e delle strutture del privato accreditato, registrare, all’atto della prenotazione per le prestazioni ambulatoriali, se il richiedente la prenotazione accetta/non accetta la prima data di prenotazione disponibile assegnata dal CUP, raccogliendo così il dato “Garanzia dei tempi massimi” d’attesa.

Art. 5

E’ fatto obbligo alle aziende ed alle strutture sanitarie pubbliche, nonché alle strutture del privato

Parte

accreditato, inserire nel flusso ex art. 50 e nel flusso “C”o “M”, specifici per le prestazioni ambulatoriali, sia il dato relativo alla “tipologia di accesso” sia il dato relativo alla “Garanzia dei tempi massimi”.

Art. 6

Essendo i sovradescritti adempimenti collegati alle attività di monitoraggio dei tempi d’attesa all’interno del programma di garanzia dei LEA, tutte le aziende sanitarie e le strutture pubbliche e private accreditate della Regione siciliana, sono tenute a porre in essere tutte le azioni utili affinché venga effettuato compiutamente quanto disposto dalla presente normativa. Le aziende sanitarie provinciali sono tenute a vigilare, monitorare ed intervenire sull’attività prescrittiva in caso di non conformità.

Art. 7

A livello regionale sarà effettuata l’analisi ed il monitoraggio sulla ottemperanza a tali adempimenti attraverso la verifica trimestrale dei flussi per le prestazioni ambulatoriali, a partire da 90 giorni dalla pubblicazione del presente decreto.

DD 12.5.14 -Approvazione di Schede di monitoraggio per la prescrizione di medicinali a base di rosuvastina e dell’associazione preconstituita simvastatina-ezetimibe. . (GURS n. 25 del 20.6.14)

.TOSCANA

DGR 16.6.14, n. 498 - Prezzo di rimborso dei medicinali: modifica deliberazione GRT n. 400 del 19-05-2014. (BUR n. 25 del 25.6.14)

VENETO

DGR 27.5.14, N. 771 - Individuazione delle nuove modalità organizzative regionali per la gestione della sclerosi multipla. aggiornamento della dgr n. 641 del 7 maggio 2013. (BUR n. 61 del 20.6.14)

Note

Con il presente provvedimento si delinea un nuovo modello di rete "hub & spoke" per la gestione dei pazienti affetti da sclerosi multipla e si aggiornano i centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci sottoposti a registro di monitoraggio aifa già allegato al dgr n. 641/2013 sostituendo gli allegati al.1 e al.1.a della stessa

ALLEGATO A

NUOVA ORGANIZZAZIONE DEI CENTRI PER LA SCLEROSI MULTIPLA DELLA REGIONE DEL VENETO SECONDO UN MODELLO HUB & SPOKE

IDENTIFICAZIONE DELLA RETE DEI CENTRI PER LA GESTIONE DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI PER LA SCLEROSI MULTIPLA

I neurologi prescrittori dei nuovi farmaci (Fingolimod e Natalizumab) devono essere in grado di selezionare in modo accurato i pazienti che possono trarre vantaggio da questi trattamenti e di garantire un corretto monitoraggio clinico, possibilmente con costi contenuti.

A tal fine, in linea con quanto previsto dal Piano Sanitario della Regione Veneto (Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23 “*Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano sociosanitario regionale 2012 – 2016*”), la Regione del Veneto con DGR n. 641/2013 ha riorganizzato la Rete dei Centri SM secondo un modello “Hub & Spoke”.

In ragione delle competenze possedute da parte di taluni Centri o della loro ubicazione territoriale rispetto al Centro Hub di riferimento, si ritiene necessario rivalutare la rete esistente dei Centri identificando:

- 1) Centri Hub le UOC Neurologia con bacino di utenza non inferiore a 700.000 abitanti;
- 2) Centri Spoke PS (Prescrizione e Somministrazione) le UOC Neurologia che avessero già in trattamento con Fingolimod e Natalizumab almeno 10 pazienti prima dell’entrata in vigore della DGR n. 641/2013 o che fossero

Parte

dislocate geograficamente lontano dai Centri Hub di riferimento;

3) Centri Spoke tutte le altre UOC di Neurologia attualmente esistenti.

In **Allegato C** sono riportati i Centri Hub, Spoke PS e Spoke della Regione del Veneto.

ARTICOLAZIONE DEI CENTRI

Ruolo e attività dei Centri Spoke

I Centri Spoke devono essere in grado di garantire:

1. accuratezza della diagnosi, con l'attuazione di appropriate procedure diagnostiche;
2. appropriatezza nel monitoraggio nel tempo, con controlli clinici e di neuroimmagine;
3. tempestività nell'attuazione di interventi diagnostici e terapeutici nel corso dell'evoluzione della malattia in relazione all'emergere di problematiche cliniche correlate;
4. la prescrizione, la somministrazione e il monitoraggio di alcuni farmaci disease modifying (ad eccezione dei farmaci sottoposti a registro di monitoraggio AIFA Natalizumab e Fingolimod);
5. la somministrazione e l'attento monitoraggio del medicinale Sativex®, previa autorizzazione da parte del Centro Hub di riferimento nel rispetto di un PDTA condiviso che prevede l'invio al Centro Hub di copia delle schede di arruolamento, prescrizione e follow-up previste da Registro AIFA e la notifica di eventuali modifiche della terapia tramite la scheda di monitoraggio regionale (**Allegato B**) e il successivo monitoraggio condiviso sia della risposta che della gestione delle eventuali complicanze.

Ruolo dei Centri Spoke PS

Oltre a quanto già previsto per i Centri Spoke, i Centri Spoke PS dovranno inoltre garantire:

1. la prescrizione, la somministrazione e l'attento monitoraggio di tutti i farmaci soggetti a registro di monitoraggio AIFA (Natalizumab e Fingolimod e Sativex®) previa autorizzazione da parte del Centro Hub di riferimento nel rispetto di un PDTA condiviso che prevede l'invio al Centro Hub di copia delle schede di arruolamento, prescrizione e follow-up previste da Registro AIFA e la notifica di eventuali modifiche della terapia tramite la scheda di monitoraggio regionale (**Allegato B**) e il successivo monitoraggio condiviso sia della risposta che della gestione delle eventuali complicanze.

Ruolo dei Centri Hub

Oltre a quanto già previsto per i Centri Spoke, i Centri Hub dovranno inoltre garantire:

1. la presenza di tutte le figure specialistiche coinvolte nella gestione di questi pazienti, organizzate all'interno di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) dove vengano identificati: ruoli e azioni del *team* multidisciplinare nelle diverse fasi dell'assistenza; modalità di integrazione con i Centri Spoke e Spoke PS nell'ottica di una organizzazione "Hub & Spoke" per la presa in carico del paziente e di una forte integrazione;
2. la prescrizione, la somministrazione e l'attento monitoraggio di tutti i farmaci soggetti a monitoraggio AIFA (Natalizumab e Fingolimod e Sativex®);
3. un protocollo di gestione delle possibili complicazioni dei farmaci;
4. un protocollo per la gestione di interventi assistenziali anche a carico dei pazienti presi in carico dai Centri Spoke e Spoke PS;
5. la raccolta dei dati di prescrizione dei farmaci disease modifying dei Centri Spoke e Spoke PS dell'area di riferimento;
6. l'organizzazione di incontri periodici con i Centri Spoke e Spoke PS per la discussione dei casi clinici più problematici;
7. incontri periodici tra i referenti dei Centri Hub per confrontare e analizzare i dati prescrittivi dell'area di propria competenza.

Nell'attuazione dell'*iter* diagnostico-terapeutico, tutti i Centri avranno quindi un ruolo di centralità che deve essere condiviso interloquendo con il Medico di Medicina Generale, che rimane comunque il punto di riferimento per i problemi generali di salute, e con le strutture territoriali per quanto ad esse compete.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA DEI CENTRI

Per una gestione ottimale dell'*iter* diagnostico-terapeutico si ritiene che tutti i Centri appartengano ad una struttura ospedaliera dove sia presente una U.O.C. di Neurologia.

Per quanto detto, si ritiene necessaria per ogni Centro un'articolazione in:

1. unità di degenza: per ricovero di pazienti con attacco clinico non altrimenti gestibile in ragione della sua

Parte

severità, della sua complessità assistenziale, della necessità di accurato monitoraggio clinico; in soggetti in fase avanzata di malattia per la gestione di problematiche cliniche complesse (disturbi urologici di difficile inquadramento e gestione ambulatoriale, disturbi della deglutizione con necessità di predisporre accertamenti e provvedimenti *ad hoc*, spasticità severa, gestione del dolore, dei decubiti, ecc.);

2. servizio ambulatoriale: per il regolare follow-up clinico e terapeutico;

3. servizio di day-hospital/day service (o altro modello organizzativo simile): per la gestione dei trattamenti farmacologici che richiedano monitoraggio clinico e tempi protratti di osservazione.

Pertanto, in accordo con il documento del Gruppo di Studio SM della SIN (*“Ruolo, Attività ed organizzazione dei Centri SM”* del 19 marzo 2010), i Centri Hub dovranno garantire servizi specialistici nell’ottica di un team multidisciplinare in grado di affrontare i numerosi problemi che la malattia comporta nel tempo e che preveda l’intervento di:

1. neuroriabilitatore
2. neuroradiologo
3. psicologo-neuropsicologo
4. neurofisiologo
5. urologo
6. andrologo
7. ginecologo
8. oculista
9. otorinolaringoiatra
10. logopedista
11. endocrinologo
12. nutrizionista
13. assistente sociale
14. dermatologo

oltre ad eventuali altre competenze specialistiche per problemi clinici specifici. Il team multidisciplinare dovrà essere formalizzato con delibera del Direttore Generale della struttura a cui afferisce il Centro Hub. Il coordinamento del team dovrà essere affidato al neurologo di riferimento del team.

FOLLOW-UP

Il monitoraggio delle terapie standard è di competenza di tutti i Centri e dovrà essere almeno annuale o ad ogni cambio di terapia, con segnalazione da parte dei Centri Spoke e Spoke PS dei dati di follow-up al Centro Hub di riferimento tramite l’apposita scheda di monitoraggio regionale (**Allegato B**).

Il monitoraggio di Natalizumab e Fingolimod è a carico dei Centri Hub e dei Centri Spoke PS, in condivisione con i Centri Hub di riferimento.

Il monitoraggio di Sativex® è di competenza di tutti i Centri, in condivisione con i Centri Hub di riferimento.

DISPENSAZIONE DEI FARMACI

Ai Centri prescrittori compete la somministrazione/dispensazione di tutti i farmaci prescritti.

Pertanto, ai Centri Hub e Spoke PS compete la gestione dei farmaci oggetto di monitoraggio da parte di AIFA Natalizumab e Fingolimod: Natalizumab sarà somministrato ai pazienti (infusione endovenosa) presso il Centro Hub o Spoke PS di riferimento, mentre Fingolimod (somministrazione orale) sarà erogato esclusivamente mediante il canale della distribuzione diretta da parte delle Farmacie Ospedaliere afferenti ai Centri Hub e Spoke PS, senza che ciò comporti nessun aggravio per il paziente, in quanto la distribuzione del farmaco verrà fatta coincidere quando possibile con le visite di controllo (inizialmente ogni 4 settimane).

A tutti i Centri Hub, Spoke PS e Spoke compete la dispensazione del medicinale Sativex® (spray orale), che sarà erogato esclusivamente mediante il canale della distribuzione diretta da parte delle Farmacie Ospedaliere dei Centri prescrittori.

Figura 1. (SI RINVIA ALLA LETTURA INTEGRALE DEL TESTO)

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE TERAPIE NEI PAZIENTI CON SCLEROSI MULTIPLA

UO Neurologia Ospedale

Medico referente

Parte

Fax Tel. Data di compilazione:

DATI DEMOGRAFICI E CLINICI DEL PAZIENTE:

Cognome
 Nome
 C.F.
 Data di nascita Comune di residenza Provincia
 Data di esordio della malattia (mese/anno): Data di diagnosi (mese/anno):

MONITORAGGIO CLINICO E TERAPEUTICO (OGNI 12 MESI O AD OGNI NUOVA PROPOSTA TERAPEUTICA)

Decorso attuale: RIS CIS RR PP SP [data inizio progressione:]
 Numero di ricadute negli ultimi 12 mesi: con esiti: no si
 Progressione EDSS ultimi 12 mesi: no si punti: EDSS attuale: (non in ricaduta)
 Data ultima RM encefalo/midollo: Progressione RM (nuove lesioni T2/captanti): no si

TERAPIE DISEASE-MODIFYING EFFETTUATE: in corso in passato mai
 inizio (m/a) fine (m/a) motivo eventuale sospensione

Copaxone .../...../.....
 Avonex .../...../.....
 Rebif 22 .../...../.....
 Rebif 44 .../...../.....
 Betaferon/Extavia .../...../.....
 Azatioprina* .../...../.....
 Mitoxantrone .../...../.....
 Ciclofosfamide* .../...../.....
 Metotrexate** .../...../.....
 Tysabri .../...../.....
 Gilenya .../...../.....
/...../.....

* Inseriti nell'elenco dei farmaci con uso consolidato nel trattamento delle patologie neurologiche per indicazioni diverse da quelle previste dal provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio.

ALLEGATOB

** Farmaco impiegato off label

TERAPIA SINTOMATICA: no si

SPECIFICARE (NOME DEI FARMACI):

.....

Nuova Proposta Terapeutica:

NOTE/COMMENTI:

.....

ALLEGATO C

CENTRI AUTORIZZATI ALLA GESTIONE DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI PER LA SCLEROSI MULTIPLA

- Nota 65: Interferone beta-1a, Interferone beta-1b, Glatiramer, Fingolimod
- Natalizumab
- Sativex®

HUB

- IFN beta-1a, IFN beta-1b, glatiramer;
- Natalizumab, Fingolimod;
- Sativex®

Parte

SPOKE PS°

- IFN beta-1a, IFN beta-1b, glatiramer;
- Natalizumab, Fingolimod;
- Sativex®

SPOKE^

- IFN beta-1a, IFN beta-1b, glatiramer;
- Sativex®

Dipartimento Neuroscienze UO Neurologia Casa di Cura Pederzoli Peschiera del Garda

AOUI Verona UO Neurologia Az ULSS 21 Legnago

UO Neurologia Ospedale Sacro Cuore Negrar

UO Neurologia Az ULSS 3

UO Neurologia UO Neurologia Az ULSS 4

Az ULSS 6 Vicenza -

UO Neurologia Az ULSS 5

UO Neurologia Az ULSS 15

Clinica Neurologica II Az ULSS 16

UO Neurologia Piove di Sacco Az ULSS 16

Clinica Neurologica

AO Padova UO Neurologia Az ULSS 18 Rovigo

UO Neurologia Az ULSS 17

UO Neurologia Portogruaro Az ULSS 10

UO Neurologia Mestre Veneto Orientale

Az ULSS 12 Veneziana UO Neurologia Az ULSS 13 Mirano

UO Neurologia Venezia Az ULSS 12

UO Neurologia Az ULSS 1

UO Neurologia UO Neurologia Az ULSS 7

Az ULSS 9 Treviso UO Neurologia Az ULSS 2 Feltre

UO Neurologia Az ULSS 8

°PS = prescrizione e somministrazione; interagisce con il Centro Hub di riferimento attraverso un PDTA condiviso: la selezione dei pazienti da trattare con

Natalizumab, Fingolimod e Sativex® rimane in carico al Centro Hub, con cui il Centro Spoke PS concorda la terapia prima dell'inizio del trattamento.

^ = interagisce con il Centro Hub di riferimento attraverso un PDTA condiviso: la selezione dei pazienti da trattare con Sativex® rimane in carico al Centro Hub, con cui il Centro Spoke concorda la terapia prima dell'inizio del trattamento.

DGR 27.5.14, n. 773 - Modifica delle modalità di dispensazione dei prodotti dietetici a carico SSR in favore dei pazienti affetti da insufficienza renale cronica (IRC) in terapia conservativa. abrogazione della DGR n. 2661 del 12 settembre 2003 e del decreto del dirigente della direzione regionale piani e programmi socio sanitari n.1221 del 29 settembre 2003. (BUR n. 60 del 17.6.14)

Note

Con il presente provvedimento si aggiornano i criteri di eleggibilità dei pazienti, si introduce flessibilità nelle categorie dei prodotti prescrivibili dallo specialista eleggendo quale criterio per la loro individuazione l'inclusione nel "registro nazionale degli alimenti destinati ad una alimentazione particolare", e si adotta una nuova modulistica.

