

PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS

Anno VIII – n. 169

Care lettrici e cari lettori,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'abbonamento annuale è:

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

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

NB

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

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

In occasione della prossima denuncia dei Vostri redditi 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@istisss.it

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 31 OTTOBRE 2014 arretrati compresi

ASSISTENZA PENITENZIARIA

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DECRETO 24 luglio 2014 , n. 148 - Regolamento recante sgravi fi scali e contributivi a favore di imprese che assumono lavoratori detenuti.

IL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

E

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Visto l'articolo 17, commi 3 e 4, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Vista la legge 22 giugno 2000, n. 193, recante «Norme per favorire l'attività lavorativa dei detenuti», come modificata dall'articolo 3 *-bis* del decreto-legge 1° luglio 2013, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 94, e dall'articolo 7, comma 8, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125;

Visto, in particolare, l'articolo 3 della legge 22 giugno 2000, n. 193, e successive modificazioni, che dispone la concessione di crediti di imposta alle imprese che assumono, per un periodo di tempo non inferiore a trenta giorni, lavoratori detenuti o internati, anche ammessi al lavoro esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, ovvero semiliberi provenienti dalla detenzione, o che svolgono effettivamente attività formative nei loro confronti;

Visto, in particolare, l'articolo 4 della legge 22 giugno 2000, n. 193, il quale prevede che ogni anno, con decreto del Ministro della giustizia emanato di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con il Ministro delle finanze, sono determinate le modalità e l'entità delle agevolazioni e degli sgravi concessi alle imprese che assumono lavoratori detenuti o internati o che svolgono attività formativa nei confronti degli stessi;

Vista la legge 8 novembre 1991, n. 381, recante «Disciplina delle cooperative sociali», ed, in particolare, l'articolo 4, comma 3 *-bis*, il quale prevede che ogni due anni, con decreto del Ministro della giustizia emanato di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, è individuata la misura percentuale della riduzione delle aliquote complessive della contribuzione per l'assicurazione obbligatoria previdenziale ed assistenziale dovute dalle cooperative sociali, relativamente alle retribuzioni corrisposte alle persone detenute o internate negli istituti penitenziari, agli ex degenti degli ospedali psichiatrici giudiziari e alle persone condannate o internate ammesse al lavoro esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni;

Vista la legge 26 luglio 1975, n. 354, recante «Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà», ed, in particolare, gli articoli 20, 20 *-bis*, 21, 48, 50;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230, recante «Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà» ed, in particolare, gli articoli 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54;

Visto l'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241, recante «Norme di semplificazione degli adempimenti dei contribuenti in sede di dichiarazione dei redditi e dell'imposta sul valore aggiunto, nonché di modernizzazione del sistema di gestione delle dichiarazioni»;

Visto l'articolo 1, comma 53, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato»;

Considerato il ruolo primario del lavoro nell'attuazione del trattamento penitenziario finalizzato alla rieducazione ed al reinserimento sociale dei condannati e degli internati;

Visto l'articolo 1, comma 6, del decreto-legge 25 marzo 2010, n. 40, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2010, n. 73, che, al fine di contrastare fenomeni di utilizzo illegittimo dei crediti d'imposta agevolativi e per accelerare le procedure di recupero nei casi di utilizzo illegittimo degli stessi, prevede che l'Agenzia delle entrate trasmetta alle amministrazioni ed enti tenuti al recupero, i dati

relativi ai crediti utilizzati in diminuzione delle imposte dovute, nonché ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241;

Attesa l'opportunità di individuare misure idonee a promuovere l'occupazione dei detenuti e di favorire l'organizzazione dei lavoratori all'interno degli istituti penitenziari;

Visto l'articolo 6 della legge 22 giugno 2000, n. 193, che fissa in euro 4.648.112,00 annui il limite di spesa per la concessione dei previsti sgravi e agevolazioni;

Visto l'articolo 10, comma 7 *-bis*, del decreto-legge 28 giugno 2013, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 99, che, a decorrere dall'anno 2014, incrementa l'autorizzazione alla spesa di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 22 giugno 2000, n. 193, di euro 5,5 milioni;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 15 febbraio 2013, adottato in attuazione dell'articolo 1, comma 270, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, il quale dispone che, nell'ambito delle risorse per l'anno 2013, di cui all'elenco 3 allegato alla legge, la somma di 16 milioni di euro sia destinata al Ministero della giustizia per la voce «Norme per favorire l'attività lavorativa dei detenuti: articolo 6, comma 1, della legge 22 giugno 2000, n. 193»;

Visto l'articolo 8 del decreto-legge del 23 dicembre 2013, n. 146, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2014, n. 10, che estende all'intero anno 2013 l'ammontare massimo dei crediti di imposta mensili concessi a norma dell'articolo 3 della legge 22 giugno 2000, n. 193;

Visto l'articolo 8 del decreto-legge del 23 dicembre 2013, n. 146, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2014, n. 10, che proroga per un periodo massimo di sei mesi, a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto, il termine per l'adozione, per l'anno 2013, dei decreti ministeriali, previsti dall'articolo 4 della legge 22 giugno 2000, n. 193, e dall'articolo 4, comma 3 *-bis*, della legge 8 novembre 1991, n. 381;

Ritenuta l'opportunità di adottare un unitario decreto ministeriale in luogo dei distinti provvedimenti previsti dall'articolo 4 della legge 22 giugno 2000, n. 193, e dall'articolo 4, comma 3 *-bis*, della legge 8 novembre 1991, n. 381, stante l'omogeneità della materia, attinente alle agevolazioni alle imprese che assumono lavoratori in esecuzione di pena o di misura di sicurezza detentive;

Ritenuta, altresì, l'opportunità di differenziare la misura delle agevolazioni in ragione delle risorse finanziarie a disposizione, pari a complessivi euro 20.648.112,00 per l'anno 2013 e ad euro 10.148.112,00 per gli anni 2014 e seguenti;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza di sezione del 5 dicembre 2013;

Acquisito il parere delle competenti Commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Vista la comunicazione al Presidente del Consiglio dei ministri a norma dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, con nota 3 luglio 2014;

ADOTTA

il seguente regolamento:

TITOLO I

CREDITO DI IMPOSTA

Art. 1.

Credito di imposta per assunzioni di detenuti o di internati

1. Alle imprese che assumono, per un periodo non inferiore a trenta giorni, lavoratori detenuti o internati, anche ammessi al lavoro all'esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, è concesso un credito di imposta per ogni lavoratore assunto, e nei limiti del costo per esso sostenuto, nella misura di euro 700 mensili, in misura proporzionale alle giornate di lavoro prestate, per l'anno 2013 e nella misura di euro 520 mensili per gli anni a decorrere dal 2014 fino all'adozione di un nuovo decreto ministeriale, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 22 giugno 2000, n. 193. Per i crediti di imposta maturati precedentemente al 1° gennaio 2013 e non ancora utilizzati in compensazione, si applicano le disposizioni regolamentari vigenti alla data di entrata in vigore del presente regolamento.

2. Alle imprese che assumono per un periodo non inferiore a trenta giorni, lavoratori semiliberi provenienti dalla detenzione o internati semiliberi è concesso un credito di imposta per ogni lavoratore assunto, e nei limiti del costo per esso sostenuto, nella misura di euro 350 mensili, in misura proporzionale alle giornate di lavoro prestate, a decorrere dal 1° gennaio 2013. Dal 1° gennaio 2014 e

fi no all'adozione di un nuovo decreto ministeriale, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 22 giugno 2000, n. 193, il credito di imposta è concesso nella misura di euro 300.

3. Per i lavoratori di cui ai commi 1 e 2 assunti con contratto di lavoro a tempo parziale, il credito d'imposta spetta in misura proporzionale alle ore prestate.

4. La presente disposizione si applica, alle stesse condizioni, anche ai rapporti di lavoro già instaurati alla data del 1° gennaio 2013 e che proseguono per un periodo non inferiore a trenta giorni successivamente al 1° gennaio 2013.

Art. 2.

Credito di imposta per attività di formazione

1. Il credito d'imposta di cui all'articolo 1 spetta per i medesimi importi previsti per ciascuna tipologia di assunzioni alle imprese che:

a) svolgono attività di formazione nei confronti di detenuti o internati, anche ammessi al lavoro all'esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, o di detenuti o internati ammessi alla semilibertà, a condizione che detta attività comporti, al termine del periodo di formazione, l'immediata assunzione dei detenuti o internati formati per un periodo minimo corrispondente al triplo del periodo di formazione, per il quale hanno fruito del beneficio;

b) svolgono attività di formazione mirata a fornire professionalità ai detenuti o agli internati da impiegare in attività lavorative gestite in proprio dall'Amministrazione penitenziaria.

2. Non si applicano le agevolazioni previste dal comma 1 alle imprese che hanno stipulato convenzioni con enti locali aventi per oggetto attività formativa.

Art. 3.

Condizioni per accedere al credito di imposta

1. Le agevolazioni di cui all'articolo 1 spettano a condizione che i soggetti beneficiari:

a) assumano i detenuti o gli internati, anche ammessi al lavoro esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, ovvero alla semilibertà, con contratto di lavoro subordinato per un periodo non inferiore a trenta giorni;

b) corrispondano un trattamento economico non inferiore a quello previsto dai contratti collettivi di lavoro.

2. Potranno fruire delle agevolazioni di cui agli articoli 1 e 2 le imprese che hanno stipulato apposita convenzione con la Direzione dell'Istituto penitenziario ove sono ristretti i lavoratori assunti.

Art. 4.

Cessazione dello stato detentivo del lavoratore assunto

1. Il credito d'imposta di cui all'articolo 1 spetta anche per i diciotto mesi successivi alla cessazione dello stato detentivo del lavoratore assunto per i detenuti ed internati che hanno beneficiato della semilibertà o del lavoro esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, a condizione che l'assunzione sia avvenuta mentre il lavoratore era in regime di semilibertà o ammesso al lavoro all'esterno. Nel caso di detenuti ed internati che non hanno beneficiato della semilibertà o del lavoro esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, il credito di imposta di cui all'articolo 1 spetta per un periodo di ventiquattro mesi successivo alla cessazione dello stato detentivo del lavoratore assunto, a condizione che il rapporto di lavoro sia iniziato mentre il soggetto era ristretto.

Art. 5.

Utilizzazione del credito di imposta

1. Il credito d'imposta non concorre alla formazione della base imponibile delle imposte sui redditi e dell'imposta regionale sulle attività produttive e non assume rilievo ai fini del rapporto di deducibilità degli interessi passivi e delle spese generali, ai sensi degli articoli 61 e 109, comma

5, del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917.

2. Il credito d'imposta è utilizzabile esclusivamente in compensazione ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241.

3. Il credito di imposta è indicato nella dichiarazione dei redditi relativa al periodo di imposta in riferimento al quale è concesso.

4. Le agevolazioni di cui agli articoli 1 e 2 sono cumulabili con altri benefici, concessi a fronte dei medesimi costi ammissibili, in misura comunque non superiore al costo sostenuto per il lavoratore assunto o per la sua formazione.

5. Le agevolazioni sono fruite nel rispetto del limite annuale di euro 250.000 previsto dall'articolo 1, comma 53, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, per i crediti d'imposta da indicare nel quadro RU della dichiarazione dei redditi.

6. Per i crediti di imposta maturati precedentemente al 2013 e non ancora utilizzati in compensazione e per quelli maturati in relazione ai costi sostenuti negli anni 2013 e 2014 continuano ad applicarsi le disposizioni regolamentari vigenti alla data di entrata in vigore del presente regolamento.

7. A decorrere dall'anno 2015 l'utilizzo in compensazione del credito d'imposta ai sensi del comma 2 avviene esclusivamente presentando il modello F24 attraverso i sistemi telematici messi a disposizione dall'Agenzia delle entrate, secondo modalità e termini definiti con provvedimento del Direttore della medesima Agenzia. Non sono accettate operazioni di versamento eseguite con modalità differenti.

Art. 6.

Procedimento di accesso al credito di imposta

1. A decorrere dall'anno 2015 i soggetti che intendono fruire del credito di imposta devono presentare, entro il 31 ottobre dell'anno precedente a quello per cui si chiede la fruizione del beneficio, una istanza, relativa sia alle assunzioni già effettuate che a quelle che si prevede di effettuare, presso l'istituto penitenziario con il quale hanno stipulato la convenzione di cui all'articolo 3, comma 2, che indichi i detenuti o internati lavoranti all'interno dell'istituto, i detenuti o internati ammessi al lavoro all'esterno ai sensi dell'articolo 21 legge 26 luglio 1975, n. 354, ovvero i semiliberi, quantificando l'ammontare del credito d'imposta che intendono fruire per l'anno successivo. L'Istituto penitenziario provvede a trasmettere le istanze ricevute al competente Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria.

2. Le istanze di cui al comma 1 sono trasmesse a cura dei Provveditorati regionali dell'amministrazione penitenziaria al Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria entro i quindici giorni successivi alla scadenza del termine di presentazione delle stesse di cui al comma 1. Il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria entro i successivi trenta giorni determina l'importo massimo dell'agevolazione complessivamente spettante a ciascun soggetto beneficiario per l'anno successivo dandone tempestiva comunicazione agli interessati, anche mediante pubblicazione sul sito internet del Ministero della giustizia. Nel caso in cui gli importi complessivamente richiesti eccedano le risorse stanziare, l'accoglimento delle istanze è effettuato rideterminando gli importi fruibili in misura proporzionale alle risorse stesse.

3. Le agevolazioni sono fruite con le modalità di cui all'articolo 5, comma 7, a seguito della avvenuta comunicazione di cui al precedente comma 2, nei limiti dell'importo del credito d'imposta complessivamente concesso e dell'importo maturato mensilmente sulla base dell'effettivo sostenimento dei costi relativi al personale che rientra tra le categorie agevolabili. L'utilizzo in compensazione del credito d'imposta per un importo superiore a quello concesso determinerà lo scarto delle relative operazioni di versamento.

4. Il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, ai fini di cui al comma 3, trasmette con modalità telematica all'Agenzia delle entrate i dati dei soggetti ammessi a fruire del credito d'imposta e degli importi a ciascuno spettanti, nonché le eventuali revoche anche parziali.

L'Agenzia delle entrate, anche per le compensazioni relative agli anni 2013 e 2014, trasmette al Ministero della giustizia, con le medesime modalità, i dati relativi ai crediti utilizzati in compensazione ai sensi dell'articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241.

5. Le modalità e i termini di trasmissione dei dati di cui al comma 4 sono stabilite con provvedimenti adottati d'intesa tra gli uffici dirigenziali delle amministrazioni interessate.

6. In caso di accertata indebita fruizione totale o parziale del contributo per il verificarsi del mancato rispetto delle condizioni o dei requisiti previsti dalla norma, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, oltre a revocare il credito d'imposta concesso, procede contestualmente, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto legge 25 marzo 2010, n. 40, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2010, n. 73, al recupero del relativo importo, maggiorato di interessi e sanzioni secondo legge, fatte salve le eventuali responsabilità di ordine civile, penale ed amministrativo.

7. Fino alla entrata in funzione del procedimento di cui all'articolo 5, comma 7, per l'utilizzo dei crediti di imposta già maturati e non ancora utilizzati in compensazione, continuano ad applicarsi le disposizioni regolamentari vigenti alla data di entrata in vigore del presente regolamento e le relative direttive del

Ministero della giustizia che prevedono le modalità di attribuzione del beneficiario. Il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e l'Agenzia delle entrate concorderanno le modalità con le quali monitorare i crediti maturati nel corso del 2013 e del 2014 non utilizzati entro lo stesso anno.

Art. 7.

Risorse disponibili

1. Per l'anno 2013 il credito d'imposta di cui agli articoli 1 e 2 è concesso fino a concorrenza dell'importo complessivo di euro 12.602.828,00.

2. Le risorse destinate all'agevolazione di cui agli articoli 1 e 2 sono trasferite dal Ministero della giustizia sulla contabilità speciale n. 1778 «Agenzia delle entrate-fondi di bilancio» per consentire la regolazione contabile delle compensazioni effettuate, elementi al Ministero dell'economia e delle finanze e al Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

3. Per gli anni a decorrere dal 2014 e fino all'adozione di un nuovo decreto ministeriale il credito d'imposta, di cui agli articoli 1 e 2, è concesso fino a concorrenza dell'importo complessivo di euro 6.102.828,00. L'importo delle risorse di cui al comma 1, eventualmente non utilizzate nell'anno 2013, dovrà essere comunque versato sulla contabilità speciale n. 1778 «Agenzia delle entrate-fondi di bilancio» per reintegrare detta contabilità speciale delle somme utilizzate negli anni precedenti dall'Agenzia delle entrate ai fini della liquidazione dei predetti crediti d'imposta, in eccedenza rispetto a quanto versato dal Ministero della giustizia alla contabilità speciale medesima.

TITOLO II

SGRAVI CONTRIBUTIVI

Art. 8.