BOLZANO

DGP 27.5.14, n. 589 - Rideterminazione dei prezzi di rimborso di dispositivi medici (BUR n. 23 del 10.6.14)

1. di sostituire il punto 1 della propria deliberazione n. 492 del 29 aprile 2014 come segue:

Parte

“di rideterminare con decorrenza 1° luglio 2014 i prezzi di rimborso di tutti i dispositivi medici per diabetici nonché dei dispositivi medici ad assorbenza usa e getta per incontinenti adulti, erogabili ai sensi del regolamento approvato con propria deliberazione n. 809 del 14 marzo 2005, integrato con propria deliberazione n. 1687 del 19 maggio 2008 nonché ai sensi dell’articolo 12, comma 2, della legge provinciale 11 ottobre 2012, n. 16”;

2. di sostituire il punto 2 della propria deliberazione n. 492 del 29 aprile 2014 come segue:

“di stabilire che sui prezzi di rimborso rideterminati per diabetici non si applica lo sconto del 10%, introdotto con propria deliberazione n. 477 del 21 marzo 2011, modificata con propria deliberazione n. 923 del 6 giugno 2011”;

3. di sostituire l’elenco (Allegato A) approvato con propria deliberazione n. 492 del 29 aprile 2014 con l’allegato elenco (Allegato A); i prezzi di rimborso indicati in tale elenco hanno validità fino al 31 marzo 2015 e sono rideterminati con propria deliberazione;

DASS 11.6.14, n. 173/23.2 - Individuazione dei Centri autorizzati alla prescrizione di farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale secondo le indicazioni dell’Agenzia italiana del farmaco - AIFA

Note

Viene approvato l’allegato elenco che definisce per singolo farmaco e indicazione il centro autorizzato alla prescrizione a carico del Servizio sanitario nazionale, secondo le indicazioni stabilite dall’Agenzia italiana del farmaco – AIFA.

TRENTO

AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI

DELIBERA DEL CONSIGLIO DI DIREZIONE del 30 aprile 2014, n. 3 - Adozione Bilancio d’Esercizio 2013 (BUR n. 24 del 17.6.14)

PRESENTAZIONE

La Relazione rappresenta un interessante documento in ordine all’obbligo che dovrebbe far capo a tutte le Aziende Sanitarie Locali di rendere conto di quanto realizzato e prodotto nel corso dell’esercizio finanziario di competenza.

A tale riguardo si sottolinea che sono rare le Aziende che presentano relazioni specifiche; si ricorda che oltre alla relazione è anche opportuna la redazione del “bilancio sociale”, cos’ come propugnato fin dal 2006.

Si riportano le parti della relazione ritenute di maggior interesse, omettendo le tabelle.

PARTE I - ANDAMENTO DELLA GESTIONE.

Con riferimento ai risultati della gestione economica, il Bilancio d’Esercizio 2013 si è chiuso in sostanziale equilibrio, con un utile di Euro 19.250 e con un ammontare complessivo di costi (calcolato al netto delle quote di ammortamento sterilizzate) pari a **1.218,07** milioni di Euro, contro i **1.233,75** milioni di Euro del 2012.

La diminuzione dei costi 2013 è stata influenzata, principalmente, da:

la contrazione dei costi per l’**acquisto di servizi sanitari e rimborsi (-4,82 milioni**, pari allo 0,97%);

il decremento dei costi per l’**acquisto di servizi tecnico-economici (-2,21 milioni**, pari al 2,06%);

la differenza contabile, rispetto al dato 2012, nella **variazione delle rimanenze (-1,89 milioni)**;

la diminuzione degli oneri per il **godimento dei beni di terzi (-0,87 milioni**, pari al 10,06%).

Al contrario, si evidenziano le seguenti dinamiche incrementative: i maggiori oneri per gli **acquisti di materie prime, sussidiarie, di consumo e merci (+2,37 milioni**, pari all’1,72%); i maggiori costi sostenuti per il **personale dipendente (+3,84 milioni**, pari allo 0,92%); gli ammortamenti e

Parte

svalutazioni (+**1,62 milioni**, pari al 4,10%).

Tra le poste di assestamento e rettifica, iscritte in chiusura del progetto di bilancio, si pongono in evidenza la consistenza e la natura degli **accantonamenti dell'esercizio**, pari ad Euro 15.510.486= (-**0,46 milioni** di Euro, pari a -2,85%), così ripartiti:

a) **accantonamenti per rischi, per Euro 5.308.777=** (tra cui: fondo rischi cause civili, per Euro 3.998.776= e altri rischi, per Euro 1.310.001=;

b) **accantonamenti per oneri, per Euro 10.201.709=** (tra cui: Euro 612.480=, per il fondo rinnovo convenzioni sanitarie ed Euro 9.589.229=, per altri oneri e passività potenziali.

Si precisa che gli accantonamenti sopra indicati, sono stati iscritti in bilancio con il riscontro del Collegio Sindacale.

In tema di **razionalizzazione della spesa**, la Giunta Provinciale con deliberazione n. 2.679 del 07.12.2012 ha approvato le direttive per l'adozione di un Piano di Miglioramento per il triennio 2013-2015, in applicazione dell'art. 3 della L.P. n. 10/2012 e della deliberazione G.P. n. 2505 di data 23.11.2012.

In base al citato provvedimento, l'Azienda ha posto in essere rigorose azioni di monitoraggio finalizzate al raggiungimento degli obiettivi "strategici" di razionalizzazione ed essenzialità della spesa corrente nell'ambito della manovra provinciale di bilancio per l'anno 2013. A tal proposito, si evidenzia che con successiva deliberazione n. 2.527 del 05.12.2013, l'Esecutivo Provinciale ha emanato le ultime disposizioni per il finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale per l'anno 2013. Con tale provvedimento, è stata definita, tra l'altro, la **reciproca compensabilità delle riduzioni di spesa previste nel dispositivo della delibera G.P. n. 2.679/2012**, avuto riguardo al raggiungimento dell'equilibrio complessivo di bilancio. In relazione, ai tetti di spesa previsti dalle direttive provinciali, è stata data evidenza in Nota Integrativa 2013.

Nel corso dell'anno 2013, al pari degli anni scorsi, sono stati effettuati interventi di accorpamento e razionalizzazione degli acquisti, attraverso l'espletamento di procedure di gara "centralizzate" gestite dal Servizio Programmazione Acquisti e Logistica e dal Servizio Procedure di Gara e Contratti, per conto delle diverse strutture aziendali, con conseguente definizione di nuovi rapporti contrattuali. Inoltre, nel corso dell'anno, sono state condotte le rinegoziazioni dei maggiori contratti di appalto, che hanno consentito la realizzazione di significative economie, salvaguardando il più possibile, sia i livelli prestazionali dei servizi resi, sia quelli occupazionali, delle ditte appaltatrici. A tal riguardo, si segnalano le rinegoziazioni o le nuove gare per il lavanolo, la ristorazione, l'appalto CUP-CAPIRR, le manutenzioni delle attrezzature sanitarie, le manutenzioni in appalto degli immobili e relative pertinenze, per gli impianti e macchinari, per la gestione dei distributori automatici, per l'asilo nido, per le pulizie, per le manutenzioni informatiche/licenze, per i noleggi dei fotocopiatori, per la fornitura dei prodotti sanitari e non sanitari.

Nell'attuale contesto sociale ed economico, che determina anche una significativa contrazione delle risorse a disposizione dell'APSS, assume un'evidente rilevanza nello sviluppo del processo di budget, l'implementazione di attività di monitoraggio e razionalizzazione, atte a migliorare l'efficacia e l'efficienza dei processi gestiti e assicurare la sostenibilità dell'intero sistema pubblico di assistenza sanitaria della Provincia Autonoma di Trento.

Nel dettaglio del conto economico, infine, si evidenzia che la spesa complessiva sostenuta per l'**assistenza farmaceutica territoriale**, sia in regime di convenzione con le farmacie pubbliche e private del territorio (AFC), sia "per conto di APSS" (DPC), nell'anno 2013 è rimasta sostanzialmente stabile rispetto al 2012 (+ 0,15 milioni di Euro, in termini percentuali +0,19%). Al raggiungimento di questo risultato hanno contribuito in misura diversa le singole voci di spesa. Infatti, in termini assoluti la riduzione del 2,4% della spesa in AFC ha assorbito quasi del tutto l'aumento di spesa del 19,17% della DPC. Il contenimento della spesa in AFC è dipeso dalle misure di ripiano, già in vigore a carico delle

aziende e dei farmacisti; per le prime, l'applicazione del meccanismo del pay-back alternativo al taglio dei listini del 5% e il versamento dello sconto dello 0,6% e del 1,83% sul prezzo dei farmaci, mentre per le farmacie, lo sconto progressivo sul prezzo dei farmaci, il prelievo dello 0,6 % e la trattenuta del 1,82% su tutti i farmaci dispensati. Da sottolineare, inoltre, il provvedimento adottato dall'AIFA, nell'Aprile 2011, che allinea il prezzo dei farmaci inseriti nelle liste di trasparenza alla media dei prezzi della UE nonché le sopravvenute scadenze brevettuali di principi attivi ad elevato consumo.

L'aggiornamento del prezzo massimo di rimborso operato dall'AIFA ha avuto effetti immediati sulla spesa farmaceutica SSN, ma ha anche penalizzato l'accesso gratuito dei cittadini al farmaco. A tale proposito, la PAT, per il 2013, è nuovamente intervenuta a sostegno dei cittadini, facendosi carico delle quote differenziali, normalmente a carico dell'assistito, qualora non fosse stato disponibile nel ciclo distributivo locale il farmaco a prezzo di riferimento (gratuito per l'assistito).

L'accordo di "distribuzione per conto", stipulato tra le farmacie convenzionate pubbliche e private della provincia e l'APSS, oltre ad aver assicurato nel corso del 2013 la consegna capillare di farmaci innovativi e di alto costo senza alcun disagio o costo per i cittadini, è stato ulteriormente efficientato, sia aggiornando l'elenco delle specialità sotto soglia di convenienza, sia introducendo una gara unica di acquisto per i farmaci utilizzati in ospedale e sul territorio. L'effetto diretto di questo provvedimento si è tradotto in un aumento dello sconto medio di acquisto delle singole confezioni, passato dal 37% al 50%, con un incremento di spesa del 13,5%.

Per quanto riguarda i costi di distribuzione, sono cresciuti del 55,1%, ma anche il numero di pezzi è salito del 73% per via dell'introduzione delle eparine a basso peso molecolare nella DPC. In definitiva, i pezzi e gli oneri distributivi hanno avuto incrementi coerenti, mentre l'acquisto dei farmaci ha risentito positivamente dell'unificazione della gara farmaci. Si specifica, che il conto "acquisto prodotti farmaceutici per assistenza farmaceutica territoriale" non comprende i medicinali di classe A, acquistati a gara nel 2012, ed erogati direttamente dalle strutture ospedaliere alla dimissione per la continuità terapeutica ospedale-territorio.

La tabella seguente riporta i valori dei principali raggruppamenti del Conto Economico, in riferimento agli esercizi 2012 e 2013.

CONTO ECONOMICO (Valori espressi in migliaia di Euro)

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Il Bilancio d'Esercizio 2013 risulta certificato, senza osservazioni, dalla società di revisione Trevor Srl di Trento.

La gestione economica: i ricavi tipici di esercizio.

Il valore della produzione identifica i componenti positivi di reddito che riguardano la gestione caratteristica.

Comprende i seguenti aggregati funzionali: i contributi erogati, a vario titolo, dalla Provincia per il funzionamento dei servizi, sia a carattere indistinto, sia vincolato (fondo sanitario di parte corrente, fondo assistenza integrata, fondi per progetti finalizzati); i ricavi derivanti dall'attività (ticket, prestazioni a enti e imprese, rimborsi, attività libero-professionale, ecc.); alcune voci rettificative di costi d'esercizio (variazione degenze e costi capitalizzati).

Nella tabella seguente sono riepilogati, per voce aggregata, i valori relativi al 2013, confrontati con i corrispondenti valori dell'anno precedente:

Relativamente ai contributi in conto esercizio, nella tabella seguente viene esplicitata la natura indistinta e vincolata degli stessi.

Complessivamente le assegnazioni provinciali 2013 contabilizzate a bilancio sono pari a 1.121,3 milioni di € (-7,4 milioni di € rispetto il 2012). In particolare, le risorse rilevate sul Fondo sanitario

Parte

provinciale e sul Fondo Assistenza Integrata nell'anno 2013 sono state pari ad € 1.106 milioni, ai quali si aggiunge il finanziamento per le prestazioni ex art. 34 L.P. n. 33/1988 per € 0,7 milioni ed il finanziamento del saldo di mobilità sanitaria di € 14,8 milioni. Nella quota vincolata sono comprese, oltre alle quote del fondo per l'assistenza integrata pari a 174 milioni di €, le risorse per il saldo di mobilità sanitaria pari ad € 14,8 milioni ed i rimborsi di cui alla L.P. 33/1988 (0,7 milioni di €). Per quanto concerne i finanziamenti provinciali relativi a progetti finalizzati, erogati su specifica rendicontazione, sono stati riscontati 0,314 milioni di €, relativamente ai costi effettivamente sostenuti nel corso dell'esercizio 2013 e 1,324 milioni di € per quanto riguarda i progetti finanziati da altri enti, con un saldo contabile, rispettivamente, di € 0,537 milioni e di € 0,452 milioni.

Oltre alle assegnazioni provinciali, nell'ambito dei ricavi complessivi sono compresi anche quelli «propri» che sono esposti dettagliatamente nella tabella di seguito riportata.

Nella voce «proventi per prestazioni sanitarie ad assistiti» si segnala, per significatività, il valore delle prestazioni rese a residenti fuori Provincia, nell'ambito dell'istituto della “mobilità sanitaria interregionale” (mobilità attiva), che per l'anno 2013 sono quantificati in 44,30 milioni di €.

I proventi straordinari si attestano complessivamente sul valore di 4,79 milioni di € (+0,8 milioni rispetto al 2012), mentre gli oneri straordinari ammontano complessivamente, per l'esercizio 2013, a 4,09 milioni di €; pertanto, la gestione straordinaria chiude in sostanziale pareggio.

Per completezza di informazione si riepilogano le assegnazioni in conto capitale disposte dalla Giunta Provinciale nel corso del 2013 per il finanziamento del programma degli investimenti aziendali:

* € 3,00 milioni, con delibera della G.P. n. 1.001 del 24.05.2013, assegnazione interamente destinata all'acquisto di presidi protesici;

* € 4,48 milioni, con delibera della G.P. n. 1.137 del 07.06.2013, destinati ad opere di edilizia sanitaria;

* € 1,5 milioni con delibera della G.P. n. 2.029 del 27.09.2013, destinati all'acquisto di attrezzature economali. La delibera prevede, inoltre, lo spostamento di 0,1 milioni di Euro dal finanziamento finalizzato all'acquisto di presidi protesici a quello destinato all'acquisto di attrezzature economali.

Complessivamente, i finanziamenti in conto capitale, assegnati all'Azienda nel 2013, sono stati pari ad € 8,98 milioni, così suddivisi: Attrezzature Economali € 1,16 milioni; Presidi Protesici Euro 2,9 milioni; Opere di edilizia sanitaria € 4,48 milioni.

La gestione economica: i costi tipici di esercizio.

La tabella seguente evidenzia la dinamica dei costi tipici dell'esercizio sostenuti nel 2013. **PARTE II – ATTIVITÀ, RISORSE, PRESTAZIONI E SERVIZI.**

L'Assistenza Distrettuale e Socio-Sanitaria

L'assistenza distrettuale

L'assistenza distrettuale gestisce in modo integrato tutte le attività di assistenza dello specifico livello svolte in favore dei cittadini. Assicura inoltre, attraverso le strutture aziendali, le attività di: assistenza sanitaria di base; emergenza sanitaria territoriale; assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare; assistenza consultoriale; assistenza alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie; assistenza alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; assistenza alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o da alcool; assistenza a pazienti nelle fasi terminali della vita; l'assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale rivolta alle persone anziane non autosufficienti, alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool, alle persone con problemi psichiatrici, con disabilità fisica, psichica e sensoriale ed ai pazienti nelle fasi terminali della vita.

Continuità assistenziale

Per quanto concerne la continuità assistenziale, è a regime l'utilizzo del Sistema Informativo Territoriale (SIT) modulo continuità assistenziale per la gestione dell'attività; inoltre, nel 2013 è stato attivato il nuovo sistema di reportistica Qlik-view, per l'estrazione degli indicatori di attività. Il numero delle sedi del servizio di continuità assistenziale è rimasto uguale allo scorso anno, vale a dire 32; il

numero totale di ore di apertura del servizio è stato pari a € 221.359.

Cure domiciliari

Le cure domiciliari, che comprendono l'assistenza medica ed infermieristica domiciliare, sono classificate, a livello aziendale in 5 livelli di complessità progressiva: assistenza infermieristica occasionale (AIO), assistenza domiciliare infermieristica (ADInf), assistenza domiciliare programmata (ADP), assistenza domiciliare integrata (ADI) e Assistenza Domiciliare Integrata Cure Palliative (ADICP). La figura seguente illustra il numero di utenti assistiti dalle cure domiciliari, suddiviso per tipologia di cure attivate, per l'esercizio 2013. Il tasso degli utenti seguiti a domicilio distribuito per ex distretto sanitario viene illustrato nella figura seguente.

Utenti in Cure domiciliari ogni 1000 abitanti. Anno 2013. Popolazione di riferimento: popolazione al 1 gennaio 2013 (fonte dato Servizio Statistica PAT).

Legenda ambiti: a: Fiemme; b: Primiero; c: Bassa Valsugana e Tesino; d: Alta Valsugana; e: Trento, Valle dei Laghi,

Rotaliana, Paganella, Cembra; f: Valle di Non; g: Valle di Sole; h: Giudicarie e Rendena; i: Alto Garda e Ledro; l: Vallagarina;

m: Fassa. *Fonte dati Nuova reportistica da Qlik-view Cure domiciliari

Il tempo d'attesa, giorni intercorsi tra la richiesta e l'attivazione delle cure domiciliari, fissato dalle normative

contrattuali e dalle direttive aziendali, rispettivamente in 3 giorni per l'ADI e l'ADICP, 15 giorni l'ADP e 5 giorni per il piano ADInf è stato rispettato in tutti i distretti. Gli attori coinvolti nel sistema cure domiciliari (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri e Medici Specialisti delle Cure Palliative) hanno effettuato, nel corso del 2013, 294.645 accessi domiciliari, pari a una media di circa 807 accessi al giorno (sabato, domenica e festivi compresi). Infine, l'APSS è entrata a far parte dell'Osservatorio delle Buone Pratiche, nelle Cure Palliative domiciliari presso l'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali).

L'integrazione socio-sanitaria

L'area dell'integrazione socio-sanitaria, dopo la fase di assunzione di nuove competenze da parte dell'Azienda nel 2012, è stata interessata da azioni di implementazione e consolidamento dei principali processi che, data l'elevata complessità delle materia ed il numero di interlocutori ed operatori coinvolti, sono ancora in corso di completamento e piena attuazione. Le azioni realizzate sono state quelle relative all'applicazione dell'art. 21 della Legge n. 16/2010 e delle deliberazioni della Giunta Provinciale n. 2.010/11, n. 2.617/11, n. 2.207/2012, n. 2.996/2012, n. 106/2013 e n. 1.233/2013. Le principali attività realizzate nel corso del 2013 sono così sintetizzabili: attivazione di un Punto Unico di Accesso (PUA) in ogni Comunità di Valle; operatività in tutti i Distretti delle UVM nelle 5 aree di fragilità individuate dalla norma (anziani, disabili, età evolutiva, salute mentale e dipendenze); applicazione della L.P. n. 15/2012 (Assegno di cura), dando continuità al processo avviato nel mese di novembre 2012, (Delib. G.P. n. 2.207 del 15/10/12) ed applicazione del nuovo disciplinare approvato con Delib. G.P. n. 1.233/2013); consolidamento delle competenze sulle attività del Servizio assistenza domiciliare (SAD) in ADI e ADI CP, Centri diurni per anziani, Centri socio educativi per disabili, Comunità socio sanitarie per adulti e minori e interventi socio-sanitari.

I Punti Unici di Accesso (PUA)

Il Piano di miglioramento dell'APSS, adottato con delibera della Giunta Provinciale n. 1.493/2013, riconosce nel distretto il luogo di regia della presa in carico delle persone in condizioni di fragilità/cronicità, evidenziando il ruolo fondamentale del PUA come funzione organizzativa integrata, che assicura l'ordinato succedersi delle fasi necessarie all'assistenza per la presa in carico delle situazioni complesse, nel dettaglio: accoglienza e ascolto; informazioni sui servizi/ prestazioni/ benefici

Parte

e sulle modalità di attivazione, nei confronti dei cittadini/famiglie/ operatori; orientamento per semplificare l'accesso alla rete dei servizi. I destinatari dell'attività svolta nei PUA sono le persone che richiedono una presa in carico integrata sociale e sanitaria; il PUA - frutto di un'intesa PAT - Comunità di Valle - APSS – rappresenta lo strumento per razionalizzare e coordinare l'accesso ai servizi esistenti sul territorio con i seguenti obiettivi specifici: appropriatezza degli interventi e dei percorsi assistenziali proposti; coerenza tra domanda e offerta di servizi; copertura del servizio in relazione alle dimensioni del territorio; omogeneità nella qualità e negli standard di servizio resi; garanzia al cittadino di vedersi proposto un percorso diagnostico - clinico - assistenziale che tenga conto della sua situazione complessiva, dei suoi bisogni e dell'insieme delle prestazioni/interventi a cui ha diritto; sostenibilità finanziaria delle scelte operate e del loro impatto sul sistema complessivo. L'assunzione delle funzioni previste per il PUA è progressiva, nel corso dell'anno sono state create le condizioni organizzative per avviare il funzionamento (individuazione degli operatori, della sede e degli orari di apertura). Alla fine del 2013, il PUA è stato dotato di un sistema informatico (ATLANTE PUA), che consente di tracciare gli accessi, di registrare gli interventi programmati, di verificare gli impegni assunti nei casi presi in carico. La piena realizzazione dell'operatività del

PUA, come funzione strategica distrettuale, richiede il riconoscimento da parte di tutti gli interlocutori del ruolo rilevante per l'accesso alla rete dei servizi, con la conseguente assunzione di precisi impegni di riorganizzazione dei percorsi dei pazienti, delle prassi di lavoro dei servizi sociali e sanitari, l'investimento in sistemi informativi che consentano ai PUA una visione complessiva ed integrata dei percorsi dei pazienti, nonché l'investimento in formazione per sostenere la sviluppo di una cultura di integrazione socio-sanitaria.

Unità di Valutazione Multidisciplinari (UVM)

Nel 2013 è stata mantenuta l'operatività delle UVM nelle 5 aree di fragilità: Anziani, Età Evolutiva, Disabilità, Salute Mentale Adulti e Dipendenze. Di seguito, si riportano i dati relativi alle attività realizzate nel 2013.

UVM Anziani

Numero utenti valutati in UVM

(nota: * gli utenti dei territori delle Comunità Rotaliana- Konisberg; Paganella e Valle di Cembra nel 2012 sono conteggiati

nel Distretto Centro Nord e nel 2013 nel Distretto Ovest)

Numero valutazioni UVM effettuate

(nota: * gli utenti dei territori delle Comunità Rotaliana- Konisberg; Paganella e Valle di Cembra nel 2012 sono conteggiati

nel Distretto Centro Nord e nel 2013 nel Distretto Ovest)

UVM Aree Età Evolutiva, Disabilità, Salute Mentale Adulti e Dipendenze

Il numero di utenti valutati dalle UVM delle nuove aree di fragilità è tuttora contenuto. Dai dati rilevati, si evidenziano alcune difformità tra distretti che possono essere dovute in parte a motivi organizzativi (ad esempio per l'area dipendenze l'attuale organizzazione del Ser.D. porta all'attribuzione al distretto Centro-Nord dell'attività UVM anche per utenti residenti in altri territori) e in parte ad una non omogenea classificazione dell'area (ad esempio per il distretto Est disabilità vs Salute mentale).

Numero utenti valutati in UVM delle aree Età Evolutiva, Disabilità, Salute Mentale Adulti e Dipendenze

Assegno di cura

Nel 2013 è entrato a regime il processo di gestione dell'assegno di cura finalizzato all'erogazione del beneficio economico. Lo sforzo degli operatori dei Distretti è stato elevatissimo, si riassumono i principali impegni portati avanti su diversi piani: sviluppo di nuove competenze; revisione dei processi organizzativi per assumere le nuove attività, senza incremento di risorse; relazione con utenti e

Parte

famiglie, rispetto all'entità del beneficio economico; orientamento di molte situazioni problematiche e complesse ad una diversa gestione dell'assistenza; configurazione e diffusione a tutti gli operatori coinvolti (parte medica, infermieristica e amministrativa) del sistema informativo Atlante Assegno di cura.

Nell'anno 2013 hanno fatto richiesta di assegno di cura 2.566 persone così distribuite per fascia d'età:
Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) per assistenza domiciliare integrata – ADI e assistenza domiciliare integrata cure palliative – ADI-CP

Dal 1 gennaio 2012 i Distretti sono subentrati nella gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) dei pazienti ADI e ADI-CP definendo specifiche procedure di gestione con i referenti delle cooperative. La gestione dell'assistenza domiciliare SAD è valutata dagli interessati, dai familiari e dagli operatori come un importante strumento di sostegno alla domiciliarità nei casi più complessi. Nell'anno 2013, il finanziamento per ente gestore è rimasto invariato tranne che per l'ambito Alta Valsugana e l'ambito Alto Garda e Ledro, per i quali è stato deliberato dalla Giunta Provinciale un aumento per coprire il fabbisogno di ore aggiuntive.

Nell'anno 2013 il servizio è stato attivato per 462 persone, dalle UVM come indicato di seguito nella tabella. Nel 2013 è stata sperimentata una forma di assistenza domiciliare specializzata per persone con demenza, nei comuni di Trento e Rovereto, secondo le indicazioni contenute nelle deliberazioni della Giunta Provinciale n. 662/12, n. 158/2013 e n. 1.352/2013, che hanno previsto anche uno specifico finanziamento. Sulla base della sperimentazione condotta da una cooperativa capofila e governata dalle UVM di Trento e Rovereto, è stato elaborato un documento progettuale di proposta alla PAT per l'estensione del servizio su tutto il territorio provinciale, con relativo protocollo operativo per la gestione (nota APSS prot. 69160 del 06.06.2013), nonché un questionario di gradimento somministrato alle famiglie coinvolte nel progetto (i cui risultati sono stati inviati con nota APSS prot. 139078 del 15.11.2013). Sulla base dei positivi esiti raggiunti, la Giunta Provinciale, con delibera n. 2.790 del 30.12.2013, ha approvato il modello a regime del servizio "Assistenza Domiciliare per persone con demenza" su tutto il territorio provinciale, dando mandato all'APSS di bandire la relativa gara di appalto.

Centri diurni per anziani

Dal 1 gennaio 2012 i Distretti sono subentrati nelle convenzioni/contratti esistenti. Come previsto dalle direttive Provinciali, i nuovi inserimenti avvengono previa valutazione dell'UVM, mentre gli ingressi avvengono secondo procedure operative definite a livello locale con i Servizi Sociali delle Comunità ed i referenti degli enti gestori.

Nel corso del 2013 è stato elaborato il documento (nota prot. 0044667 del 10.04.2013) di proposta dei criteri di ingresso e uscita dal servizio, di esclusione per motivi di inappropriata e di ordinamento delle persone in lista di attesa, come richiesto dalle direttive PAT 2013.

Le due tabelle seguenti riportano, rispettivamente, i dati relativi ai pazienti complessivamente presenti nell'anno 2013, nonché i nuovi inseriti dalle UVM nel corso dell'anno.

Numero pazienti presenti nei centri diurni anno 2013 I tassi di occupazione rilevati dalle UVM evidenziano, complessivamente, un incremento nell'uso dei posti disponibili, ad eccezione di alcuni centri molto periferici e con un limitato bacino di utenza. Nel 2014, è previsto l'interfacciamento tra i sistemi informativi dell'APSS e quelli dei centri diurni per la rilevazione delle presenze dei pazienti. Ciò consentirà di attivare un flusso di dati per monitorare, in modo costante, il tasso di occupazione ed avere un governo più puntuale dei posti da parte delle UVM.

Centri Diurni Socio Riabilitativi per disabili, Comunità socio-sanitarie per minori, Comunità socio-sanitarie per adulti e Centri Residenziali per disabili.

Con i centri diurni e residenziali per disabili sono stati effettuati specifici incontri informativi, rivolti a tutti i professionisti dell'area sociale e sanitaria coinvolti nella possibile attivazione e gestione di

progetti di presa in carico della disabilità nell'età adulta, sia in ambito distrettuale che ospedaliero. In particolare, con i centri residenziali per disabili è stato iniziato un percorso di valutazione delle priorità di accesso, dei criteri di accesso e di uscita dalle strutture. Ulteriore impulso è stato dato alla gestione dei posti di sollievo in queste strutture, nell'ottica di sostenere maggiormente le famiglie con servizi di tregua e di accoglienza sia per situazioni di urgenza, sia per periodi di prova.

Per quanto riguarda le comunità socio-sanitarie per adulti, l'atto di indirizzo in materia di tutela della salute mentale, approvato dalla Giunta Provinciale nel settembre 2013, costituisce un importante riferimento per la ridefinizione complessiva della residenzialità psichiatrica, della quale fanno parte anche queste strutture.

Per quanto concerne le comunità per minori, APPM Campotrentino, nel corso del 2013, a seguito di specifici incontri tra la struttura ed i professionisti delle UU.OO. di Neuropsichiatria Infantile (NPI), sono progressivamente migliorati i dati di occupazione della struttura.

Proprio per le sue caratteristiche e per la necessità di conoscere in modo approfondito i bisogni degli utenti già inseriti in percorsi di presa in carico, quest'area richiede di sviluppare ulteriori e più approfonditi rapporti di collaborazione, finalizzati a conoscere e progressivamente riorientare mission e processi secondo le indicazioni normative.

Prestazioni socio-sanitarie aggiuntive

In relazione agli interventi di sostegno economico (già disciplinati dalla Delibera G.P. n. 2.617/2012), è stato effettuato nel corso del 2013 un allineamento alle vigenti direttive provinciali in materia di prestazioni sanitarie aggiuntive, finalizzato, in particolare, all'eliminazione delle duplicazioni fra il settore sanitario e il settore sociale. Anche sulla base dell'istruttoria condotta dall'APSS, sono state introdotte alcune modifiche alle modalità di effettuazione dei rimborsi agli invalidi civili per l'effettuazione di cure termali e di cure climatiche.

Inoltre, sono stati accorpate gli interventi di sostegno economico nei confronti dei nefropatici cronici e sottoposti a trapianto renale, ed è stato eliminato l'anacronistico contributo per le spese di riscaldamento in favore dei nefropatici cronici.

Per quanto concerne la prestazione aggiuntiva "Progetto di Vita Indipendente", le UVM hanno dato continuità ai circa 30 progetti esistenti a livello provinciale, provvedendo in pochi limitati casi ad attivare nuovi progetti in occasione della cessazione di altri. Di particolare rilevanza, l'adesione dell'APSS ad un progetto sperimentale di intervento in materia di vita indipendente, con inclusione nella società delle persone con disabilità, tramite l'ammissione ad uno specifico finanziamento messo a disposizione dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che verrà erogato nel corso del 2014.

Consultorio Familiare

Per quello che riguarda le attività rivolte alla donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione volontaria della gravidanza, gli utenti che hanno ricevuto almeno una prestazione sono stati 14.193, di questi 11.172 (pari a circa il 79%) sono nuovi utenti, mentre l'utenza straniera rappresenta circa il 19% del totale. Sono state erogate 78.121 prestazioni, per il dettaglio vedasi la tabella seguente.

Alcologia

Gli 11 Servizi di Alcologia costituiscono una rete capillare diffusa su tutto il territorio provinciale, che lavora in stretto contatto con le organizzazioni del privato (Club Alcolici Territoriali e gruppi di Alcolisti Anonimi), occupandosi dei problemi legati al consumo di alcol, nonché della dipendenza da nicotina con i due Centri Antifumo di Trento e Rovereto. Nel corso del 2013 i Servizi di Alcologia, ubicati nei territori nei quali non è presente il Ser.D., hanno iniziato ad accogliere anche i bisogni delle persone e delle famiglie con problemi connessi al gioco d'azzardo, attivando delle collaborazioni con i gruppi di auto mutuo aiuto fondati dall'associazione AMA, in base ad una convenzione stipulata con l'Azienda Sanitaria.

Gli utenti in carico al Servizio sono stati 2.659.

Servizio per le Dipendenze

Il Ser.D. è un servizio distrettuale, che fa parte del Dipartimento Dipendenze, deputato alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della popolazione affetta da diverse tipologie di dipendenze patologiche sia derivanti dall'utilizzo di sostanze psicotrope legali ed illegali, sia da comportamenti compulsivi (gioco d'azzardo, tecnologia digitale, ecc.). Il Ser.D. utilizza da alcuni anni di una cartella clinica informatizzata (Ippocrate Ser.D) che consente a ciascun professionista, coinvolto nel progetto terapeutico, di inserire i dati clinici necessari per la presa in carico e la gestione clinica dei pazienti. Inoltre, da alcuni anni il sistema informativo Ippocrate Ser.D. è stato esteso alle strutture della rete assistenziale aziendale (U.O. di Pronto Soccorso) ed extra aziendale (Comunità Terapeutiche convenzionate con l'APSS e la Casa Circondariale di Trento), consentendo l'utilizzo di una cartella clinica condivisa che, nel rispetto della privacy e delle varie autorizzazioni al trattamento dati, segue il paziente nel percorso terapeutico all'interno della rete assistenziale territoriale convenzionata con l'APSS. In particolare, il collegamento con le UU.OO. di Pronto Soccorso di tutti gli ospedali presenti nella P.A.T. consente ai pazienti, in trattamento farmacologico, di assumere il farmaco previsto dal piano terapeutico anche presso queste strutture aziendali.

Attività ambulatoriale del Ser.D. Periodo 2011-2013 Il numero dei soggetti in trattamento, rapportato alla stima dei possibili soggetti con uso problematico di sostanze stupefacenti nel territorio rileva una percentuale del 67%, che consente di affermare che il Ser.D. ha una buona capacità di attrazione dei potenziali utenti.