Criteri per la concessione degli sgravi contributivi

1. Le aliquote complessive della contribuzione per l'assicurazione obbligatoria previdenziale ed assistenziale dovute dai soggetti beneficiari relativamente alla retribuzione corrisposta ai detenuti o internati, agli ex degenti degli ospedali psichiatrici giudiziari e ai condannati ed internati ammessi al lavoro all'esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, sono ridotte nella misura del 95 per cento per gli anni a decorrere dal 2013 e fino all'adozione di un nuovo decreto ministeriale ai sensi dell'articolo 4, comma 3 -bis della legge 8 novembre 1991, n. 381, per quanto attiene alle quote a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori. 2. Gli sgravi contributivi di cui al comma 1 si applicano anche per i diciotto mesi successivi alla cessazione dello stato detentivo del lavoratore assunto per i detenuti ed internati che hanno beneficiato della semilibertà o del lavoro esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, a condizione che l'assunzione sia avvenuta mentre il lavoratore era ammesso alla semilibertà o al lavoro all'esterno. Nel caso di detenuti ed internati che non hanno beneficiato della semilibertà o del lavoro esterno ai sensi dell'articolo 21 della legge 26 luglio 1975, n. 354, gli sgravi contributivi di cui al comma 1 si applicano per un periodo di ventiquattro mesi successivo alla cessazione dello stato detentivo del lavoratore assunto, a condizione che l'assunzione sia avvenuta mentre il lavoratore era ristretto.

3. Per l'anno 2013 l'agevolazione contributiva di cui al comma 1 è concessa fino a concorrenza di euro 8.045.284,00.

4. Per gli anni a decorrere dal 2014 fino all'adozione di un nuovo decreto ministeriale l'agevolazione contributiva è concessa fino a concorrenza di euro 4.045.284,00.

5. Il rimborso all'Istituto nazionale della previdenza sociale degli oneri derivanti dalla riduzione di cui al comma 1 è effettuato sulla base di apposita rendicontazione.

Le agevolazioni contributive di cui al presente articolo sono riconosciute dall'INPS in base all'ordine cronologico di presentazione delle domande da parte dei datori di lavoro a cui l'Istituto attribuisce un numero di protocollo informatico, ai fini del rispetto delle risorse stanziare.

L'INPS provvede al monitoraggio delle minori entrate derivanti dal presente articolo fornendo i relativi.

NB

Per le note si rinvia alla lettura integrale del testo

BILANCIO

Rendiconto generale dell'Amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 2013. (GU n. 244 del 20.10.14)

LEGGE 3 ottobre 2014, n. 145.

Disposizioni per l'assestamento del bilancio dello Stato e dei bilanci delle Amministrazioni autonome per l'anno finanziario 2014. (GU n. 244 del 20.10.14)

EDILIZIA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

Indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, relativo al mese di settembre 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). (GU n. 248 del 24.10.14)

Note

Gli indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, 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:

M E S I	Variazioni percentuali rispetto		
		al corrispondente periodo dell' anno precedente	ai due anni precedenti
	(Base 2010=100)		
2013			
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
Media	107,0		
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
Giugno	107,4	0,3	1,5
Luglio	107,3	0,1	1,3
Agosto	107,5	-0,1	1,0
Settembre	107,1	-0,1	0,7

MINORI

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 28 luglio 2014 - Ripartizione delle risorse finanziarie afferenti al Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza finalizzato alla realizzazione di interventi nei comuni riservatari, di cui alla *ex lege* 285/1997, per l'anno 2014. (BUR n. 247 del 23.10.14)

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Vista la legge 31 dicembre 2009, n. 196, recante «Legge di contabilità e finanza pubblica»;

Vista la legge 28 agosto 1997, n. 285, recante «Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza» e, in particolare, l'art. 1, che istituisce il Fondo nazionale per l'infanzia e

l'adolescenza finalizzato alla realizzazione di interventi a livello nazionale, regionale e locale e ne stabilisce i criteri di riparto;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» e, in particolare, l'art. 20, che regola il Fondo nazionale per le politiche sociali;

Visto l'art. 80, comma 17, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)», il quale stabilisce la composizione del Fondo nazionale per le politiche sociali a decorrere dall'anno 2001;

Visto l'art. 1, comma 1258, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), come modificato dall'art. 2, comma 470, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), che prevede che la dotazione del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, di cui all'art. 1 della legge 28 agosto 1997, n. 285, sia determinata, limitatamente alle risorse destinate ai comuni, cosiddetti «riservatari», di cui al comma 2, secondo periodo, dello stesso art. 1, annualmente dalla legge finanziaria, con le modalità di cui all'art. 11, comma 3, della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni;

Considerato pertanto che la predetta disposizione ha indicato, a decorrere dall'anno 2008, una diversa modalità di allocazione delle risorse del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, limitatamente alle sole somme destinate ai predetti comuni «riservatari», prevedendo uno stanziamento autonomo, determinato annualmente nella Tabella C della legge finanziaria, laddove le rimanenti risorse del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza continuano a confluire, sia pure indistintamente, nel Fondo nazionale per le politiche sociali;

Visto il decreto 29 aprile 2008 del Ministro della solidarietà sociale di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, registrato dalla Corte dei conti il 2 luglio 2008, registro n. 4, foglio n. 310, di riparto fra i comuni riservatari delle somme loro destinate del Fondo per l'infanzia e l'adolescenza per l'anno 2008, in applicazione del citato art. 1, comma 1258, della legge 27 dicembre 2006, n. 296;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica n. 144 del 7 aprile 2011, recante il regolamento di riorganizzazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali,

Registrato alla Corte dei conti il 5 agosto 2011, registro n. 11, foglio n. 139;

Vista la legge 27 dicembre 2013, n. 147, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2014)» e in particolare la Tabella C, che stabilisce l'ammontare del Fondo per l'infanzia e l'adolescenza destinato ai comuni riservatari;

Vista la legge 27 dicembre 2013, n. 148, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2014 e bilancio pluriennale per il triennio 2014-2016»;

Visto il decreto 106303 del 27 dicembre 2013 con il quale il Ministro dell'economia e delle finanze ha provveduto alla ripartizione in capitoli delle unità previsionali di base relativa al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2014, ed in particolare la Tabella 04 che assegna al capitolo 3527, Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, euro 30.688.000,00;

Visto il decreto ministeriale del 23 gennaio 2014 riportante il visto di regolarità dell'Ufficio Centrale del Bilancio n. 423 del 28 gennaio 2014 con il quale il Ministro del lavoro e delle politiche sociali assegna le risorse umane e finanziarie agli uffici di dirigenza di livello dirigenziale;

Considerato che la somma disponibile, afferente al Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza per l'esercizio finanziario corrente, ammonta complessivamente ad € 30.688.000,00;

Accertata la sufficiente disponibilità di competenza e di cassa sul pertinente capitolo 3527 del bilancio 2014, per un importo totale di euro 30.688.000,00;

Acquisita in data 12 giugno 2014 l'intesa della Conferenza Unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Decreta:

Art. 1.

Per l'attuazione delle misure «Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza» di cui alla legge 28 agosto 1997, n. 285,

è autorizzato il finanziamento, a favore dei 15 comuni

riservatari individuati dall'art. 1, comma 2, secondo periodo,

della medesima legge, della somma complessiva di euro 30.688.000,00, di cui allo stanziamento disposto per il 2014, secondo la seguente ripartizione:

Legge 28 agosto 1997, n. 285. Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza ANNO 2014*Parte destinata ai Comuni riservatari di cui all'art. 1, co. 2, II periodo quota % sul totale***Somme assegnate**

VENEZIA	1,90	583.072,00
MILANO	9,89	3.035.043,20
TORINO	7,02	2.154.297,60
GENOVA	4,79	1.469.955,20
BOLOGNA	2,33	715.030,40
FIRENZE	2,99	917.571,20
ROMA CAPITALE	21,70	6.659.296,00
NAPOLI	16,28	4.996.006,40
BARI	4,34	1.331.859,20
BRINDISI	2,16	662.860,80
TARANTO	3,38	1.037.254,40
REGGIOCALABRIA	3,92	1.202.969,60
CATANIA	5,37	1.647.945,60
PALERMO	11,28	3.461.606,40
CAGLIARI	2,65	813.232,00
TOTALE	100	30.688.000,00

Art. 2.

Ulteriori risorse derivanti da provvedimenti di incremento dello stanziamento sul capitolo di spesa 3527 «Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza», saranno ripartite fra i comuni riservatari con le stesse modalità e criteri di cui al presente decreto come da Tabella 1.

Art. 3.

I comuni destinatari comunicano al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nelle forme e nei modi previamente concordati, tutti i dati necessari al monitoraggio dei flussi finanziari e, nello specifico, gli interventi, i trasferimenti effettuati e i progetti finanziati con le risorse del Fondo stesso.

Il presente decreto viene pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana, previo visto e registrazione della Corte dei conti.