Salute Mentale

Psichiatria

Per quanto riguarda le attività di prevenzione cura e riabilitazione rivolti alle persone con disturbi psichici e alle loro famiglie, sono assicurate dalle UU.OO. di Psichiatria in sinergia con una pluralità di altri soggetti pubblici e privati concorrenti (Enti Locali, Forze dell'Ordine, Privato Sociale, Associazioni di Volontariato). Di seguito, si evidenziano i principali dati di attività e gli indicatori più significativi relativi all'attività delle UU.OO. di Psichiatria ed ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Il numero dei soggetti in trattamento, rapportato alla stima dei possibili soggetti con uso problematico di sostanze stupefacenti nel territorio rileva una percentuale del 67%, che consente di affermare che il Ser.D. ha una buona capacità di attrazione dei potenziali utenti.

Neuropsichiatria Infantile

L'assistenza di neuropsichiatria infantile svolge funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche, psicopatologiche e/o psichiatriche della popolazione in età evolutiva (0-18 anni) e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione.

Nel 2013 è proseguita l'implementazione del percorso diagnostico terapeutico per soggetti con disturbo dello spettro autistico, iniziata nel corso del 2012. Il modello di cura e assistenza individuato si fonda sull'integrazione di più livelli di intervento (pediatri di libera scelta, UU.OO. di Neuropsichiatria infantile, Centro di riferimento provinciale per l'autismo) collegati in rete. In particolare è stata effettuata la formazione ai pediatri di libera scelta, propedeutica per il progetto "Identificazione precoce dei disturbi dello spettro autistico", che prevede il coinvolgimento dei pediatri nell'individuare i bambini con "sospetto" disturbo dello spettro autistico, attraverso la somministrazione di un test (CHAT- Checklist for Autism in Toddlers di Baron-Cohen) ai bambini a partire dai 18 mesi e fino a 24 mesi in concomitanza del bilancio di salute dei primi due anni di vita.

Nell'ambito della valutazione clinico-diagnostica dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), l'Azienda ha applicato i nuovi standard e strumenti di valutazione diagnostica sia nelle strutture aziendali che in quelle private accreditate, secondo le indicazioni operative approvate in accordo con il

Parte

Dipartimento della conoscenza, avviando una metodologia condivisa di collaborazione tra il mondo della scuola e quello della sanità.

Nella tabella che segue sono riportati i dati di attività delle due UU.OO. di neuropsichiatria infantile territoriali.

Dati attività 2013 delle UU.OO. di Neuropsichiatria infantile territoriali (NPI n.1 e n.2)

Psicologia

L'assistenza psicologica è assicurata, con modalità integrate a livello territoriale ed ospedaliero, in tutto il territorio dell'APSS dalle due UU. OO. di Psicologia, che rispondono ai bisogni di promozione, mantenimento e recupero della condizione di salute psicologica della popolazione. L'U.O. di Psicologia 1 (Distretti Centro-Nord; Est ed Ovest) e l'U.O. di Psicologia 2 (Distretto Centro-Sud) assicurano le attività psicologiche con i seguenti compiti e funzioni:

Erogare i Livelli Essenziali di Assistenza psicologica nelle seguenti aree funzionali:

- Adozioni nazionali e internazionali;
- Tribunale - Servizio sociale;
- Scuola - Legge 104/92;
- Adolescenza;
- Consultorio familiare;
- Centro disturbi comportamento alimentare;
- Psicologia ospedaliera e ADICP;
- Ambulatorio per il minore, l'adolescente, l'adulto, la coppia e la famiglia, anche in situazione di disagio;
- Assistenza e tutela psicologica alle persone affetta da disturbo mentale.

Monitorare, indirizzare e regolare le funzioni assistenziali psicologiche, anche attraverso l'utilizzazione del

Sistema Informativo Territoriale (SIT);

Verificare l'efficacia degli interventi psicologici e psicoterapeutici;

I principali dati di attività e gli indicatori più significativi relativi all'attività delle due UU.OO. di Psicologia sono riportati nelle tabelle che seguono.

Centro Disturbi Comportamento Alimentare

L'assistenza agli utenti con disturbi del comportamento alimentare è assicurata dal Centro di riferimento Provinciale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (C.D.C.A.). Le cure vengono erogate attraverso un approccio multidisciplinare integrato (medici, psicologi, nutrizionisti, pediatri, psichiatri, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica e dietisti). Al Centro operano due équipes di specialisti, una per la fascia di età sotto i 18 anni e l'altra per la fascia di età superiore ai 18. Gli utenti in carico al CDCA, nel 2013, sono stati 268, il 30,6% ha un'età compresa tra 0 e 18 anni, mentre i nuovi utenti sono il 47,4% del totale. Le prestazioni erogate, nel corso del 2013, sono state 7.954

. Servizio Ospedaliero Provinciale

Nel 2013 il Servizio Ospedaliero Provinciale ha imperniato la propria attività sull'ideazione, progettazione e analisi della fattibilità del Piano di Miglioramento Aziendale 2013-2015, previsto dalla delibera di Giunta Provinciale n. 1.493/2013. I principali obiettivi del SOP sono stati: la diffusione dei contenuti del Piano di Miglioramento ai vari livelli istituzionali; l'orientamento delle strutture ospedaliere verso modelli gestionali coerenti con il piano stesso; la distribuzione e la gestione delle risorse umane, privilegiando la stabilità organizzativa.

Particolare impegno è stato rivolto all'evoluzione dei processi interni, agli interventi di riorganizzazione e qualificazione, nonché alla gestione delle risorse. Tra le attività avviate o messe a regime, nel corso del 2013, si cita la protonterapia, l'avvio dell'elisoccorso nella fascia oraria notturna e l'attivazione della funzione di daysurgery, presso la sede di Villa Igea. In tutti gli ospedali, sono

Parte

proseguite le opere di ristrutturazione previste dal Piano Provinciale ed Aziendale

. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Con la Legge Provinciale n. 16 del 23 luglio 2010 “ Tutela della salute in Provincia di Trento”, è stato istituito il Dipartimento di Prevenzione, quale articolazione organizzativa dell’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, volta alla tutela della salute ed al miglioramento della qualità della vita della popolazione, mediante attività di promozione della salute, di prevenzione delle malattie infettive e cronico-degenerative, di promozione della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

L’obiettivo principale del Dipartimento di Prevenzione è quello di fornire le prestazioni previste dall’art. 32 della L.P. n. 16/2010 e dal 1° Livello Essenziale di Assistenza (LEA) “Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica”, in favore dei cittadini.

Prevenzione malattie infettive e parassitarie.

L’U.O. Igiene e Sanità Pubblica effettua la sorveglianza delle malattie infettive, in quanto è l’organo al quale pervengono tutte le notifiche relative a tali malattie e le notizie di tossinfezioni alimentari. Nel caso di eventi epidemici, di eventi infettivi sentinella (cioè di patologie che sono indicatori proxy di certi fenomeni o di eventi, ad es. meningite meningococcica), l’U.O. avvia immediatamente idonee indagini epidemiologiche e mette in campo adeguate misure di controllo, prevenzione e monitoraggio. Nel corso del 2013, l’U.O. ha dato indicazioni sulla gestione ed il controllo dei casi di epatite A (epidemia da frutti di bosco), è stato predisposto il modello per l’indagine epidemiologica e sono stati forniti supporto e assistenza per i prelievi degli alimenti sospetti. Nell’anno, le segnalazioni di casi confermati di epatite A in soggetti residenti nella Provincia ammontano a 53, di cui 22 femmine e 31 maschi.

Infine, per quanto concerne le malattie infettive a forte impatto mediatico (meningiti, epatiti, TBC, encefaliti da zecche, etc.) sono stati garantiti, con la collaborazione del Servizio Relazioni Comunicazione Interna ed Esterna, l’informazione alla popolazione e i rapporti con gli organi di comunicazione.

Tutela da rischi connessi agli ambienti di vita e agli inquinanti ambientali.

Fra le attività più rilevanti vi è il controllo delle acque (potabili, di balneazione, di impianti natatori pubblici, termali, superficiali). Per quanto riguarda la sorveglianza delle acque potabili, nel corso del 2013, sono stati svolti 1.151 prelievi di acque potabili, di cui 1.066 prelievi ufficiali (comprensivi dei controlli sulle acque superficiali utilizzate a fine potabile, sulle sorgenti e serbatoi), circa 100 controlli a pagamento effettuati su richiesta di privati e circa una decina di prelievi effettuati a titolo conoscitivo o indirizzati su ricerche specifiche quali l’arsenico e il piombo. Inoltre, sono state sottoposte ad idonee forme di verifica le analisi di laboratorio, eseguite in regime di autocontrollo da parte degli Enti gestori degli acquedotti, così come previsto dalla normativa vigente. I prelievi eseguiti da questa U.O. nell’ambito del monitoraggio del rischio legionella nelle strutture ospedaliere dell’APSS sono stati 112, nel 2013 le segnalazioni di casi nosocomiali di legionellosi sono stati due, a questi si deve aggiungere la segnalazione di un caso riconducibile al soggiorno in una casa di riposo.

Per la tutela della salute nell’uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico, sono state eseguite 72 ispezioni e 135 campioni, per quanto concerne la tutela della salute nell’uso delle acque di balneazione, invece, sono stati eseguiti 264 prelievi. Infine, per quanto riguarda la disinfezione e disinfestazione-derattizzazione, sono stati eseguiti 1.068 interventi.

Vaccinazioni.

Per quanto riguarda le coperture vaccinali, nel 2012 è entrata in vigore la sospensione della sanzione pecuniaria per i genitori che rifiutano la vaccinazione obbligatoria, per insuperabile convincimento personale (deliberazione della Giunta Provinciale n. 17 del 13 gennaio 2012, applicativa dell’art. 49 della L.P. n. 16/2010); ciò ha comportato una lieve erosione per il vaccino esavalente, mentre si

Parte

riscontrano risultati positivi per le coperture vaccinali di recente introduzione come l'HPV nelle dodicenni e l'antipneumococco a 24 mesi.

Di seguito, si evidenziano per i vaccini più significativi le coperture vaccinali 2013:

Copertura vaccino esavalente (DTP-Hib-EpB-Salk) (24° mese) = 94,4

Copertura vaccino antimorbillo (24° mese) = 86,2

Copertura vaccino antipneumococcico (24° mese) = 87,6

Copertura vaccino antiHPV nelle bambine nel 12° anno di vita = 62,5

Copertura vaccino antinfluenzale (pop. >= 65 a.a.) = 55,8

Copertura vaccino antipneumococcico a 65 a. = 50,0

Tutela igienico sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

Negli ultimi anni hanno trovato progressiva applicazione i nuovi “Regolamenti Comunitari” in materia di sicurezza alimentare (il cosiddetto “Pacchetto igiene”), che hanno modificato considerevolmente lo scenario della legislazione comunitaria e nazionale inerente la produzione e la commercializzazione degli alimenti e delle bevande. In particolare, la modifica dell'approccio nelle attività di controllo delle imprese alimentari, basato sull' “analisi del rischio” (controlli e verifiche sia ispettive, sia di prelievo dei campioni di alimenti e bevande) ha comportato la necessità di rivedere le modalità con cui svolgere le attività di prevenzione, di vigilanza e di ispezione. Il “gruppo di lavoro dipartimentale sulla Sicurezza alimentare e nutrizione”, istituito nel dicembre 2012, ha predisposto i documenti di programmazione 2013, nonché ha condiviso i documenti previsti dall'obiettivo PAT/5C “Linee guida per l'autocontrollo e le buone pratiche nelle microimprese alimentari, per migliorare la qualità delle produzioni e favorire il consumo di alimenti sicuri di produzione locale”.

Di seguito, si elencano alcuni dati di attività del “Piano della sicurezza alimentare”.

□ □ Controllo e sorveglianza sul deposito, commercio, vendita e utilizzo di fitosanitari: 165 ispezioni sulla

produzione, vendita ed utilizzo; 109 campioni ricerca di fitosanitari su alimenti;

PARTE III – PIANI TRASVERSALI.

Piano delle attività trasversali di governance.

Processo di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria.

A seguito delle verifiche ispettive, da parte dei valutatori della PAT, effettuate nel corso del 2012, tutte le strutture trasfusionali aziendali hanno ottenuto, nel corso del 2013, l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, anche se subordinata alla redazione di un piano di intervento per il superamento delle non conformità riscontrate. In particolare, dai verbali degli audit sono risultate complessivamente 212 prescrizioni, alle quali ottemperare con tempistiche, diverse definite dalla PAT; quindi, è stato attivato, durante l'anno, un monitoraggio delle azioni correttive messe in campo dalle varie strutture aziendali. Per quanto riguarda i requisiti di accreditamento delle strutture trasfusionali, è stato approvato dalla PAT lo strumento di valutazione delle competenze del personale medico e infermieristico, addetto alle attività di raccolta sangue e degli emocomponenti, che è stato somministrato a tutto il personale interessato. Nel corso dell'anno, l'Area ha collaborato alla predisposizione della documentazione per la richiesta di autorizzazione all'esercizio del nuovo Ospedale Villa Rosa – U.O. Medicina fisica e riabilitazione, il cui audit di verifica è stato effettuato dalla PAT nel mese di luglio 2013, mentre per l'autorizzazione delle restanti attività sanitarie, svolte presso la struttura di Villa Rosa, verrà completata nel corso del 2014.

Ricerca e innovazione.

L'area ha proseguito la consueta attività di coordinamento e rendicontazione dei progetti di ricerca aziendali, finanziati da enti pubblici e privati nazionali. Il consolidamento della capacità di fare ricerca e la sinergia con gli altri enti trentini (Università, FBK, Fondazione Mach, etc.) ha consentito, all'APSS, di aprirsi anche al panorama europeo, partecipando ad una serie di bandi e call che hanno

Parte

garantito l'accesso a fondi di ricerca e a reti di collaborazione internazionali.

Di seguito si elencano i principali progetti che, nel corso del 2013, hanno visto un coinvolgimento dell'APSS.

Nella tabella seguente, si evidenziano i progetti attivi, nel 2013, relativi alla ricerca sanitaria nazionale. A livello internazionale/europeo, l'azienda è stata coinvolta nelle seguenti progettualità:

- Azione specifica "A1: Prescription and adherence action at regional level: a new health care provider-citizen covenant to improve outcomes in diabetic patients" all'interno di un'iniziativa europea di partenariato attivo (EIP_AHA Active and Healthy Ageing) sull'invecchiamento attivo e in buona salute, con funzioni di monitoraggio delle attività in qualità di referente;

- Progetto "I - locate – Indoor/outdoor Location and Asset management Through open geodata" (programma ICT Policy Support nell'ambito del programma Europeo per la Competitività e l'innovazione):

APSS ha collaborato alla stesura della proposta di progetto e alla definizione dei casi d'uso a livello aziendale.

Il progetto è stato finanziato dalla Comunità Europea e ha preso il via a gennaio 2014;

- Progetto "APReBENE – Assistenza partecipata e responsabile per il benessere clinico" (bando FESR – Fondo Europeo Sviluppo Regionale), per la costruzione di un framework tecnologico per il recupero e l'interpretazione di informazioni dai servizi di diagnosi e cura, per il benessere della persona con un approccio integrato in cardiologia.

Per quanto riguarda l'ambito dell'innovazione, si segnalano le seguenti attività:

- Progetto TeleDSole: in risposta al mandato della Giunta Provinciale di sperimentare, su un territorio circoscritto, un nuovo modello clinico organizzativo di assistenza e cura integrata, tra ospedale e territorio, di pazienti con patologie croniche degenerative ad alto impatto sociale, basato su sistemi di tele monitoraggio dei pazienti presso le loro abitazioni (Del. G.P. n. 2.019/2012). Tale progetto, si prefigge una gestione integrata del paziente diabetico con/senza comorbidità cronica (BPCO, scompenso cardiaco), condivisa tra la medicina del territorio e la medicina specialistica. L'area, in collaborazione con i MMG dell'ambito Valle di Sole (territorio individuato per la sperimentazione), gli infermieri del Distretto Sanitario Ovest-Valle di Sole, con i medici specialisti dell'area funzionale omogenea di medicina dell'ospedale di Cles, assieme al personale

tecnico del Servizio Ingegneria Clinica e del Servizio Sistemi Informativi, ha definito le caratteristiche tecniche e funzionali di un sistema di telemonitoraggio (home health monitoring), per la gestione di questi pazienti a domicilio.

- Sperimentazione TreC2: nell'ambito della piattaforma "TreC", è stato progettato uno studio pilota per la progettazione, realizzazione e sperimentazione sul campo, di moduli specifici per il monitoraggio a distanza e la self-care di pazienti con diabete.

Rischio Clinico.

Nell'ambito del programma aziendale per la sicurezza dei pazienti, nel corso del 2013, l'area ha promosso e realizzato le seguenti attività:

- tre eventi formativi (accreditati ECM e rivolti a tutti i dipendenti) rispetto alla "Procedura aziendale per la gestione degli eventi sentinella", per la diffusione capillare della procedura per la gestione degli eventi sentinella all'interno dell'APSS, recepita con Delibera del Direttore Generale n. 542/2012;

- sei eventi formativi, presso i vari distretti, sul tema della prevenzione e gestione del rischio clinico in ambito territoriale, con il duplice obiettivo di accrescere la consapevolezza degli operatori sanitari rispetto alle problematiche legate alla sicurezza di pazienti nelle pratiche assistenziali e, aumentare la sensibilità alle segnalazioni di rischio, mediante l'analisi sistematica dell'errore come occasione di apprendimento;

- creazione della rete di referenti aziendali rispetto alla sicurezza dei pazienti, al fine di dare ulteriore

Parte

impulso alle politiche aziendali orientate alla sicurezza del paziente, nonché alla prevenzione e gestione del rischio clinico, migliorando al contempo il coinvolgimento dei professionisti e dei pazienti.

Sviluppo percorsi clinico - assistenziali.

Nel corso del 2013, l'Area ha contribuito alla definizione della rete di Cure Palliative, illustrata nel documento "Cure palliative: indirizzi e linee applicative", approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 351 del 25.06.2013. Inoltre, il Servizio Governance clinica ha collaborato alla raccolta delle informazioni necessarie per l'inserimento del Servizio Multizonale Cure Palliative, nell'Osservatorio delle Buone Pratiche nelle Cure Palliative domiciliari presso l'Agenas.

Monitoraggio della qualità dell'assistenza nelle RSA.

Sono state assicurate le azioni di verifica per il monitoraggio della qualità dell'assistenza, all'interno delle strutture residenziali ed è stata elaborata la relazione di sintesi. Un importante aspetto, oggetto di monitoraggio, ai fini del miglioramento della qualità assistenziale in RSA, riguarda l'appropriatezza nell'impiego di medicinali e prodotti sanitari. In tale ambito sono state poste in essere, nel 2013, le azioni seguenti:

- elaborazione, da parte del Servizio farmaceutico, di una tabella "costo/terapia" dei principi attivi del PT-RSA a maggior prescrizione/impatto economico (neurologici, cardiovascolari, gastrointestinali), che ha favorito la prescrizione di principi attivi di costo inferiore, a parità di efficacia e sicurezza; - è proseguita l'attività di attenta valutazione delle richieste di fornitura extra Prontuario, motivate ad personam, sia a cura delle farmacie ospedaliere, sia da parte della commissione per il prontuario terapeutico RSA;

- sono state rafforzate (in collaborazione con l'U.O. di Pneumologia di Arco) le linee guida per migliorare l'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia, inoltre, sono state emanate raccomandazioni sia riguardo alla corretta prescrizione dell'ossigenoterapia, sia alla gestione delle bombole e apparecchiature (che assorbe fino al 62% del budget medicinali);

- è stata redatta una specifica relazione sulla spesa sostenuta dall'APSS, nel 2013, per la fornitura di medicinali e prodotti sanitari nelle RSA territoriali, evidenziando le percentuali di scostamento dai budget assegnati per tipologia di spesa. In particolare, su 49 RSA, 25 hanno sforato in diversa misura il budget complessivo (erano 31 l'anno precedente), con riguardo essenzialmente ai medicinali. Lo sfioramento complessivo del budget è stato del 4%, contro l'8% del 2012.

Monitoraggio spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva.

Progetti MMG. Nel corso del 2013, il progetto provinciale, impropriamente detto "equivalenti", è stato sostituito da un altro, avente come oggetto il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva nelle aree critiche della medicina di base. Tale decisione è scaturita dall'evidenza che l'operazione di cost-minimization, che si realizzava applicando i quattro indicatori, che misuravano il consumo di principi attivi a brevetto scaduto rispetto quelli non scaduto, non aveva più alcuna efficacia sul contenimento della spesa farmaceutica per il continuo sopravvenire delle scadenze brevettuali. I sette indicatori di progetto hanno la finalità di misurare l'aderenza alle terapie prescritte, il rispetto delle indicazioni registrate e delle condizioni di concedibilità previste dal SSN.

Acquisto farmaci per distribuzione diretta e "distribuzione per conto". Quale misura di contenimento della spesa, anche nel 2013 si è proceduto ad acquistare i medicinali in distribuzione diretta (sia in distribuzione per conto – DPC che alla dimissione), con la procedura della gara pubblica. Tale misura, nel lasciare inalterato il livello di assistenza garantito ai cittadini, costituisce un'importante opportunità di risparmio per il SSP, particolarmente atteso in quegli ambiti della terapia dove vi è concorrenza fra prodotti medicinali equivalenti. A seguito di tale gara, è stato distribuito in confezione ospedaliera tramite le farmacie del territorio solo il prodotto della ditta aggiudicataria.

Assistenza aggiuntiva indiretta.

Le deliberazioni della Giunta Provinciale, intervenute nel corso del 2013 (n. 1.062/2013; n. 370/2013;

Parte

n. 2.027/2013; n. 2.709/2013), hanno modificato nei contenuti e/o nelle procedure di accesso le seguenti prestazioni aggiuntive: n. 1 (Concorso spese per l'acquisto di prodotti dietetici e integratori alimentari); n. 3 e 4 (Concorso spese ad invalidi per cause di guerra, per cause di servizio e ad invalidi civili per l'effettuazione di cure termali e cure climatiche); n. 7 (Concorso spese per l'effettuazione del trattamento riabilitativo, secondo il metodo "Doman"); n. 10 (Concorso spese per l'effettuazione dell'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine); n. 12 (Concorso spese per l'effettuazione di prestazioni a carattere fisioterapico, al domicilio dei soggetti affetti da fibrosi cistica e contributo forfettario per la cura al domicilio, dei soggetti affetti da displasia ectodermica); n. 24 (Procreazione Medicalmente Assistita); n. 24 ter (somministrazione intravitreale off-label di bevacizumab nelle patologie oculari rispondenti al trattamento con anti-vegf e prive di alternative terapeutiche); n. 30 (Concorso spese ai soggetti ammessi alla terapia dialitica domiciliare (L.P. n. 34/1990); n. 30 bis (Trasporto soggetti affetti da Nefropatie croniche in trattamento dialitico o sottoposti a trapianto renale).

Monitoraggio della spesa sanitaria.

L'articolo 50 del D.L. n. 269 del 30 settembre 2003, denominato "monitoraggio della spesa sanitaria", convertito nella legge n. 326 del 24 novembre 2003, ha introdotto un sistema di rilevazione puntuale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate, dei farmaci forniti e delle relative ricette prescritte, dei dati sanitari degli assistiti iscritti alle anagrafi sanitarie locali, dei certificati di malattia, ecc. Attraverso tali dati il Ministero dell'Economia e delle Finanze (di seguito MEF), attraverso una società informatica pubblica SOGEI, punta ad un monitoraggio della spesa sanitaria. In capo all'APSS ricade, sia l'aggiornamento continuo delle diverse banche dati presso il MEF, sia la periodica trasmissione a SOGEI, dei dati delle ricette prescritte/erogate; dei certificati di malattia; delle movimentazioni dei dati sanitari degli assistiti iscritti in anagrafe sanitaria. Il "sistemaTS" è stato avviato nel dicembre 2005, con l'invio della TS/TEAM (tessera univoca del cittadino) da parte del MEF, a tutti i cittadini e l'utilizzo di modelli standardizzati di ricettari medici e di ricetta medica a lettura ottica. Successivamente, è stata introdotta la trasmissione telematica al MEF dei dati delle ricette da parte dei diversi soggetti pubblici e privati convenzionati, che erogano le prestazioni, che forniscono i farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale. I dati acquisiti dalle strutture vengono trasmessi telematicamente con modalità e tempi stabiliti dal medesimo articolo 50 e suoi decreti attuativi. In PAT il sistema è stato attivato a regime dal 1 giugno 2008. L'APSS ha attivato il progetto denominato "Pr.Ele" (prescrizione elettronica), per assolvere agli obblighi informativi relativi alla trasmissione dei dati delle ricette emesse. Per tale progetto, concordato con il MEF, l'APSS si avvale del servizio Ampere per la messa in rete dei

MMG e PLS, in modo da consentire uno scambio diretto ed immediato di dati e informazioni tra quest'ultimi e l'APSS.

Anagrafe sanitaria provinciale

L'anno 2013 è stato caratterizzato, dalle attività finalizzate al cambiamento del gestionale dell'Anagrafe sanitaria. Nel 2012, il contratto per la gestione del sistema informativo precedente dell'Anagrafe Sanitaria (Anaweb), era in scadenza e non poteva più essere rinnovato; conseguentemente, sono state avviate le procedure per l'adozione, attraverso il "meccanismo del riuso" di software fra Pubbliche Amministrazioni, previsto dalla Legge n. 340/2000, del sistema gestionale utilizzato dalla Regione Lombardia che peraltro ha richiesto un adeguamento alla locale organizzazione e normativa. Le attività di transizione al nuovo software hanno coinvolto personale di diversi servizi ed articolazioni organizzative interne (servizio prestazioni, sistemi informativi, distretti, ufficio mobilità internazionale), al fine di garantire che il cambiamento in atto si traducesse in effettivo miglioramento sia per l'utenza interna, sia per quella esterna. Il giorno 17 dicembre 2013 è stato attivato definitivamente in tutti gli sportelli aziendali coinvolti, il nuovo

Parte

gestionale dell'anagrafe sanitaria provinciale (NAR). Non si sono riscontrate difficoltà sostanziali, né alcuna segnalazione di disservizio da parte dell'utenza; inoltre, il feed-back dagli uffici anagrafe consente di dare continuità a fisiologiche azioni di miglioramento sulla procedura informatica.

Controlli sulle strutture convenzionate

Di seguito, si sintetizzano i controlli attivati per le strutture convenzionate, eseguiti nel 2013.

- *Per tutte le strutture*: raggiungimento dei volumi negoziati.
- *Degenza - Area acuti*: verifiche e controlli a campione sulle SDO, nonché sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche correlate al ricovero; istituita specifica Commissione per i controlli esterni di merito, sull'attività di degenza per acuti erogata dalle strutture private.
- *Degenza - Area lungodegenza*: verifica della realizzazione del piano di assistenza, contenuto nella lettera di dimissione dell'ospedale inviante; verifica ed eventuale autorizzazione dei casi, che richiedono degenze superiori ai 60 gg.
- *Degenza - Area riabilitazione*: verifica dell'aderenza ai protocolli di riabilitazione cardiologica e motoria.
- *Comunità terapeutiche*: verifica, a cura del Ser.D., sulle comunità di recupero per tossicodipendenti.
- *RSA*: monitoraggio informatizzato della tipologia dei posti letto e delle presenze effettive; verifica utilizzo dei posti letto per urgenza/emergenza.
- *Odontoiatria*: verifiche e controlli a campione sui piani di cura, da parte della Commissione Controlli sull'attività odontoiatrica, erogati dagli studi/ambulatori privati convenzionati con l'APSS.

Progetto complessivo per la gestione del diabete in provincia di Trento.

In considerazione della necessità di attivare una rete clinica provinciale, per la gestione del diabete nell'adulto, la Direzione dell'APSS ha dato mandato all'Area Sistemi di Governance di coordinare lo sviluppo e l'implementazione di una progettualità complessiva, per la definizione di un percorso diagnostico terapeutico, l'individuazione di indicatori, l'attivazione di flussi informativi, la proposta di modalità organizzative anche innovative. Nel corso del 2013, pertanto, è stato costituito un tavolo di lavoro comprendente tutte le figure professionali coinvolte nella gestione del paziente diabetico, sia da punto di vista clinico-assistenziale, sia da un punto di vista organizzativo e valutativo. Tale tavolo ha sviluppato le seguenti attività: individuazione condivisa di indicatori di processo e di esito, per il monitoraggio delle attività per la gestione integrata del paziente diabetico; stesura delle "Raccomandazioni per l'autocontrollo glicemico e l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici destinati a pazienti affetti da diabete in età adulta".

Comitato Ospedale e Territorio Senza Dolore.

Nel corso dell'anno, il Comitato ha svolto, tra l'altro, le seguenti attività:

- ha contribuito alla stesura della deliberazione del Direttore Generale n. 554 del 13.11. 2013 "La Rete Terapia del Dolore nella provincia di Trento: indirizzi e linee applicative", che ridefinisce il mandato dello stesso Comitato prevedendone il coinvolgimento nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi per la gestione del dolore, nel monitoraggio sul consumo dei farmaci analgesici e nel monitoraggio sull'erogazione di procedure medicochirurgiche, per il raggiungimento della condizione ottimale di controllo del dolore;
- il 30 maggio 2013 ("Giornata Nazionale del Sollievo") ha promosso la rilevazione della soddisfazione dei pazienti sul trattamento del dolore in ospedale, alla quale hanno partecipato anche le strutture private convenzionate;
- ha presentato e discusso il report, prodotto dal Servizio Farmaceutico Aziendale, sul consumo di farmaci ed oppiacei per classi di età e sesso nell'APSS relativo all'anno 2012.

Piano delle strutture

Piano dei sistemi informativi

Il piano descrive i principali risultati raggiunti, nell'anno 2013, nella gestione delle informazioni e dei

Parte

relativi sistemi.

La situazione aziendale, descritta dal Piano di miglioramento 2013-2015, evidenzia le seguenti esigenze di gestione dei sistemi: contenimento della spesa in tecnologie informatiche; spinta all'integrazione dei processi e dei dati relativi ai cittadini e ai pazienti; supporto, da parte dell'IT, ai processi di riorganizzazione aziendale e alla trasformazione dei modelli assistenziali, in particolare nell'area socio-sanitaria.

Obiettivi e risultati raggiunti 2013

Nel 2013 le principali attività realizzate sono le seguenti:

- Analisi, revisione e monitoraggio dei contratti IT, a scopo di ottimizzare il livelli di spesa e di servizio: la spesa 2013 ha registrato una diminuzione di circa € 632.500, pari al 4,72% in meno rispetto l'esercizio 2011 (valori di bilancio);
- Supporto, all'iniziativa Data center unico territoriale (DCUT) della PAT, a livello di Comitato e di singoli gruppi di lavoro, contribuendo allo studio di fattibilità inviato all'AgID. Nell'ambito di tale iniziativa sono stati già realizzati alcuni risultati concreti, grazie alle sinergie con le altre organizzazioni partecipanti; ad esempio, la rinegoziazione dei contratti di servizio sulle tecnologie Oracle (con un risparmio del 30% annuo) e l'accelerazione del percorso di virtualizzazione dei sistemi e dei relativi servizi di back-up, in modo da ottimizzare le capacità e sostenere il consolidamento dei sistemi;
- Aggiornata l'infrastruttura di sicurezza, mediante l'installazione di nuovi sistemi di accesso alla rete aziendale via VPN e l'aggiornamento dei sistemi dedicati RADIUS di validazione degli utenti integrati con Active Directory (l'intervento ha coinvolto oltre 4.000 utenti);
- Individuate e prioritarizzate le azioni ed i correttivi necessari per aumentare l'affidabilità e la sicurezza della rete aziendale - Secure Network - in base agli esiti di un Penetration Test volto a verificare la robustezza della rete APSS;
- Conclusa l'analisi e le verifiche funzionali necessarie per impostare la migrazione delle postazioni di lavoro aziendali, al sistema operativo Windows7. Nel mese di dicembre, sono state avviate le attività di migrazione per circa 800 postazioni di lavoro;
- Garantiti i flussi informativi NSIS, MEF e CINECA, secondo le specifiche e le tempistiche definite;
- Prodotti i flussi relativi ai tempi di attesa dei ricoveri, delle prestazioni specialistiche, ALPI (libera professione intramuraria);
- Potenziato il sistema di controllo di qualità delle SDO, con indicatori sull'utilizzo delle agende di prenotazione dei ricoveri e sui tempi di attesa;
- Fornito il supporto all'elaborazione dei dati per il Tavolo Interregionale Biomarcatori;
- Fornito il supporto alla compilazione dei dati per il "Monitoraggio dei costi dei beni e servizi degli enti del Servizio Sanitario Nazionale" richiesto dal MEF;
- Forniti i dati per il "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali", messo a punto dal Laboratorio MeS, Management e Sanità, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, c.d. Indicatori bersaglio.

Realizzare i progetti di sviluppo dei sistemi e delle tecnologie

Nel corso del 2013, si sono raggiunti notevoli risultati nei cosiddetti progetti di "Sanità Elettronica":

- un'ulteriore spinta alla dematerializzazione dei referti e della documentazione sanitaria, consultata quotidianamente da oltre 4.000 professionisti, sia all'interno dell'azienda, sia presso le strutture esterne accreditate. Il cosiddetto Repository centralizzato dei referti, contiene circa cinquanta milioni di documenti digitali, consentendo un accesso immediato alla storia clinica dei pazienti attraverso un unico sistema (SIO), esteso a tutta la rete ospedaliera;
- la digitalizzazione dell'intero ciclo prescrittivo del farmaco, che ha portato nell'ultimo trimestre

Parte

dell'anno a dematerializzare - per la prima volta in Italia - l'impegnativa cartacea, con elevati benefici potenziali per i cittadini, a partire dai portatori di condizioni croniche. A tal proposito, sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati:

tutte le farmacie collegate ed il 98% dei MMG/PLS operativi; dall'inizio della sperimentazione (febbraio 2013) le farmacie hanno letto 567.000 impegnative corrispondenti a 132.000 utenti; dal 3 dicembre 2013, sono state prodotte 436.000 impegnative dematerializzate; la percentuale dematerializzata, rispetto al totale delle ricette farmaceutiche, nella settimana dal 16 al 21 febbraio 2014, si attesta al 69%;

- un migliore collegamento del cittadino al sistema sanitario, attraverso il web. Il sistema TreC – Cartella clinica del cittadino è diventato la piattaforma principale per i servizi online, utilizzata nel primo anno di avvio da oltre 20.000 cittadini (con 85.000 accessi e 185.000 referti scaricati) per accedere, consultare, condividere e aggiornare i documenti sanitari prodotti dalle strutture del servizio sanitario provinciale.