PARTITI

Commissione di garanzia degli statuti e per la trasparenza e il controllo dei rendiconti dei partiti politici Statuti di partiti politici iscritti alla data del 17 ottobre 2014 nel Registro nazionale di cui all'art. 4, comma 5, del decreto-legge 28 dicembre 2013, n. 149, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2014, n. 13 (BUR n. 251 del 28.10.14)

POLITICHE SOCIALI**MINISTERO DELL'INTERNO**

Approvazione del Secondo Atto di Riparto delle risorse finanziarie del Piano Azione Coesione-Programma Nazionale Servizi di cura all'infanzia e agli anziani non autosufficienti a favore degli Ambiti/Distretti socio sanitari aventi sede nelle quattro Regioni dell'obiettivo «Convergenza» 2007-2013 (Campania, Puglia, Calabria, Sicilia). (BUR n. 242 del 17.10.14)

Si comunica che è stato adottato il decreto di approvazione del Secondo Atto di Riparto delle risorse finanziarie del Piano Azione Coesione-Programma Nazionale Servizi di cura all'infanzia e agli anziani non autosufficienti a favore degli Ambiti/Distretti socio sanitari aventi sede nelle quattro Regioni dell'obiettivo «Convergenza» 2007-2013 (Campania, Puglia, Calabria, Sicilia).

Il decreto ed i relativi documenti sono consultabili nella Home page del sito Internet del Ministero dell'Interno - www.interno.gov.it dove è pubblicata la pagina relativa all'Autorità di Gestione del Programma Nazionale Servizi di Cura all'infanzia e agli anziani non autosufficienti.

LEGGE 10 ottobre 2014 , n. 147 .

Modifiche alla disciplina dei requisiti per la fruizione delle deroghe riguardanti l'accesso al trattamento pensionistico.

Art. 1.

Modifiche all'articolo 22, comma 1, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e all'articolo 11, comma 2, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 102, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 ottobre 2013, n. 124.

1. In considerazione del limitato utilizzo, ai fini dell'accesso al pensionamento secondo i requisiti e le decorrenze vigenti prima della data di entrata in vigore dell'articolo 24 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, della salvaguardia di cui all'articolo 22, comma 1, lettera a) , del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, al medesimo articolo 22, comma 1, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'alinea, le parole: «ulteriori 55.000 soggetti» sono sostituite dalle seguenti: «ulteriori 35.000 soggetti»;

b) alla lettera a) , le parole: «alla data del 4 dicembre 2011 gli stessi lavoratori ancora non risultino cessati dall'attività lavorativa e collocati in mobilità ai sensi degli articoli 4 e 24 della legge 23 luglio 1991, n. 223, e successive modificazioni» sono sostituite dalle seguenti: «siano percettori, entro i quindici giorni successivi alla data di entrata in vigore della presente disposizione, del trattamento di cassa integrazione guadagni straordinaria ai sensi dell'articolo 1 della legge 23 luglio 1991, n. 223, e successive modificazioni, e il cui rapporto di lavoro cessi entro il 30 dicembre 2016 per il collocamento in mobilità ai sensi degli articoli 4 e 24 della legge 23 luglio 1991, n. 223, e successive modificazioni, ovvero siano cessati dall'attività lavorativa entro il 31 dicembre 2014 e collocati in mobilità ai sensi degli articoli 4 e 24 della legge 23 luglio 1991, n. 223, e successive modificazioni, i cui nominativi siano stati comunicati entro il 31 dicembre 2014 al Ministero del lavoro e delle politiche sociali secondo le modalità di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 8 ottobre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 17 del 21 gennaio 2013».

2. All'articolo 1, comma 235, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, e successive modificazioni, gli importi indicati al quarto periodo sono ridotti di 198 milioni di euro per l'anno 2016, 380 milioni di euro per l'anno 2017, 495 milioni di euro per l'anno 2018, 240 milioni di euro per l'anno 2019 e 35 milioni di euro per l'anno 2020.

3. Per effetto di quanto disposto al comma 1, lettera a) , del presente articolo, è operata una corrispondente diminuzione nel contingente numerico indicato nella prima voce della tabella di cui all'articolo 6, comma 1, del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 8 ottobre 2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 17 del 21 gennaio 2013.

4. In considerazione del limitato utilizzo, ai fini dell'accesso al pensionamento secondo i requisiti e le decorrenze vigenti prima della data di entrata in vigore dell'articolo 24 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, della salvaguardia di cui all'articolo 11 del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 102, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 ottobre 2013, n. 124, al medesimo articolo 11, comma 2, le parole: «nel limite di 6.500 soggetti e nel limite massimo di 151 milioni di euro per l'anno 2014, di 164 milioni di euro per l'anno 2015, di 124 milioni di euro per l'anno 2016, di 85 milioni di euro per l'anno 2017, di 47 milioni di euro per l'anno 2018 e di 12 milioni di euro per l'anno 2019» sono sostituite dalle seguenti: «nel limite di 2.500 soggetti e nel limite massimo di 77 milioni di euro per l'anno 2014, di 83 milioni di euro per l'anno 2015, di 63 milioni di euro per l'anno 2016, di 43 milioni di euro per l'anno 2017, di 24 milioni di euro per l'anno 2018 e di 6 milioni di euro per l'anno 2019». Conseguentemente, all'articolo 1, comma 235, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, e successive modificazioni, gli importi indicati al quarto periodo sono ridotti di 74 milioni di euro per l'anno 2014, 81 milioni di euro per l'anno 2015, 61 milioni di euro per l'anno 2016, 42 milioni di euro per l'anno 2017, 23 milioni di euro per l'anno 2018 e 6 milioni di euro per l'anno 2019.

Art. 2.

Requisiti di accesso e decorrenze delle prestazioni pensionistiche

1. Le disposizioni in materia di requisiti di accesso e di regime delle decorrenze vigenti prima della data di entrata in vigore dell'articolo 24 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge

22 dicembre 2011, n. 214, ferme restando le salvaguardie

previste dall'articolo 24, comma 14, del medesimo

decreto-legge n. 201 del 2011, e successive modificazioni, dall'articolo 22 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, come modificato dall'articolo 1 della presente legge, dall'articolo 1, commi da 231 a 234, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, e successive modificazioni, dagli articoli 11 e 11 -bis del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 102, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 ottobre 2013, n. 124, dall'articolo 2, commi 5 -bis e 5 -ter, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, e dall'articolo 1, commi da 194 a 198, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, e dai relativi decreti attuativi del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 1° giugno 2012, 8 ottobre 2012, 22 aprile 2013 e 14 febbraio 2014, pubblicati, rispettivamente, nella *Gazzetta Ufficiale* n. 171 del 24 luglio 2012, n. 17 del 21 gennaio 2013, n. 123 del 28 maggio 2013 e n. 89 del 16 aprile 2014, continuano ad applicarsi ai seguenti soggetti che maturano i requisiti per il pensionamento successivamente al 31 dicembre 2011:

a) nel limite di 5.500 soggetti, ai lavoratori collocati in mobilità ordinaria a seguito di accordi governativi o non governativi, stipulati entro il 31 dicembre 2011, cessati dal rapporto di lavoro entro il 30 settembre 2012 e che perfezionano, entro il periodo di fruizione dell'indennità di mobilità di cui all'articolo 7, commi 1 e 2, della legge 23 luglio 1991, n. 223, ovvero, anche mediante il versamento di contributi volontari, entro dodici mesi dalla fine dello stesso periodo, i requisiti vigenti prima della data di entrata in vigore del citato decreto-legge n. 201 del 2011. Il versamento volontario di cui alla presente lettera, anche in deroga alle disposizioni dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 184, può riguardare anche periodi eccedenti i sei mesi precedenti la domanda di autorizzazione stessa. Tale versamento può comunque essere effettuato solo con riferimento ai dodici mesi successivi al termine di fruizione dell'indennità di mobilità indicato dalla presente lettera;

b) nel limite di 12.000 soggetti, ai lavoratori di cui all'articolo 1, comma 194, lettere a) e f), della legge 27 dicembre 2013, n. 147, i quali perfezionano i requisiti utili a comportare la decorrenza del trattamento pensionistico, secondo la disciplina vigente prima della data di entrata in vigore del citato decreto-legge n. 201 del 2011, entro il quarantottesimo mese successivo alla data di entrata in vigore del medesimo decreto-legge n. 201 del 2011;

c) nel limite di 8.800 soggetti, ai lavoratori di cui all'articolo 1, comma 194, lettere b), c) e d), della legge 27 dicembre 2013, n. 147, i quali perfezionano i requisiti utili a comportare la decorrenza del trattamento pensionistico, secondo la disciplina vigente prima della data di entrata in vigore del citato decreto-legge n. 201 del 2011, entro il quarantottesimo mese successivo alla data di entrata in vigore del medesimo decreto-legge n. 201 del 2011;

d) nel limite di 1.800 soggetti, ai lavoratori di cui all'articolo 24, comma 14, lettera e) -ter), del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, i quali perfezionano i requisiti utili a comportare la decorrenza del trattamento pensionistico, secondo la disciplina vigente prima della data di entrata in vigore del citato decreto-legge n. 201 del 2011, entro il quarantottesimo mese successivo alla data di entrata in vigore del medesimo decreto-legge;

e) nel limite di 4.000 soggetti, ai lavoratori con contratto di lavoro a tempo determinato cessati dal lavoro tra il 1° gennaio 2007 e il 31 dicembre 2011, non rioccupati a tempo indeterminato, i quali perfezionano i requisiti utili a comportare la decorrenza del trattamento pensionistico, secondo la disciplina vigente prima della data di entrata in vigore del citato decreto-legge n. 201 del 2011, entro il quarantottesimo mese successivo alla data di entrata in vigore del medesimo decreto-legge.