Nel corso del 2013, è stato predisposto il capitolato di gara per l'acquisizione del nuovo portale Internet aziendale e si è conclusa la fase istruttoria di analisi e valutazione delle offerte.

Piano del personale

Il piano descrive i principali risultati raggiunti nella gestione del personale e dei relativi processi articolati nelle seguenti attività di: pianificazione, acquisizione, gestione, sviluppo, formazione, amministrazione, relazioni sindacali, sicurezza dei lavoratori.

Nel corso del 2013, l'Area Sviluppo Organizzativo ha realizzato le azioni previste dal piano del personale per il 2013 ed ha partecipato, per gli aspetti di competenza, alla definizione e implementazione del "Piano di miglioramento 2013-2015", così come previsto dalla L. P. n. 10/2012 e dalle deliberazioni G.P. n. 2.505 del 23.11.2012 e n. 1.493 del 19.07.2013. Amministrazione

L'impegno di maggiore rilievo per l'anno 2013, è stato legato al rinnovo degli accordi provinciali per la medicina convenzionata. A tal riguardo, è stata assicurata l'analisi preliminare sulle esigenze della medicina convenzionata, successivamente esplicitate nella trattativa con le OO.SS., sfociata negli Accordi Provinciali della medicina generale (sottoscritto il 12 settembre 2013) e della pediatria di libera scelta (accordo firmato il 19 settembre 2013). Nell'area della medicina generale le iniziative di maggiore rilievo sono afferenti all'avvio della revisione delle forme associazionistiche esistenti e l'integrazione dei sanitari ad un più alto livello all'interno della Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Nell'area della pediatria di libera scelta, il nuovo accordo mira ad assicurare maggiore libertà di scelta ai genitori, con l'innalzamento del massimale degli assistiti da 800 a 1.000 unità, con possibilità d'ulteriori incrementi in relazione alle condizioni organizzative che il pediatra garantisce (presenza di collaboratore di studio, di infermiere professionale, lavoro in associazione), introduzione di una quota di assistiti riservata alla fascia fra 0 – 6 anni.

Nel corso del 2014, un particolare impegno sarà richiesto dall'avvio, nell'ambito della medicina generale sul territorio, di almeno quattro AFT; a tal fine, dovranno essere individuate le sedi, le attrezzature e dovrà essere informata la popolazione dell'avvio di tale nuova forma di aggregazione funzionale e dei servizi che assicurerà per i pazienti cronici, per i richiami degli assistiti che non hanno risposto alle iniziative di screening e di promozione della salute. Queste prime strutture anticiperanno il progressivo estendersi del modello, che coinvolgerà tutto il territorio provinciale.

Per quanto concerne la Continuità Assistenziale, la revisione del modello è stata oggetto di numerosi studi, attualmente viene confermata l'ipotesi per la revisione di 6 o 7 sedi condotta in coerenza con il nuovo modello organizzativo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medicina Generale, al fine di assicurare corrispondenza tra la sede della AFT e la sede di Continuità Assistenziale.

Relativamente ai Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, in data 01.10.2013 è stato sottoscritto l'Accordo modificativo dell'Accordo Provinciale per i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre

professionalità ambulatoriali (biologi, chimici, psicologi) del 07 giugno 2006. Nello specifico, si è previsto: la possibilità annuale, per gli incaricati provvisori, di passaggio a incarichi a tempo indeterminato, con un risparmio del 5 % complessivo, calcolando anche la retribuzione differita (accantonamenti per liquidazione); è consentita allo specialista la riduzione di ore presso la sede di incarico, solamente un anno dopo l'ultima acquisizione di ore presso tale sede, migliorando la stabilizzazione dello specialista con l'ambito territoriale da servire, al fine di evitare una continua mobilità dalle sedi di incarico più periferiche verso quelle più centrali.

Conseguimento Obiettivi Provinciali

Si evidenzia che sono stati conseguiti gli obiettivi provinciali di contenimento della spesa del personale nei limiti assegnati dalla provincia; inoltre, sono stati conseguiti anche gli obiettivi di contenimento della spesa per missioni, nei limiti di quella dell'anno precedente Gestione dell'orario di lavoro

- Telelavoro: con delibera D.G. n. 291 del 30 maggio 2013, è stato approvato il regolamento in materia di telelavoro domiciliare, a seguito del quale sono state messo a bando ed assegnate 23 postazioni. Inoltre, in collaborazione con la Provincia autonoma di Trento, si è conclusa l'attività di creazione ed assegnazione delle isole di telelavoro.

- Personalizzazione dell'orario di lavoro e part-time: con l'approvazione del nuovo regolamento per l'attribuzione del part-time temporaneo (deliberazione del Direttore Generale n. 130 di data 28.03.2013), sono state riaccordate le decorrenze relative al part-time ed agli accordi Per.La, così è stato possibile formulare un unico contratto, che regola la trasformazione del rapporto di lavoro a tempo parziale e la personalizzazione dell'orario.

- Incarichi esterni ed incompatibilità: a seguito delle recenti previsioni normative in materia, è stato rivisto il regolamento sulle incompatibilità ed incarichi esterni. Da un'analisi approfondita, svolta coinvolgendo tutte le strutture amministrative aziendali, è stata predisposta una revisione integrale del regolamento per le autorizzazioni allo svolgimento di attività esterne. Il nuovo testo sottolinea il carattere tendenzialmente esclusivo del rapporto di lavoro con l'ente pubblico, chiarendo e definendo i limiti entro i quali possono essere svolte le attività compatibili; il nuovo regolamento entrerà a regime dal 2014.

- Mobilità: è stato approvato, con deliberazione della Giunta provinciale n. 1.274 del 30.06.2014, il regolamento che disciplina la mobilità volontaria del personale di comparto, entrato in vigore il 24 luglio 2013.

Il nuovo regolamento ha rinnovato la disciplina dell'istituto, trattando in m servizio aziendale e la mobilità all'interno della stessa sede; inoltre, ha introdotto il criterio della valutazione comparata delle domande.

Piano per il contenimento dei tempi di attesa

Nel 2013, le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono state offerte da una rete diffusa sul territorio provinciale, che comprende sia strutture dell'APSS (7 ospedali, che erogano prestazioni specialistiche sia per pazienti esterni, sia per pazienti interni, 20 poliambulatori e 11 consultori di distretto), che private convenzionate (9 strutture convenzionate per attività specialistica ambulatoriale e 23 studi/ambulatori convenzionati per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche). Tutte le attività specialistiche ambulatoriali, erogate in regime istituzionale e in regime libero professionale presso le strutture provinciali pubbliche e private convenzionate, sono prenotabili tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP).

Obiettivi e risultati raggiunti

Nel corso del 2013, sono pervenute al call center del Centro Unico di Prenotazione (CUP) dell'APSS 1.171.524 chiamate telefoniche, con una attesa media di risposta di 84 secondi. Le prestazioni complessivamente prenotate tramite il CUP, sono state 1.235.275 per 1.110.805 persone, come riportato nella tabella seguente Il miglioramento della appropriatezza e dell'equità, nell'accesso alle

Parte

prestazioni, è perseguito attraverso l'utilizzo sistematico delle classi di priorità clinica. In particolare, nel 2013 le prestazioni richieste con codice di priorità RAO A, B e C hanno costituito il 15,8% di tutte le prenotazioni; inoltre, l'obiettivo aziendale di garantire le richieste con codice RAO A, B e C rispettivamente entro 3, 10 e 30 giorni, è stato raggiunto in oltre il 90% dei casi.

Il vigente Piano Provinciale per il contenimento delle liste d'attesa (Delibera G.P. n. 1.071 del 7 maggio 2010), aggiornato con deliberazione G.P. n. 623 del 23 marzo 2012 (allegato B), ha individuato per 77 prestazioni ambulatoriali, i tempi massimi d'attesa da soddisfare per il 90 per cento delle richieste. Nella tabella seguente, si riportano i tempi di attesa rilevati nell'anno 2013 per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali monitorate, richieste senza codice di priorità RAO. La rilevazione documenta tempi medi di attesa complessivamente in linea con gli obiettivi provinciali e quindi con una buona risposta del sistema di offerta non solo per le prenotazioni con priorità clinica, ma anche per le richieste non prioritarie. I tempi delle richieste senza codice di priorità RAO, espressi in 90° percentile, risultano anch'essi soddisfacenti salvo per le seguenti prestazioni, per le quali è stata registrata una attesa superiore ai 60 giorni per il 90% dei pazienti: clisma opaco, RM cervello e tronco encefalico, RM pelvi, prostata e vescica, RM torace e miocardio, Tac arcate dentarie, visita dietologica, visita ematologica, visita pneumologia, visita endocrinologica, visita oculistica, visita urologica. A seguito delle criticità riscontrate nel corso dell'anno, sono state attivate azioni correttive, quali il coinvolgimento delle strutture accreditate, con accordi contrattuali con l'APSS, e l'attribuzione di ore di attività a specialisti convenzionati interni. A tal proposito, si evidenzia che nell'anno sono andati ripetutamente deserti gli avvisi per la copertura di turni per l'attività di oculistica, per indisponibilità di specialisti ambulatoriali.

Piano dell'informazione e della comunicazione

Il peso e il valore della comunicazione, sia quella che si rivolge all'esterno, sia quella diretta ai professionisti interni all'Azienda, diventano sempre più pressanti in una società che comunque di comunicazione si nutre, a tutti i livelli. Un servizio di pronta disponibilità sul versante dell'informazione emergenza 118, le conferenze stampa, i comunicati, le notizie e gli eventi sul sito, le Fast News settimanali, il giornale aziendale con pubblicazione trimestrale sul sito, il servizio ProntoSanità che risponde ai cittadini dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00, le pubblicazioni aziendali sono gli strumenti che l'Azienda utilizza per comunicare con i cittadini e con il proprio personale.

L'obiettivo è stato di andare oltre con nuove prospettive, potenziando e adattando le professionalità presenti all'interno del Servizio Relazioni Interne ed Esterne.

Obiettivi e Risultati raggiunti 2013

La media delle telefonate a ProntoSanità è di oltre 40 al giorno, gli argomenti sono vari da richieste specifiche di tipo prettamente sanitario, ai servizi che l'Azienda offre alla popolazione trentina. Relativamente al nuovo portale aziendale, è stato predisposto il bando di gara e assegnato l'incarico alla ditta vincitrice. Già nel 2013, si è iniziato a lavorare definendo i percorsi, che dovranno essere molto chiari e semplici per i cittadini, gli operatori e i fornitori, con l'intento di convergere sul Web la maggior parte della comunicazione interna ed esterna dell'Azienda, le pubblicazioni, le newsletter e quant'altro, coinvolgendo in questa fase organizzativa tutte le Articolazioni Organizzative Fondamentali e le diverse Direzioni. Inoltre, il Servizio ha lavorato notevolmente sui rapporti con le Associazioni dei cittadini, in una logica di condivisione degli obiettivi, sviluppando ulteriormente il servizio di Mediazione Culturale, disponibile su chiamata telefonica da tutte le strutture aziendali (h24); ha affrontato e gestito il problema della privacy e le procedure legate ai reclami ed alle osservazioni dei cittadini, trovando risposte veloci, meno burocratiche e attente al cambiamento.

Piano di sicurezza dei lavoratori

Parte

Nel corso del 2013, l'attività di valutazione svolta dal Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) si è concentrata prevalentemente sull'approfondimento di rischi specifici (DVR sugli agenti cancerogeni e mutageni, DVR rischio chimico Farmacia di TN, DVR chimico e biologico Odontostomatologia di Borgo, DVR radiazioni ottiche artificiali, DVR rischio movimentazione manuale pazienti nei reparti ospedalieri), attraverso gruppi di lavoro multidisciplinari coordinati dai medici competenti. Nel 2013 sono state svolte 293 visite agli ambienti di lavoro dell'APSS, inoltre, in preparazione alla verifica di mantenimento della certificazione OHSAS 18001 (ottobre 2013) sono stati svolti 85 audit interni; per quanto riguarda, invece le risposte a segnalazioni di potenziali rischi sono state 27. Relativamente alle simulazioni antincendio, nel corso dell'anno il SPP ha svolto 25 simulazioni di tipo A (a tavolino) e 3 simulazioni di tipo C (evacuazione dell'intero edificio).

La Struttura del Medico Competente ha svolto tutte le attività previste dalla normativa vigente, sia per l'APSS, sia per gli Enti convenzionati. In particolare, sono state effettuate oltre alle visite per la sorveglianza sanitaria (preventive, periodiche e su richiesta) e alle visite degli ambienti di lavoro (art. 25 D. Lgs. n. 81/2008), anche le visite al rientro da malattia superiore a 60 giorni (adeguamento al D.L. n. 106 del 3 agosto 2009) e gli accertamenti sanitari per l'alcol-dipendenza e l'assenza di tossicodipendenza (adeguamento alla Legge n. 125/2001 e all'Intesa Stato-Regioni del 30 settembre 2007). Di seguito, si evidenziano alcuni dati: numero visite mediche effettuate 5.731, risultato atteso 5000 (+12,8%); numero visite ambienti di lavoro effettuate 544, risultato atteso 375 (+31,1%).

Piano Aziendale per la Salute e la Sicurezza dei Lavoratori (PASSL)

Il PASSL Acquisti raccoglie le esigenze di acquisto per la sicurezza provenienti dalle articolazioni aziendali; tale documento è stato adottato con delibera del Direttore Generale n. 349 del 25.06.2013 ed ha previsto un finanziamento pari ad € 285.926,46.

Il PASSL Lavori definisce la proposta dei lavori da realizzare su strutture e impianti, ritenuti opportuni per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza negli ambienti di lavoro aziendali, nel corso del 2013 è stata elaborata la proposta di piano, trasmessa al Direttore Generale e al Direttore Amministrativo con nota ID 37613640 del 05.03.2013. Il totale degli interventi è stato stimato in Euro 3.453.000, suddiviso tra interventi in priorità P1 per € 1.182.000, in priorità P2 pari a Euro 999.000 e in priorità P3 pari a € 1.272.000.

Controllo e monitoraggio della sicurezza

È stato affidato con determina n. 1.092 del 15.07.2013 del Servizio Programmazione Acquisti e Logistica, alla ditta S.D.S. Srl, l'incarico per lo svolgimento del servizio di monitoraggio dei gas e vapori anestetici nelle sale operatorie dell'APSS. Il servizio, che prevede due campagne di monitoraggio all'anno, si sostanzia nelle seguenti attività: misurazione delle concentrazioni degli inquinanti nell'aria della sala operatoria, misure dell'esposizione personale agli anestetici alogenati tramite monitoraggio biologico, misure dell'esposizione personale agli anestetici alogenati tramite campionatori personali, interventi per le successive misure di verifica di efficacia delle bonifiche delle anomalie riscontrate.

Mantenimento e rinnovo della certificazione OHSAS 18001

Dal 28 al 31 ottobre, l'APSS ha ricevuto la verifica di mantenimento della certificazione del sistema di gestione della sicurezza. I siti auditati sono stati in totale 47, tra cui: gli ospedali di Trento, Rovereto, Cles e Borgo; il Dipartimento di Prevenzione; i Distretti (Est, Ovest e Centro Nord) e numerosi servizi della Direzione Generale.

Gli esiti dell'audit si riassumono in 5 Non Conformità e 25 Osservazioni.

Mantenimento della certificazione ISO 9001 del SPP

Nel mese di dicembre 2013, il SPP ha ricevuto la verifica per il mantenimento della certificazione secondo la normativa UNI EN ISO 9001:2008 del Sistema di Gestione per la Qualità. All'esito della verifica, sono state rilevate dall'ente certificatore 2 Osservazioni, che costituiscono spunti per il

Parte

miglioramento continuo del sistema, che saranno prese in carico dal SPP per il rinnovo della certificazione nell'esercizio 2014. Anche per il 2013 si è ottenuta la riduzione dei premi assicurativi INAIL (modulo INAIL OT24), lo sconto sulle posizioni assicurative relativo all'anno 2012, è stato pari a Euro 217.932,80.