2. Per i lavoratori di cui al comma 1, lettera a), che siano già stati autorizzati ai versamenti volontari in data antecedente all'entrata in vigore della presente legge e per i quali siano decorsi i termini di pagamento, sono riaperti a domanda i termini dei versamenti relativi ai dodici mesi successivi alla fine del periodo di fruizione dell'indennità di mobilità come specificato nel medesimo comma 1.

3. Il trattamento pensionistico, con riferimento ai soggetti di cui al presente articolo, non può avere decorrenza anteriore alla data di entrata in vigore della presente legge.

4. Ai fini della presentazione delle istanze da parte dei lavoratori, da effettuarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, si applicano per ciascuna categoria di lavoratori

salvaguardati le specifiche procedure previste nei precedenti provvedimenti in materia di salvaguardia dei requisiti di accesso e di regime delle decorrenze vigenti prima della data di entrata in vigore dell'articolo 24 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, da ultimo stabilite con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 14 febbraio 2014, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 89 del 16 aprile 2014. L'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) provvede al monitoraggio delle domande di pensionamento inoltrate dai lavoratori di cui al presente articolo che intendono avvalersi dei requisiti di accesso e del regime delle decorrenze vigenti prima della data di entrata in vigore del citato decreto-legge n. 201 del 2011, sulla base della data di cessazione del rapporto di lavoro, e provvede a pubblicare nel proprio sito internet, in forma aggregata al fine di rispettare le vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali, i dati raccolti a seguito dell'attività di monitoraggio, avendo cura di evidenziare le domande accolte, quelle respinte e le relative motivazioni.

Qualora dal monitoraggio risulti il raggiungimento del limite numerico delle domande di pensione determinato ai sensi dei commi 1 e 6, l'INPS non prende in esame ulteriori domande di pensionamento finalizzate ad usufruire dei benefici previsti dal presente articolo.

5. Sulla base dei dati del monitoraggio effettuato dall'INPS, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, entro il 30 giugno di ogni anno, trasmette alle Camere una relazione in ordine all'attuazione delle disposizioni di salvaguardia, con particolare riferimento al numero di lavoratori salvaguardati e alle risorse finanziarie utilizzate.

6. I benefici di cui al presente articolo sono riconosciuti nel limite di 32.100 soggetti e nel limite massimo di 43 milioni di euro per l'anno 2014, 218 milioni di euro per l'anno 2015, 378 milioni di euro per l'anno 2016, 355 milioni di euro per l'anno 2017, 303 milioni di euro per l'anno 2018, 203 milioni di euro per l'anno 2019, 128 milioni di euro per l'anno 2020, 49 milioni di euro per l'anno 2021 e 4 milioni di euro per l'anno 2022. Conseguentemente, all'articolo 1, comma 235, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, e successive modificazioni, gli importi indicati al quarto periodo sono corrispondentemente incrementati degli importi di cui al precedente periodo

Art. 3.

Interpretazione autentica dell'articolo 1, comma 194, lettera e), della legge 27 dicembre 2013, n. 147

1. L'articolo 1, comma 194, lettera e), della legge 27 dicembre 2013, n. 147, si interpreta nel senso che il versamento volontario, anche in deroga alle disposizioni dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 184, può essere effettuato solo con riferimento ai sei mesi successivi al termine di fruizione dell'indennità relativa alla mobilità in cui l'assicurato era collocato alla data del 4 dicembre 2011.

2. Per i lavoratori di cui al comma 1 che siano già stati autorizzati ai versamenti volontari in data antecedente all'entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147, e per i quali siano decorsi i termini di pagamento, sono riaperti a domanda i termini per i versamenti relativi ai sei mesi successivi alla fine del periodo di fruizione dell'indennità relativa alla mobilità in cui l'assicurato era collocato alla data del 4 dicembre 2011.

Art. 4.

Copertura finanziaria

1. Per effetto delle modifiche di cui agli articoli 1 e 2 della presente legge, all'articolo 1, comma 235, quarto periodo, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, e successive modificazioni, le parole: «a 1.385 milioni di euro per l'anno 2014, a 2.258 milioni di euro per l'anno 2015, a 2.758 milioni di euro per l'anno 2016, a 2.488 milioni di euro per l'anno 2017, a 1.635 milioni di euro per l'anno 2018, a 699 milioni di euro per l'anno 2019 e a 79 milioni di euro per l'anno 2020» sono sostituite dalle seguenti: «a 1.354 milioni di euro per l'anno 2014, a 2.395 milioni di euro per l'anno 2015, a 2.877 milioni di euro per l'anno 2016, a 2.421 milioni di euro per l'anno 2017, a 1.420 milioni di euro per l'anno 2018, a 656 milioni di euro per l'anno 2019, a 172 milioni di euro per l'anno 2020, a 49 milioni di euro per l'anno 2021 e a 4 milioni di euro per l'anno 2022».

2. L'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 235, primo periodo, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, e successive modificazioni, è incrementata di 31 milioni di euro per l'anno 2014, 67 milioni di euro per l'anno 2017, 215 milioni di euro per l'anno 2018 e 43 milioni di euro per l'anno 2019.

3. All'onere derivante dall'articolo 2 e dal comma 2 del presente articolo, pari a 74 milioni di euro per l'anno 2014, 218 milioni di euro per l'anno 2015, 378 milioni di euro per l'anno 2016, 422 milioni di euro per l'anno 2017, 518 milioni di euro per l'anno 2018, 246 milioni di euro per l'anno 2019, 128 milioni di euro per l'anno 2020, 49 milioni di euro per l'anno 2021 e 4 milioni di euro per l'anno 2022, si provvede:

a) quanto a 74 milioni di euro per l'anno 2014, 81 milioni di euro per l'anno 2015, 259 milioni di euro per l'anno 2016, 422 milioni di euro per l'anno 2017, 518 milioni di euro per l'anno 2018, 246 milioni di euro per l'anno 2019 e 35 milioni di euro per l'anno 2020, a valere sulle economie derivanti dall'articolo 1;

b) quanto a 137 milioni di euro per l'anno 2015, 119 milioni di euro per l'anno 2016, 93 milioni di euro per l'anno 2020, 49 milioni di euro per l'anno 2021 e 4 milioni di euro per l'anno 2022, mediante corrispondente riduzione del Fondo sociale per occupazione e formazione, di cui all'articolo 18, comma 1, lettera a) , del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2.

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

NB

Per le note si rinvia alla lettura integrale del testo

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 11 settembre 2014 - Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale Arianna - Società cooperativa sociale», in Panettieri e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 247 del 23.10.14)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Viste le risultanze della revisione ministeriale del 29 gennaio 2013 e del successivo accertamento ispettivo a seguito di diffi da nei confronti della cooperativa a regolarizzare la propria posizione, concluso in data 29 aprile 2013, dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della società cooperativa "Cooperativa Sociale Arianna – Società Cooperativa Sociale"; Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'uffi cio presso il competente registro delle imprese, relativamente agli organi societari, alla sede sociale ed al rispetto degli obblighi relativi ai depositi di bilancio;

Considerato che in data 2 ottobre 2013 è stato comunicato, ai sensi dell'art. 7 della legge 241/90, l'avvio del procedimento di liquidazione coatta amministrativa al legale rappresentante della cooperativa, al Tribunale e alla Camera di commercio competenti per territorio;

Visto che il termine per proporre osservazioni e controdeduzioni è scaduto senza che ll'Amministrazione siano pervenute comunicazioni da parte degli interessati;

Vista la proposta con la quale la direzione generale per la vigilanza sugli enti, il sistema cooperativo e le gestioni commissariali all'esito dell'istruttoria condotta, propone l'adozione del provvedimento di sottoposizione della cooperativa in oggetto alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa "Cooperativa Sociale Arianna - Società Cooperativa Sociale", con sede in Panettieri (CS) (codice fi scale 02104240789) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -*terdecies* c.c..