Piano di prevenzione della corruzione

Con l'entrata in vigore della Legge n. 190 del 6 novembre 2012, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento ha nominato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (dott. Tullio Ferrari, deliberazione D.G. n. 147/2013) e il Responsabile per la Trasparenza (dott. Armando Toniolatti, deliberazione D.G. n. 249/2013). Il primo Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 413/2013 del 23/07/2013, è stato elaborato con il coinvolgimento di tutti i Direttori di Tecnostruttura e dei relativi Servizi, dei direttori Amministrazione delle Articolazioni organizzative fondamentali e delle strutture di Staff del Consiglio di Direzione nell'attività di mappatura dei processi a rischio, di analisi e misurazione, di individuazione delle misure preventive atte alla riduzione di fenomeni di illegalità. L'approvazione del Piano Aziendale ha preceduto il Piano Nazionale anticorruzione, il quale ha posticipato al 31 gennaio 2014 la scadenza per l'approvazione e la trasmissione al Dipartimento della Funzione Pubblica dei Piani delle singole amministrazioni.

In relazione alle dimensioni ed alla complessità dell'Azienda, è stata creata la rete dei referenti aziendali del R.P.C., individuandoli nei responsabili di articolazione organizzativa fondamentale, nei direttori di Struttura ospedaliera, nei direttori dei Servizi amministrazione e nei direttori di tecnostruttura, allo scopo di presidiare in maniera adeguata tutte le aree potenzialmente esposte al rischio corruttivo. Al fine di ampliare la gamma di interventi per la prevenzione della corruzione, oltre alla costruzione di un efficiente sistema di controlli interni da parte dei responsabili di Servizio/U.O., si è ritenuto importante programmare una serie di attività formative, sia sugli aspetti contenutistici della normativa, sia su quelli valoriali. L'obiettivo è di sensibilizzare tutti i dipendenti, soprattutto quelli delle aree ad alto rischio, sui valori dell'integrità, legalità, etica, trasparenza, efficienza, diritto d'accesso, codici di comportamento e sanzioni, nonché il whistleblowing come strumento per coinvolgere i dipendenti nell'attività di segnalazione e di contrasto alla corruzione.

L'efficacia delle misure e degli obiettivi individuati dal Piano richiedono necessariamente la collaborazione di tutti i soggetti interessati dalle sue disposizioni. Allo scopo di favorire l'emersione e la segnalazione di eventuali comportamenti in contrasto con la legge e con le disposizioni in materia di anticorruzione, con l'approvazione del Piano aziendale si è provveduto ad attivare una casella di posta elettronica specificatamente dedicata a tale ambito e visibile al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e ai funzionari del Servizio di Audit che, incardinato in qualità di servizio di controllo interno, rappresenta la struttura di supporto per l'attività del R.P.C.

L'A.P.S.S. ha elaborato ed approvato una *policy* per la tutela del *whistleblowing*, ovvero per la protezione contro qualunque forma di vittimizzazione nei confronti di coloro che, in forma anonima o qualificata, si espongono segnalando le situazioni a rischio corruzione delle quali siano venuti a conoscenza.

Tale *policy* oltre a tutelare il dipendente pubblico così come previsto dalla Legge 190/2012, garantisce protezione anche ai soggetti esterni proprio allo scopo di favorire e incentivare le segnalazioni quale strumento di prevenzione della corruzione.

Inoltre, al fine di diffonderne i contenuti e raccogliere suggerimenti da parte dei destinatari, il Piano aziendale è stato anche presentato presso i quattro distretti territoriali, l'Ospedale di Rovereto e di Trento ed il Dipartimento di Prevenzione.

Si aggiunge che il Piano aziendale è stato anche sottoposto al giudizio da parte di una società di revisione esterna (Trevor S.p.a.), nell'ambito delle attività di revisione del bilancio e senza oneri

aggiunti, che lo ha valutato coerente e rispettoso del dettato normativo e pertanto non vi sono state indicazioni di modifiche sostanziali al relativo contenuto.

Relativamente alle misure di trasparenza attivate dall'Azienda il comma 4 dell'art. 49 (Norme transitorie e finali) del D.lgs n. 33/2013 prevede che *“le Regioni a statuto speciale e le Province Autonome di Trento e di Bolzano possono individuare forme e modalità di applicazione del presente decreto in ragione della peculiarità dei propri ordinamenti”*.

Nelle more dell'entrata in vigore della disposizione legislativa provinciale, che recepisca i principi della normativa statale di cui sopra, nel 2013 sono state applicate le disposizioni contenute nella Legge 190 del 2012 ed i relativi atti attuativi riferibili strettamente all'ambito dell'anticorruzione, di esclusiva competenza statale. In data 22 ottobre 2013 è stato presentato un primo disegno di legge provinciale n. 401 con le disposizioni riguardanti gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni, aggiornato a seguito dell'entrata in vigore della XV° Legislatura con delibera della Giunta provinciale n. 482 dd. 04.04.2014.

In attesa della normativa provinciale di cui sopra, considerati anche i contenuti del disegno di legge sopra citato, l'APSS ha deciso di attivare delle azioni volte ad adempiere progressivamente agli obblighi in materia di trasparenza. Infatti sono stati analizzati gli adempimenti relativi alla pubblicazione delle informazioni nei siti istituzionali previsti dal D.lgs 33/2013 e pubblicati in tabella dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione e per la valutazione e trasparenza delle amministrazioni pubbliche - A.N.A.C. (ex CIVIT) e individuate le informazioni da pubblicare sul sito internet dell'APSS. Si è provveduto a creare nel sito istituzionale APSS la sezione *“Amministrazione trasparente”*.

Sono in corso di acquisizione le dichiarazioni di inconferibilità ed incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013 in capo ai direttori di vertice, di struttura complessa e semplice dipartimentale.

Come previsto dalla normativa, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 413/2013 del 23/07/2013, è stato trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica e alla Provincia.

Inoltre è stato pubblicato sul sito internet dell'Azienda e, allo scopo di darne idonea pubblicità, tutti i dipendenti sono stati informati tramite posta elettronica dell'adozione del Piano e sono stati invitati a prenderne visione al link ivi indicato, precisando che il rispetto del Piano rappresenta per tutti i dipendenti un obbligo la cui violazione costituisce illecito disciplinare.

Parte IV – OBIETTIVI P.A.T.

Con delibera n. 109 del 25 gennaio 2013, in applicazione dell'articolo 28, comma 7, L.P. n.16/2010, la Giunta provinciale ha approvato le modalità di valutazione dell'attività del Direttore generale dell'APSS per l'anno 2013. Con tale provvedimento:

- a) sono stati assegnati all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari specifici obiettivi annuali, riferiti a cinque aree di intervento (mobilità sanitaria, piano di miglioramento della pubblica amministrazione, assistenza ospedaliera, assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria e prevenzione);
- b) è stato definito un obiettivo di contenimento dei tempi di attesa, per determinate prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale; c) si è previsto che la valutazione investa, inoltre, la capacità di garantire determinati ambiti di operatività predefiniti, sui quali l'Azienda è stata impegnata a relazionare a consuntivo (attuazione dei provvedimenti provinciali di programmazione sanitaria e socio-sanitaria; sviluppo delle reti assistenziali; idonea e verificabile integrità dei dati sanitari e invio tempestivo e completo degli stessi al nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS); progressivo sviluppo della cultura della valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate).

a) Obiettivi specifici - sintesi dei risultati

Riguardo al conseguimento degli obiettivi specifici, la Direzione Aziendale ha individuato le varie articolazioni incaricate di porre in essere le azioni per il loro conseguimento, ed ha attivato un sistema di monitoraggio da attuare in corso d'anno a cura dell'Area Sistemi di Governance con il supporto

dell'Area Sistemi di Gestione.

Nella tabella seguente, si riporta l'elenco degli obiettivi specifici e, in sintesi, i risultati ottenuti: (1) Il primo obiettivo è volto alla riduzione della mobilità sanitaria passiva. Considerato che i dati relativi alla mobilità sono nella disponibilità aziendale alla fine del mese di maggio dell'anno successivo a quello considerato, non si è in grado di fornire le informazioni in merito al livello di conseguimento dell'obiettivo, se non attraverso il monitoraggio dell'andamento dell'attività svolta all'interno delle strutture del SSP, inerente i DRG e le prestazioni specialistiche per le quali è più frequente la mobilità dei pazienti, ipotizzando una relazione inversa con l'andamento delle mobilità passive.

Per quanto riguarda gli altri obiettivi, si evidenzia come gli stessi siano stati perseguiti con esito positivo, con le seguenti precisazioni:

- obiettivo 5A: benché inferiore all'obiettivo, il livello di adesione al programma dello screening coloretale si conferma tra i più alti d'Italia (58,8 % verso il dato nazionale medio del 47%);
- obiettivo 5B: benché risulti effettuato un numero di interviste leggermente inferiore all'atteso, l'obiettivo si considera raggiunto: lo scostamento minimo osservato (1%) è fisiologico in relazione alle metriche applicate (tassi di sostituzione, rifiuto, non reperibilità);
- si osserva che alcuni obiettivi (4A, 4B, 4E) prevedono la presentazione di relazioni finali entro il 30 giugno per cui non risultano ancora conclusi.

b) CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

L'obiettivo riguarda il rispetto di determinati tempi massimi di attesa, riferiti al 90° percentile, per le seguenti prestazioni non prioritarie: Visita oculistica (70 gg), intervento di Cataratta (60 gg), Audiometria (45 gg), By pass aortocoronarico (80gg), intervento chirurgico di tumore alla prostata (30 gg).

In questo ambito, vanno considerati i carichi crescenti di lavoro, dovuti al progressivo aumento, nel triennio 2011 – 2013, del numero di utenti che hanno richiesto prestazioni specialistiche ambulatoriali tramite CUP (2013 + 5% rispetto al 2012, + 7% rispetto al 2011), oltre che del numero di prestazioni complessivamente prenotate, con una riduzione dell'1% delle richieste in regime libero professionale nel 2013, rispetto al 2012.

I tempi indicati dell'obiettivo sono stati rispettati, salvo che per la “visita oculistica”, “visita endocrinologica” e “bypass aortocoronarico”. Per le visite, infatti, non è stato possibile conseguire lo standard richiesto presso tutti gli ambiti distrettuali (pur assicurando il complessivo rispetto dei tempi per le richieste con priorità RAO), nonostante le misure correttive adottate, quali il coinvolgimento delle strutture accreditate con accordi contrattuali con l'APSS e l'attribuzione di ore di attività a specialisti convenzionati interni. Per quanto riguarda le criticità in ambito cardochirurgico, si segnala il trend in aumento del numero di ricoveri (anno 2011, 726; anno 2012, 735; anno 2013, 765).

c) Qualità complessiva dell'offerta assistenziale

L'Azienda ha provveduto ad illustrare le azioni concrete della propria capacità di garantire:

- l'attuazione dei provvedimenti provinciali di programmazione sanitaria e socio-sanitaria, emanati dalla Giunta provinciale;
- lo sviluppo delle reti assistenziali;
- un'ideale e verificabile integrità dei dati sanitari (affidabilità accuratezza, tracciabilità, validità, disponibilità, utilizzo per pianificazione e controllo), sia di fonte ospedaliera, sia territoriale che esterna, nonché un tempestivo e completo invio dei dati sanitari al nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS);
- il progressivo sviluppo della cultura della valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.

Con riguardo alle tematiche indicate, si rimanda alle specifiche relazioni per un maggiore

Parte

approfondimento.

TUTELA DEI DIRITTI

LIGURIA

DGR 6.6.14 n. 704 - L.r. 12/2007 - "Interventi di prevenzione della violenza di genere e misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza"- Impegno di ! 270.000,00 a favore dei Comuni Capofila delle Conferenze dei Sindaci. (BUR n. 26 del 25.6.14)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge 15 ottobre 2013, n. 119 “ Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province”.

L.R. 21 marzo 2007 n. 12 “Interventi di prevenzione della violenza di genere e misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza”, che ha come principale finalità la promozione di interventi che assicurino alle donne che subiscono violenza il diritto ad un sostegno per consentire loro di recuperare e rafforzare la propria autonomia, materiale e psicologica, tutelando l’integrità fisica e dignità nel rispetto della personale riservatezza;

L.R. 24 maggio 2006, n. 12 “Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari”, che individua fra gli obiettivi misure a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza;

Piano Sociale Integrato Regionale 2013-2015, approvato con delibera di Consiglio Regionale n. 18/2013 che prevede il potenziamento ed il sostegno della rete dei Servizi Territoriali di accoglienza/sostegno - emergenza/protezione, in grado di attivarsi prontamente a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza senza distinzione di età, status, razza, religione e nazionalità;

D.G.R. n. 194/2013 “ L.R. N. 12/2007 " Interventi di prevenzione della violenza di genere e misure di sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza" - Specificazione competenze e impegno a favore dei Comuni Capofila Conferenze dei Sindaci;

L’art. 5 e l’art. 8 della citata Legge Regionale n. 12/2007 prevedono che la Regione promuova e sostenga la realizzazione di Centri Antiviolenza, nonché di programmi antiviolenza per le donne, sole o con minori, che si trovino in situazione di pericolo per l’incolumità psichica e/o fisica;

l’art. 5 della Legge Regionale n. 12/2007 prevede altresì che i Centri Antiviolenza e i programmi antiviolenza siano inseriti negli strumenti di programmazione territoriale previsti dalla Legge Regionale n. 12/2006.

IL RUOLO DEI COMUNI

Ai sensi della D.G.R. 194/2013 e a seguito della ridefinizione delle competenze dei livelli istituzionali e della riconduzione delle azioni di contrasto alla violenza, nella sfera delle competenze dei Comuni già titolari delle funzioni in materia sociale, preservare comunque la continuità delle esperienze in essere; E’ stata mantenuta in ogni territorio delle Conferenze dei Sindaci l’attività del Centro Antiviolenza, implementando il coordinamento fra istituzioni, realtà associative femminili e volontariato ed è stato assicurato il servizio delle case rifugio e delle case rifugio di II livello - strutture alloggiative di secondo livello, anche attraverso apposite convenzioni, laddove strutture interamente dedicate non sono presenti sul territorio.

LE PROSPETTIVE

Alla luce dell’esperienza fino ad oggi maturata ed in attesa della definizione nazionale dei requisiti minimi per legittimare il funzionamento dei centri antiviolenza e delle Case Rifugio sarà necessario procedere ad una precisa e attenta definizione dei requisiti prestazionali minimi e dell’articolazione organizzativa dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio.

Parte

IL RUOLO DEL TERZO SETTORE

Alla luce della Legge Regionale 6 dicembre 2012, n. 42 “Testo unico delle norme sul Terzo Settore”, le azioni di cui sopra possono essere realizzate anche attraverso la stipula di patti di sussidiarietà che riconoscono e sostengono l’autonoma iniziativa del Terzo Settore, valorizzando le reti di collaborazione.

LA DISPOSIZIONE

Le azioni di contrasto alla violenza, di competenza dei Comuni capofila delle Conferenze dei Sindaci, ai sensi della D.G.R. 194/2013, devono essere realizzate anche attraverso la stipula di patti di sussidiarietà che riconoscono e sostengono l’autonoma iniziativa del Terzo Settore, valorizzando le reti di collaborazione, come previsto anche dalla Legge Regionale 6 dicembre 2012, n. 42 “Testo unico delle norme sul Terzo Settore”;

Con le risorse erogate con il presente provvedimento, unitamente ai fondi che perverranno successivamente dal Dipartimento Pari Opportunità, le Conferenze dei Sindaci dovranno predisporre Piani di contrasto alla violenza contenenti le attività, i servizi avviati o che si intendono attivare e i relativi costi;

Viene autorizzata la spesa complessiva di euro 270.000,00 quale contributo al finanziamento dei Piani di contrasto alla violenza di genere.

;

BENEFICIARI

C

Comune capofila Conferenza dei Sindaci 1 - SANREMO

Comune capofila Conferenza dei Sindaci 2 - SAVONA

Comune capofila Conferenza dei Sindaci 3 - GENOVA

Comune capofila Conferenza dei Sindaci 4 - CHIAVARI

Comune capofila Conferenza dei Sindaci 5 - LA SPEZIA

DD 26.5.14 n . 199 - Nomina componenti dell'Osservatorio Regionale sulla violenza alle donne e ai minori. (BUR n. 26 del 25.6.14)

E’ costituito l’Osservatorio Regionale sulla violenza alle donne e ai minori così composto:

- Assessore alle Politiche Sociali, Lorena Rambaudi con funzioni di Presidente;
- Assessore alla Salute, Politiche della Sicurezza dei Cittadini, Claudio Montaldo e suo delegato Stefano Padovano;
- Federico Marengo, referente dell’area Polizia e Sicurezza Urbana;
- Maria Luisa Gallinotti, Dirigente del Servizio Famiglia, Minori e Pari Opportunità;
- Maria Certo, referente per l’area sociale;
- Angela Volpe, referente per l’area sanitaria;
- Angelo Canepa, referente della ASL 2, con funzione di coordinamento delle ASL liguri;
- Emanuela Fracassi, referente di un Comune Capofila della Conferenza dei Sindaci, designato dall’ANCI LIGURIA, Associazione Regionale dei Comuni della Liguria;
- Rita Falaschi, referente di una Provincia, designato dall’U.R.P.L, Unione Regionale delle Province liguri;
- Centro Benedetto Acquarone – Vilaggio del Ragazzo di Chiavari e Centro Antiviolenza – Associazione telefono Donna di Savona in rappresentanza di due Associazioni che gestiscono le strutture antiviolenza, designate da Federsanità ANCI Liguria;

L’Osservatorio regionale sulla violenza alle donne e ai minori, predispone un piano di lavoro annuale, in relazione alle attività che dovrà svolgere;

Parte

La partecipazione dei componenti dell'Osservatorio regionale è a titolo gratuito e non comporta alcun onere finanziario a carico del bilancio regionale;

LOMBARDIA

DD 17.6.14 - n. 5213 - Termini e modalità per la sottoscrizione degli accordi di collaborazione di cui alla d.g.r. n. 1962 del 13 giugno 2014 per l'attivazione delle reti territoriali interistituzionali antiviolenza – Programma 2014 (BUR n. 25 del 20.6.14)

Note

Viene approvato l'allegato A) «Termini e modalità per l'analisi e la valutazione dei progetti sperimentali oggetto degli accordi di collaborazione» di cui alla d.g.r.n.1962 del 13 giugno 2014, «Attivazione e sostegno delle Reti territoriali interistituzionali per la prevenzione e il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne e il sostegno alle vittime di violenza .