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il dott. Giovanni Cosimo Coppola, nato a Corigliano Calabro (CS) il 16 aprile 1972 ed ivi domiciliato in via Casa della Chiesa snc.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

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

Roma, 11 settembre 2014

Il Ministro: GUIDI

DECRETO 11 settembre 2014 - Liquidazione coatta amministrativa della «Nuova Sanatrix società cooperativa sociale», in Gonzaga e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 247 del 23.10.14)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Vista la sentenza del 22 maggio 2014 n. 59/2014 del Tribunale di Mantova con la quale è stato dichiarato lo stato d'insolvenza della società cooperativa "Nuova Sanatrix Società Cooperativa Sociale";

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, relativamente agli organi societari, alla sede sociale ed al rispetto degli obblighi relativi ai depositi di bilancio;

Vista la proposta con la quale la direzione generale per la vigilanza sugli enti, il sistema cooperativo e le gestioni commissariali all'esito dell'istruttoria condotta, propone l'adozione del provvedimento di sottoposizione della cooperativa in oggetto alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Visto l'art. 195 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, e ritenuta la necessità di disporre la liquidazione coatta amministrativa;

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa "Nuova Sanatrix Società Cooperativa Sociale", con sede in Gonzaga (codice fiscale 02337560201) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies c.c.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominata commissario liquidatore l'avv. Ezio Zani nato a Mantova il 12 dicembre 1969 ed ivi domiciliato in Via Giuseppe Mazzini, n. 2.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana. Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario direttamente al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge.

Roma, 11 settembre 2014

Il Ministro: GUIDI

DECRETO 11 settembre 2014 - Liquidazione coatta amministrativa della «K.I.M. Ultra Cleaning società cooperativa sociale a responsabilità limitata», in Cesano Boscone e nomina del commissario liquidatore. (BUR n. 248 del 24.10.14)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Viste le risultanze della mancata revisione ministeriale conclusa in data 15 ottobre 2012 contenente la proposta di scioglimento con liquidatore per la società «K.I.M. Ultra Cleaning Società cooperativa sociale a responsabilità limitata»;

Vista l'istruttoria effettuata dalla competente Autorità di Vigilanza, dalla quale sono emersi gli estremi per l'adozione del provvedimento di liquidazione coatta amministrativa ex art. 2545 -terdecies c.c.;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'uffi cio presso il competente registro delle imprese, relativamente agli organi societari, alla sede sociale ed al rispetto degli obblighi relativi ai depositi di bilancio;

Considerato che in data 22 novembre 2013 é stato comunicato, ai sensi dell'art. 7 della legge n. 241/90, l'avvio del procedimento di liquidazione coatta amministrativa al legale rappresentante della cooperativa, al Tribunale e alla Camera di commercio competenti per territorio;

Preso atto che la citata comunicazione di avvio del procedimento è stata restituita a questo Uffi cio con la dicitura «destinatario trasferito» e che, di conseguenza, non risultano presentate osservazioni, controdeduzioni e documenti da parte di nessun soggetto;

Vista la proposta con la quale la direzione generale per la vigilanza sugli enti, il sistema cooperativo e le gestioni commissariali all'esito dell'istruttoria condotta, richiede l'adozione del provvedimento di sottoposizione della cooperativa in oggetto alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

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

Sentita l'Associazione di rappresentanza;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «K.I.M. Ultra Cleaning Società cooperativa sociale a responsabilità limitata», con sede in Cesano Boscone (MI) (codice fi scale 04408620963) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies c.c.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominata commissario liquidatore la dott.ssa Chiara Rossini, nata a Milano il 19 luglio 1981, ivi domiciliata in via Paolo Diacono, n. 9.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

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

Roma, 11 settembre 2014

Il Ministro: GUIDI

DECRETO 11 settembre 2014 - Sostituzione del commissario liquidatore della «Volta Società cooperativa sociale Onlus», in Como.

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Visto il decreto ministeriale 27 giugno 2012, n. 426/2012, con il quale la società cooperativa «Volta Società cooperativa sociale ONLUS», con sede in Como, è stata posta in liquidazione coatta amministrativa e l'avv. Enrico Caratozzolo ne è stato nominato commissario liquidatore Visto che il citato commissario liquidatore non ha comunicato l'accettazione dell'incarico, rinunciando;

Vista la proposta con la quale la direzione generale per la vigilanza sugli enti, il sistema cooperativo e le gestioni commissariali all'esito dell'istruttoria condotta, richiede la sostituzione del commissario liquidatore;

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

Decreta:

Art. 1.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae, è nominato commissario liquidatore della società in premessa, il dott. Luigi Corbella, nato a Como il 16 gennaio 1966, ivi domiciliato in via Recchi n. 2, in sostituzione dell'avv. Enrico Caratozzolo, rinunciatario.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Tale provvedimento potrà essere impugnato dinanzi al competente Tribunale amministrativo, ovvero in via straordinaria dinanzi al Presidente della Repubblica qualora sussistano i presupposti di legge.

Roma, 11 settembre 2014

Il Ministro: GUIDI

DECRETO 12 settembre 2014 - Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale Jacarandà ONLUS in liquidazione», in Erbusco e nomina del commissario liquidatore.

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Vista l'istanza dell'8 aprile 2014, e pervenuta a questa Autorità di vigilanza in data 14 aprile 2014, con la quale la Confederazione cooperative italiane ha chiesto che la società «Cooperativa sociale Jacarandà Onlus in liquidazione» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Viste le risultanze della revisione dell'Associazione di rappresentanza conclusa in data 25 marzo 2014 e del supplemento di verifica concluso in data 1° aprile 2014, dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, relativamente agli organi societari, alla sede sociale ed al rispetto degli obblighi relativi ai depositi di bilancio;

Considerato che in data 29 aprile 2014 è stato comunicato, ai sensi dell'art. 7 della legge n. 241/90, l'avvio del procedimento di liquidazione coatta amministrativa al legale rappresentante della cooperativa, al Tribunale e alla Camera di commercio competenti per territorio, nonché all'Associazione nazionale di rappresentanza;

Considerato che è scaduto il termine per partecipare al procedimento e il legale rappresentante non ha presentato osservazioni e controdeduzioni;

Vista la proposta con la quale la direzione generale per la vigilanza sugli enti, il sistema cooperativo e le gestioni commissariali all'esito dell'istruttoria condotta, richiede l'adozione del provvedimento di sottoposizione della cooperativa in oggetto alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

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

Visto che l'Associazione nazionale di rappresentanza, cui la cooperativa è aderente, non propone candidature;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Cooperativa sociale Jacarandà Onlus in liquidazione», con sede in Erbusco (BS) (codice fi scale 03247660982) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -*terdecies* c.c.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il dott. Gianpietro Tocchella, nato a Iseo (BS) il 12 ottobre 1973, ivi domiciliato in via Silano, n. 19/6, frazione Pilzone.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

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

Roma, 12 settembre 2014

Il Ministro: GUIDI

DECRETO 15 ottobre 2014 - Scioglimento della «Galileo - Società cooperativa Sociale O.N.L.U.S.», in Chiusavecchia e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 253 del 30.10.14)

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

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

Visto l'art. 2545 *-septiesdecies c.c.*;

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

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

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

Viste le risultanze del verbale di mancata revisione del 28 giugno 2012 effettuato dal revisore incaricato dall'Unione nazionale cooperative italiane e relative alla società cooperativa sotto indicata, cui si rinvia e che qui si intendono richiamate;

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

Considerato che la cooperativa, a seguito della comunicazione ai sensi degli artt. 7 e 8 legge 241/90 effettuata in data 25 marzo 2014 prot. n. 48738, non ha prodotto alcuna documentazione attestante l'avvenuta regolarizzazione delle difformità;

Tenuto conto che l'Ente risulta trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 2545 *-septiesdecies c.c.*;

Visto il parere espresso dalla Commissione centrale per le cooperative in data 28 settembre 2011 in merito all'adozione dei provvedimenti di scioglimento per atto d'autorità con nomina di commissario liquidatore nei casi di mancato deposito del bilancio per almeno due esercizi consecutivi;

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa "GALILEO - SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE O.N.L.U.S." con sede in Chiusavecchia (IM), costituita in data 16 maggio 2002, codice fi scale 01317770087, è sciolta per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 *-septiesdecies c.c.*

Art. 2.

Considerati gli specifici requisiti professionali, così come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore la dott.ssa Giuseppina Zarroli, nata a Avezzano (AQ) il 10 giugno 1964, codice fi scale ZRRGPP64H50A515L, residente in Torino, Corso Re Umberto n. 54.

Art. 3.

Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto ministeriale 23 febbraio 2001.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso amministrativo al Tribunale amministrativo regionale ovvero straordinario al Presidente della Repubblica nei termini e presupposti di legge.

Roma, 15 ottobre 2014

Il direttore generale: MOLETI

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 27 OTTOBRE 2014, arretrati compresi

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

BASILICATA

DGR 26.9.14, n. 1150- Sistema di Valutazione del personale, dei Dirigenti Generali, dei Dirigenti regionali e dei Dirigenti degli Organismi Strumentali per il 2014 - Determinazioni.(BUR n. 40 del 16.10.14)

EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA CONSULTA DI GARANZIA STATUTARIA 18 SETTEMBRE 2014, N. 3- Approvazione della relazione sull'attività svolta dalla Consulta di garanzia statutaria della Regione Emilia-Romagna nell'anno 2014 e programma delle attività per l'anno 2015.(BUR n. 295 del 9.10.14)

LA CONSULTA DI GARANZIA STATUTARIA

Visti:

- lo Statuto regionale che, al comma 1, dell'articolo 69 definisce la Consulta di garanzia statutaria "organo autonomo e indipendente della Regione";
- la legge regionale 4 dicembre 2007 n. 23 "Costituzione e funzionamento della Consulta di garanzia statutaria", che dà disposizione in materia di costituzione e composizione, compiti e funzioni, elezioni;
- il Regolamento per l'organizzazione e il funzionamento della Consulta di garanzia statutaria ed, in particolare, il comma 2 dell'articolo 17 che così prescrive: *"La Consulta, entro il 20 settembre di ogni anno, trasmette al Presidente dell'Assemblea legislativa e al Presidente della Giunta una relazione*

sull'attività svolta, alla quale deve essere allegato anche il programma delle attività e la richiesta di stanziamento delle risorse riguardanti l'anno successivo";

Esaminata la relazione sull'attività svolta nel 2014 predisposta dal Presidente con la collaborazione degli altri Consultori ed esaminato anche il programma delle attività per l'anno 2015;

All'unanimità dei voti

DELIBERA

- 1) di approvare la relazione sull'attività svolta dalla Consulta di garanzia statutaria della Regione Emilia-Romagna nell'anno 2014 e il programma delle attività per l'anno 2015, allegato 1, parte integrante e sostanziale;
- 2) di trasmettere la citata relazione completa del programma di attività 2014, alla Presidente dell'Assemblea legislativa e al Presidente della Giunta regionale;
- 3) di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna e sul sito della Consulta dell'Assemblea legislativa.

RELAZIONE ANNUALE 2014

Resoconto delle attività svolte

La presente relazione, redatta con riferimento a quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 17 del "Regolamento della Consulta di Garanzia Statutaria", intende dare conto dell'attività svolta dalla Consulta nell'arco temporale dal 19 settembre 2013 al 20 settembre 2014.

Nel predetto periodo, in particolare, si è dato corso all'esame dei progetti di legge pervenuti all'attenzione della Consulta per le attribuzioni che le sono proprie, nonché si è proceduto alle delibere conseguenti alle dimissioni del Presidente della Regione, Vasco Errani.

§ § §

- La Consulta, notiziata in data 9 ottobre 2013 (con nota prot. n. 39823, dal Responsabile del procedimento, dott.ssa Giuseppina Rositano), della pervenuta deliberazione del Consiglio comunale di Modena recante in oggetto: *"Norme per la creazione della rete regionale contro la violenza di genere e per la promozione della cultura dell'inviolabilità, del rispetto e della libertà delle donne"* (depositato all'Assemblea Legislativa in data 23 settembre 2013), nella seduta del 5 novembre 2013, presenti i componenti prof. avv. F. Peccenini, prof. L. Scaffardi, prof. avv. C. Fioravanti, avv. M. Selleri, avv. G. Bazzini, si riuniva per procedere, ai sensi dell'art. 14, comma 2 del Regolamento della Consulta Statutaria, adottato con delibera n. 9 del 15 febbraio 2013, all'esame di tale proposta di legge di iniziativa popolare e rilevava come il testo del progetto presentato dal Consiglio comunale di Modena fosse del tutto identico nei contenuti e nell'articolato a quanto già discusso e deliberato in data 17 luglio 2013, delibera n. 12/2013, come corretta dalla delibera n. 14 del 28 agosto 2013.

Vista l'identità di contenuto sopra evidenziata, il Presidente della Consulta riteneva non necessaria la nomina di un relatore e, per evidenti esigenze di economicità del procedimento, non necessaria la partecipazione dei presentatori del progetto, anche in considerazione del fatto che gli stessi, formalmente notiziati della seduta 5 novembre 2013, non avevano manifestato la volontà di intervenire. Conseguentemente la Consulta, dopo approfondita discussione ha adottato la seguente deliberazione (n. 18/2013):

LA CONSULTA DI GARANZIA STATUTARIA

1. dichiara ammissibile il progetto di legge; nella sua interezza, vale a dire in tutti i singoli articoli, dall'articolo 1 all'articolo 11;

2. dà mandato agli uffici competenti di premettere al testo del progetto di legge la seguente frase: "La Consulta di Garanzia Statutaria, ai sensi dell'art.18 comma 4 dello Statuto e dell'art. 3 comma 1 della legge regionale n. 34/1999, ha dichiarato con deliberazione n. 18 del 5 novembre 2013 ammissibile il progetto di legge nella sua interezza, vale a dire in tutti i singoli articoli, dall'articolo 1 all'articolo 11".

§ § §

Con delibera n. 19, in pari data, la Consulta verificato che la popolazione del Comune di Modena conta 186.040 abitanti ha altresì dichiarato la regolarità della proposta di legge di iniziativa del Consiglio comunale di Modena, recante in oggetto: *"Norme per la creazione della rete regionale contro la violenza di genere e per la promozione della cultura dell'inviolabilità, del rispetto e della libertà delle donne"*, quindi dichiarata ammissibile con delibera n. 18/2013, essendo rispettato il requisito di cui all'art. 1, comma 1 lett. c) della l.r. 34/99.

Successivamente la Consulta, notiziata in data 16 dicembre 2013 (dal Responsabile del procedimento, dott.ssa Giuseppina Rositano) della ricezione di una deliberazione del Consiglio comunale di Formigine,

recante in oggetto: *"Norme per la creazione della rete regionale contro la violenza di genere e per la promozione della cultura dell'inviolabilità, del rispetto e della libertà delle donne"* (depositato all'Assemblea Legislativa in data 4 dicembre 2013), nella seduta del 14 gennaio 2014, presenti i componenti prof. avv. F. Peccenini, prof. L. Scaffardi, prof. avv. C. Fioravanti, avv. M. Selleri, avv. G. Bazzini, si riuniva per procedere ai sensi dell'art. 14, comma 2 del Regolamento della Consulta Statutaria, adottato con delibera n. 9 del 15 febbraio 2013, all'esame di tale proposta di legge di iniziativa popolare e rilevava che il testo del progetto presentato dal Consiglio comunale di Formigine fosse del tutto identico nei contenuti e nell'articolato a quanto già discusso e deliberato in data 17 luglio 2013, delibera n. 12/2013, come corretta dalla delibera n. 14 del 28 agosto 2013.

Vista l'identità di contenuto sopra evidenziata, il Presidente della Consulta riteneva non necessaria la nomina di un relatore e, per evidenti esigenze di economicità del procedimento, non necessaria la partecipazione dei presentatori del progetto, anche in considerazione del fatto che gli stessi, formalmente notiziati della seduta 14 gennaio 2014, non hanno manifestato la volontà di intervenire. Conseguentemente la Consulta, dopo approfondita discussione, adottava la seguente deliberazione (n.1/2014):

LA CONSULTA DI GARANZIA STATUTARIA

1. dichiara ammissibile il progetto di legge nella sua interezza, vale a dire in tutti i singoli articoli, dall'articolo 1 all'articolo 11;

2. dà mandato agli uffici competenti di premettere al testo del progetto di legge la seguente frase: "La Consulta di Garanzia Statutaria, ai sensi dell'art.18 comma 4 dello Statuto e dell'art. 3 comma 1 della legge regionale n. 34/1999, ha dichiarato con deliberazione n. 1 del 14 gennaio 2014 ammissibile il progetto di legge nella sua interezza, vale a dire in tutti i singoli articoli, dall'articolo 1 all'articolo 11".

§ § §

In data 24 luglio 2014, la Presidente dell'Assemblea legislativa, Palma Costi, comunicava ufficialmente al Presidente della Consulta di Garanzia Statutaria che, in pari data, il Presidente della Regione Emilia-Romagna, Vasco Errani, aveva rassegnato le proprie dimissioni volontarie.