ALLEGATO A

**TERMINI E MODALITÀ PER L'ANALISI E LA VALUTAZIONE DEI PROGETTI
SPERIMENTALI OGGETTO DEGLI ACCORDI DI COLLABORAZIONE DI CUI ALLA
D.G.R. N 1962 DEL 13 GIUGNO 2014, "ATTIVAZIONE E SOSTEGNO DELLE RETI
TERRITORIALI INTERISTITUZIONALI PER LA PREVENZIONE E IL CONTRASTO DEL
FENOMENO DELLA VIOLENZA NEI CONFRONTI DELLE DONNE E IL SOSTEGNO
ALLE VITTIME DI VIOLENZA"- PROGRAMMA 2014**

PREMESSA

Regione Lombardia intende sottoscrivere *Accordi di collaborazione con i Comuni che coordinano Reti territoriali interistituzionali. L'obiettivo è la definizione di azioni sperimentali per l'attivazione di servizi e iniziative finalizzate al contrasto e alla prevenzione della violenza sulle donne e alla protezione delle vittime di violenza ex art.7 l.r.11/2012.*

1. SOGGETTI CHE POSSONO CANDIDARSI A SOTTOSCRIVERE CON LA REGIONE LOMBARDIA ACCORDI DI COLLABORAZIONE EX ART. 15, LEGGE 241/90

Possono candidarsi a sottoscrivere l'accordo di collaborazione con la Regione Lombardia ai sensi dell'art.15 legge 241/90, i Comuni che coordinano Reti territoriali interistituzionali per il contrasto alla violenza nei confronti delle donne e che interessano territori con popolazione uguale o superiore a 100.000 abitanti o che siano capoluoghi di provincia.

È requisito di ammissibilità la presenza, **alla data di invio della candidatura**, di uno specifico **Protocollo di intesa** per la costituzione della Rete territoriale interistituzionale avente come finalità il sostegno delle donne vittime di violenza.

1.1. Caratteristiche essenziali delle Reti Territoriali Interistituzionali

Le Reti territoriali interistituzionali devono prioritariamente prevedere la presenza dei seguenti soggetti:

- almeno un comune (in qualità di capofila della Rete Territoriale Interistituzionale);
- uno o più centri antiviolenza operativi al momento della sottoscrizione del protocollo da almeno un anno, che abbiano nel proprio statuto lo svolgimento di attività per il contrasto alla violenza sulle donne quale attività prioritaria e che presentino le caratteristiche di cui all' art.3 comma 1 l.r.11/2012;
- soggetti del sistema socio-sanitario (almeno un soggetto tra aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere pubbliche, private accreditate dotate di pronto soccorso, fondazioni IRCCS);
- rappresentanti delle forze di pubblica sicurezza (almeno un soggetto tra Polizia di Stato , Carabinieri e Prefettura).

Parte

1.2. Caratteristiche supplementari delle reti

È considerata significativa e rilevante, anche in relazione alle caratteristiche e alle dimensioni del territorio coinvolto la presenza di ulteriori soggetti sottoscrittori in grado di rendere operativi ed efficaci le azioni proposte e che risultino essenziali per l'operatività della Rete territoriale interistituzionale e per il raggiungimento degli obiettivi indicati nel protocollo.

Quali ad esempio:

- case rifugio
- enti locali
- soggetti in rappresentanza del sistema giudiziario
- soggetti in rappresentanza del sistema scolastico e/o universitario
- associazioni femminili e/o di volontariato e fondazioni, cooperative sociali
- enti religiosi
- organizzazioni sindacali
- aziende consortili per la gestione dei servizi comunali
- consiglieria di parità provinciale
- ordini professionali (es.: avvocati e medici)

2. OBIETTIVI DELLE AZIONI PROGETTUALI SPERIMENTALI

Nel corso del progetto al fine di rendere operativa e sviluppare la Rete territoriale interistituzionale dovranno essere definite e approvate le linee guida operative per la tutela e la protezione delle vittime e il loro reinserimento (accoglienza, consulenza psicologica, legale, sanitaria e sociale, assistenza nella fase processuale).

Le azioni progettuali oggetto dell'accordo di collaborazione hanno l'obiettivo di definire e sperimentare linee d'azione e interventi finalizzati al contrasto della violenza contro le donne e alla loro protezione. I destinatari finali delle azioni progettuali sono le donne vittime di violenza e i/le loro figli/figlie minori.

Le azioni sperimentali devono essere concrete, realizzabili e misurabili e devono avere tempi certi per la loro attuazione.

Le azioni progettuali saranno esaminate alla luce dei contenuti e della coerenza strutturale, della fattibilità economica e gestionale, della sostenibilità delle stesse e dei seguenti criteri:

- Congruenza delle azioni proposte con la priorità regionale indicata all'art.7 della l.r. n. 11/2012.
- Chiarezza dell'analisi sociale e coerenza delle criticità e dei bisogni individuati in relazione al territorio di riferimento delle azioni progettuali.
- Adeguatezza ed efficacia della strategia perseguita riguardo alle criticità descritte.
- Coerenza della strategia con gli obiettivi e destinatari delle azioni.
- Valutazione della presenza di dati analitici e informazioni specifiche riferite al territorio e ai target individuati.
- Chiarezza e coerenza delle azioni progettuali individuate in relazione a bisogni criticità individuate.
- Chiarezza ed efficacia della descrizione delle azioni progettuali in relazione agli obiettivi e ai/alle beneficiarie individuate.
- Verificabilità dei risultati attesi e definizione dei relativi indicatori.
- Congruità e coerenza tra obiettivi, costi e tempi di realizzazione del progetto e in relazione alla dimensione del territorio coinvolto nelle azioni.

- Presenza di ulteriori forme di finanziamento aggiuntive pubbliche e private che evidenzino la sostenibilità delle azioni nel tempo anche attraverso l'indicazione di fonti di finanziamento autonome/proprie.
- Presenza di istituzioni e soggetti pubblici, privati, del privato sociale e dell'associazionismo che presentino un'alta coerenza e funzionalità per il raggiungimento degli obiettivi individuati e la realizzazione delle azioni previste.
- Congruità e qualità degli strumenti di monitoraggio previsti a supporto delle azioni
- Presenza di procedure standardizzate per il monitoraggio e la valutazione in itinere e finale degli interventi.
- comprovata esperienza e competenza nel campo del contrasto alla violenza di genere e dello stalking, dei soggetti che saranno coinvolti nelle azioni progettuali che deve essere attestata da apposita documentazione.

3. TERMINI E MODALITÀ PER LA PRESENTAZIONE DELLA CANDIDATURA E CONDIVISIONE DELLE AZIONI PROGETTUALI SPERIMENTALI

Entro il 14 luglio 2014 i comuni aventi le caratteristiche di cui al punto 1 devono inviare alla Regione Lombardia, previa sottoscrizione da parte del legale rappresentante del comune, **la domanda di candidatura** a sottoscrivere un accordo di collaborazione con Regione Lombardia ai sensi dell'art 15 della legge 241/90.

Alla domanda di candidatura dovranno essere allegati i seguenti documenti:

- Il **protocollo della Rete territoriale** da cui è possibile evincere il possesso dei requisiti di ammissibilità, debitamente sottoscritto da tutti i soggetti;
- Il **verbale dell'incontro della Rete territoriale** da cui si evince la volontà a definire azioni progettuali sperimentali per il contrasto alla violenza nei confronti delle donne nei territori di riferimento della Rete, debitamente sottoscritto da tutti i soggetti.

Entro il 30 settembre 2014, a seguito della verifica dei requisiti di ammissibilità, la Regione Lombardia incontrerà i Comuni ammessi per l'accompagnamento alla definizione degli interventi e delle azioni progettuali oggetto dell'accordo di collaborazione.

Entro il 31 ottobre 2014: i Comuni inviano la "*Scheda tecnica di definizione delle azioni progettuali sperimentali per l'attivazione di servizi, e iniziative finalizzate al contrasto, alla prevenzione della violenza sulle donne e alla protezione delle vittime di violenza*" - debitamente compilata in ogni sua parte - per consentire l'esame congiunto delle azioni progettuali finalizzato alla sottoscrizione del verbale di condivisione delle azioni progettuali oggetto dell'accordo di collaborazione e da ammettere al finanziamento.

Entro il 30 novembre 2014: i Comuni devono trasmettere la Delibera Comunale che approva il progetto condiviso con la Regione Lombardia.

Entro dicembre 2014: sottoscrizione degli accordi di collaborazione tra la Regione Lombardia e i Comuni capofila delle Reti territoriali interistituzionali e prima tranche del contributo concesso.

Entro il 31 dicembre 2015: chiusura dei progetti e trasmissione della rendicontazione finalizzata all'erogazione del saldo.

Tutti i documenti deve essere inviati a Regione Lombardia **esclusivamente** tramite posta elettronica certificata alla casella PEC: casa@pec.regione.lombardia.it, previa sottoscrizione da parte del legale rappresentante del comune.

4. CASI DI ESCLUSIONE E DECADENZA DELLE DOMANDE DI CANDIDATURA

Non sono considerate ammissibili le domande di candidatura:

- presentate oltre il termine del 14 luglio 2014, come indicato nel punto 3;

Parte

- presentate da soggetti diversi da quelli indicati al punto 1;
- trasmesse con modalità diverse da quelle indicate al punto 3;
- prive degli allegati indicati al punto 3;
- presentate da Comuni che hanno già sottoscritto accordi di collaborazione di cui alla d.g.r. 861 del 25 ottobre 2013;
- presentate da Comuni che fanno già parte di Reti territoriali attive sul territorio e che hanno in atto progetti sperimentali di cui alla d.g.r.861 del 25 ottobre 2013.

La candidatura decade:

- per il mancato invio della “*Scheda tecnica di definizione delle azioni progettuali sperimentali per l’attivazione di servizi, e iniziative finalizzate al contrasto, alla prevenzione della violenza sulle donne e alla protezione delle vittime di violenza*” entro il 31 ottobre 2014 come indicato nel punto 3;
- per la mancata trasmissione della Delibera Comunale entro il 30 novembre 2014, come indicato nel punto 3.

5 . RISORSE ECONOMICHE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ

Le risorse stanziare sul bilancio regionale 2014/2015 per sostenere progetti sperimentali in materia di contrasto della violenza di genere, attivati da Reti territoriali interistituzionali, ammontano a € 625.000,00.

Il contributo regionale per il sostegno alle azioni sperimentali non potrà in ogni caso superare la somma di € 100.000,00 per ciascuno dei progetti attivati da Comuni singoli o associati che interessano territori con popolazione uguale o superiore a 100.000 abitanti o che siano capoluoghi di provincia e che coordinano Reti territoriali interistituzionali per il contrasto alla violenza contro le donne.

La Regione Lombardia monitora con appositi strumenti l’efficacia e i risultati sul territorio delle azioni svolte nell’ambito dei singoli progetti oggetto degli accordi di collaborazione, e rende noti i risultati complessivi dell’intera iniziativa regionale.

6. CONTRIBUTI

Per la realizzazione delle azioni oggetto dell’accordo di collaborazione la Regione Lombardia concorre riconoscendo al Comune in qualità di capofila della Rete territoriale interistituzionale un contributo che viene erogato in due fasi successive:

- l’80% a seguito della sottoscrizione dell’accordo di collaborazione
- il 20% a conclusione del progetto, previa approvazione della relazione tecnica finale e della relativa verifica della rendicontazione delle spese sostenute.

7. SPESE AMMISSIBILI

Il contributo regionale non potrà in nessun caso coprire costi per spese generali o spese per il personale dipendente di enti pubblici.

Sono ammissibili le seguenti voci di spesa, purché strettamente finalizzate al conseguimento degli obiettivi del progetto:

- Consulenze specialistiche riferite alle attività dei centri antiviolenza e delle case rifugio.
- Riconoscimento di retribuzioni e oneri di personale impegnato nelle attività riferite al progetto. In questa voce potrà essere compreso il costo del personale non dipendente da enti pubblici (max.10% del contributo).
- Spese generali. In questa voce possono essere comprese le spese relative a cancelleria, assicurazioni, utenze, rimborso viaggi, spese di affitto ecc..
- Noleggio e leasing di attrezzature informatiche e telefoniche.
- Spese per ospitalità temporanea relative alla presa in carico delle vittime di violenza.

Parte

- Spese per attività di comunicazione e formazione (max. 10% del contributo).

Potranno essere considerate ammissibili le spese sostenute a partire dalla data di sottoscrizione dell'accordo di collaborazione.

Nel computo delle spese ammissibili, relativamente alle singole voci di spesa, può essere inclusa l'I.V.A., qualora la stessa non possa essere recuperata, rimborsata o compensata dal soggetto beneficiario.

8. RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE

Le spese dovranno essere sostenute entro e non oltre 12 mesi dalla data del decreto di concessione, e comunque entro e non oltre il 31 dicembre 2015.

Le spese sostenute dovranno essere saldate entro il termine di presentazione della rendicontazione.

Il saldo dei progetti verrà erogato entro il 28 febbraio 2016.

A dimostrazione degli interventi realizzati, il Comune presenterà, unitamente alla richiesta di saldo, la relazione tecnica finale che evidenzia, in coerenza con il progetto approvato, le spese sostenute, i risultati raggiunti, le criticità riscontrate.

Alla scheda di relazione finale dovranno essere allegati:

- l'elenco delle spese sostenute;
- copia conforme di affidamenti di incarichi professionali o consulenziali, contratti e relativi curriculum vitae dei soggetti incaricati, o convenzioni stipulate per l'attuazione del progetto;
- copia conforme dei documenti giustificativi di spesa (fatture, note di addebito ecc.);
- copia conforme dei documenti giustificativi di pagamento delle spese effettuate in grado di provare l'avvenuto pagamento (quali ad esempio: mandati di pagamento quietanzati, ricevute bancarie, contabili bancarie ecc.);
- i provvedimenti e i documenti ufficiali approvati nel corso del progetto;
- tutti i prodotti realizzati durante il progetto.

9. INFORMAZIONI

Per richieste di chiarimento è possibile telefonare all'helpdesk regionale antiviolenza ai numeri 02/6765.5207 - 6553 - 6559 o inviare un messaggio di posta elettronica a politicheantiviolenza@regione.lombardia.it.

PIEMONTE

D.D. 11 marzo 2014, n. 58 - Accertamento sul capitolo n. 24337/2014 e impegno sul capitolo n. 147349/2014 della somma di Euro 625.811,68 a favore dei soggetti attuatori dei progetti "Piemonte in rete contro la tratta 5.13 e 5.18". Quota di finanziamento statale, complessivamente pari a Euro 725.811,68, assegnata dal Dipartimento per le Pari Opportunità alla Regione Piemonte per la realizzazione dei progetti sopra citati.

Note

Viene impegnata la somma di € 625.811,68 riferita all'annualità 2013 a favore degli enti attuatori, di seguito elencati, dei progetti "Piemonte in rete contro la tratta 5.13" e "Piemonte in rete contro la tratta 5.18", demandando a successivi provvedimenti gli ulteriori adempimenti contabili:

Provincia di Novara

Comune di Torino

Comune di BRA

CISSACA - Alessandria

Associazione GRUPPO ABELE

Associazione TAMPEP

Parte

Associazione PIAM
Associazione . PAPA GIOVANNI XXIII

D.D. 26 marzo 2014, n. 76 - Proroga onerosa semestrale dei progetti "Piemonte in rete contro la tratta 5.13" e "Piemonte in rete contro la tratta 5.18". Accertamento sul capitolo n. 24337/2014 e impegno sul capitolo n. 147349/2014 (Ass. 100362) della quota di cofinanziamento statale pari a Euro 362.905,84.

Note

Viene impegnata la somma complessiva di € 362.905,84 sul capitolo di spesa n. 147349/2014 (ass. n. 100362) relativa alla proroga semestrale dei due progetti "Piemonte in rete contro la tratta 5.13" e "Piemonte in rete contro la tratta 5.18", demandando a successivi provvedimenti gli ulteriori adempimenti sia contabili che di ripartizione delle risorse statali e regionali agli enti partner dei progetti.