Il successivo 28 luglio 2014 la Consulta di Garanzia Statutaria presenti i componenti prof. avv. F. Peccenini, prof. L. Scaffardi, prof. avv. C. Fioravanti, avv. M. Selleri, assente giustificata l'avv. E. Gianola Bazzini, si riuniva per l'audizione del Presidente dell'Assemblea legislativa, Palma Costi, e il Presidente della Giunta regionale, Vasco Errani, ai sensi dell'art. 15, comma 2 della Legge Regionale n. 23 del 2007, e per dichiarare la modalità di ordinaria amministrazione ai sensi dell'art. 69, comma 1, lettera a) dello Statuto, ed adottava la seguente deliberazione:

LA CONSULTA DI GARANZIA STATUTARIA

1. prende atto delle dimissioni volontarie del Presidente della Regione Emilia-Romagna, Vasco Errani;

2. ai sensi dell'art. 69, comma 1, lett. a) dello Statuto, nell'ambito della funzione consultiva che le è propria, dichiara la modalità di amministrazione ordinaria dalla data delle dimissioni del Presidente fino all'insediamento della nuova Assemblea legislativa.

In considerazione della novità e rilevanza dei presupposti della decisione appare opportuno, per non dire necessario, riportare la motivazione della menzionata deliberazione (n. 2 del 28 luglio 2014):

RITENUTO IN DIRITTO

1. L'art. 126, terzo comma della Costituzione prevede le dimissioni della Giunta e lo scioglimento del Consiglio regionale nei casi di approvazione della mozione di sfiducia nei confronti del Presidente della Giunta, eletto a suffragio universale diretto, di rimozione, di impedimento permanente, di morte o di dimissioni volontarie dello stesso Presidente, nonché di dimissioni contestuali della maggioranza dei consiglieri regionali. Tale norma costituisce espressione del principio *aut simul stabunt aut simul cadent*, introdotto a seguito della Riforma del Tit. V, Parte II della Costituzione con la legge costituzionale n. 1 del 1999, finalizzato a garantire una maggiore stabilità degli organi di governo regionali (Consiglio e Giunta), in base al quale la cessazione anticipata di un organo comporta necessariamente il venir meno dell'altro.

Questo principio è stato ribadito nello specifico dall'art. 32 dello Statuto regionale. I commi 2 e 3 del citato articolo stabiliscono infatti che lo scioglimento dell'Assemblea e la decadenza della Giunta sono determinate dall'approvazione della mozione di sfiducia nei confronti del Presidente della Regione, eletto a suffragio universale e diretto (comma 2), dalle dimissioni contestuali della maggioranza dei componenti l'Assemblea, dall'annullamento dell'elezione dell'Assemblea o del Presidente della Regione, nonché in caso di rimozione, impedimento permanente, morte o dimissioni volontarie del Presidente (comma 3).

In tali circostanze, lo Statuto emiliano affida alla Consulta di garanzia statutaria, ai sensi dell'art. 69, comma 1, lett. a), due compiti, ovvero quello di prendere atto degli eventi che causano l'anticipata cessazione dalla carica degli organi elettivi e di dichiarare la modalità di amministrazione ordinaria della Regione fino all'elezione dei nuovi organi elettivi.

2. Per individuare l'amministrazione ordinaria devono essere anzitutto richiamate le disposizioni statutarie in materia. Lo Statuto emiliano contiene due disposizioni utili per questa definizione: da un lato, l'art. 27, comma 7 stabilisce che *"le funzioni dell'Assemblea, al di fuori dei casi di scioglimento anticipato, cessano all'atto di insediamento della nuova Assemblea, limitandosi, dopo la pubblicazione del decreto di indizione dei comizi elettorali, agli adempimenti urgenti ed improrogabili"*; dall'altro, l'art. 48 disciplina il regime di *prorogatio* nel quale *"La Giunta regionale, nei casi di annullamento dell'elezione dell'Assemblea legislativa o di scioglimento della stessa per dimissioni contestuali della maggioranza dei suoi componenti, provvede all'ordinaria amministrazione di propria competenza e agli atti improrogabili, da sottoporre a ratifica della nuova Assemblea"*.

L'art. 27, comma 7, come già richiamato, stabilisce i compiti dell'Assemblea legislativa sia nel caso di cessazione anticipata della durata dell'organo sia di cessazione per naturale scadenza del mandato dello stesso. In questo ultimo caso, dalla pubblicazione del decreto di indizione dei comizi elettorali fino all'insediamento della nuova Assemblea, possono essere adottati solo atti urgenti ed improrogabili.

L'art. 48, invece, disciplina l'attività della Giunta in regime di *prorogatio*, ovvero *"nei casi di annullamento dell'elezione dell'Assemblea legislativa o di scioglimento della stessa per dimissioni contestuali della maggioranza dei suoi componenti"*, nel quale l'organo esecutivo regionale adotta gli atti di ordinaria amministrazione di propria competenza e gli atti improrogabili.

Sebbene l'art. 48 non richiami espressamente anche i casi di sfiducia, dimissioni, impedimento permanente o morte del Presidente della Giunta, si ritiene che la disciplina su richiamata possa altresì applicarsi anche in questi casi. Secondo l'art. 32, infatti, i medesimi effetti, consistenti nello scioglimento dell'Assemblea e nella decadenza della Giunta regionale, discendono dall'approvazione della mozione di sfiducia (comma 2) dalle dimissioni contestuali della maggioranza dei componenti l'Assemblea o dall'annullamento dell'elezione dell'Assemblea (queste previste dall'art. 48), *"nonché in caso di rimozione, impedimento permanente, morte o dimissioni volontarie del Presidente"* (art. 32, comma 3).

Si ritiene pertanto che l'art. 48 possa applicarsi in tutti i casi disciplinati dalla costituzione e dall'art. 32 dello Statuto di cessazione anticipata degli organi regionali.

In base alle norme statutarie sopra richiamate, analogamente a quanto ritenuto per il Governo e il Parlamento nazionale, è da ritenersi che nel concetto di amministrazione ordinaria siano da ricomprendersi sia gli atti di ordinaria amministrazione sia gli atti indifferibili e urgenti.

A tal fine è utile richiamare l'interpretazione del Giudice costituzionale in materia di prorogatio degli organi regionali. Tale materia è ritenuta di competenza statutaria sulla base del rinvio alla fonte statutaria da parte dell'art. 123 Cost. della determinazione della forma di governo e dei principi fondamentali di organizzazione e di funzionamento (sentenza C. Cost. n. 196 del 2003).

Il Giudice Costituzionale ha poi ribadito, con diversa pronuncia, i limiti entro cui gli organi regionali sono tenuti ad operare nel regime di *prorogatio*. La Corte ha infatti riconosciuto come l'istituto della *prorogatio* per le assemblee regionali *"è sempre riferita al riconoscimento ad esse detta eccezionale possibilità di esercitare alcuni dei loro poteri per rispondere a speciali contingenze, quale ragionevole soluzione di bilanciamento tra il principio di rappresentatività ed il principio di continuità funzionale. D'altra parte, è evidente che nell'immediata vicinanza al momento elettorale, pur restando ancora titolare della rappresentanza del corpo elettorale regionale, il Consiglio regionale non solo deve limitarsi ad assumere determinazioni del tutto urgenti o indispensabili, ma deve comunque astenersi, al fine di assicurare una competizione libera e trasparente, da ogni intervento legislativo che possa essere interpretato come una forma di captatio benevolentiae nei confronti degli elettori"* (considerato in diritto 4.3, sentenza C. Cost. n. 68 del 2010).

Più in generale, l'attività della Regione, nel periodo di prorogatio, deve essere limitata all'adozione degli atti che rientrano nella categoria di "ordinaria amministrazione" o di "affari correnti", di quegli atti cioè che non sono espressione di un indirizzo politico e che tendono, in sostanza, ad assicurare la continuità della vita dell'ente, ivi compresi gli atti improrogabili e urgenti.

3. Con riferimento poi ai compiti attribuiti alla Consulta di garanzia statutaria nei casi di cessazione anticipata degli organi regionali, come sopra richiamato ai sensi dell'art. 69, comma 1, lett. a), sono da individuarsi due compiti: la presa d'atto degli eventi che hanno determinato la cessazione anticipata e la dichiarazione della modalità di amministrazione ordinaria.

La legge regionale n. 23 del 2007 ha integrato tali competenze della Consulta, prevedendo all'art. 15 un apposito procedimento. Sia nei casi di scioglimento anticipato sia di prorogatio (rispettivamente artt. 32 e 48 Stat.) il Presidente della Consulta deve essere immediatamente informato dal Presidente dell'Assemblea legislativa (comma 1). Successivamente, la Consulta, dopo aver ascoltato il Presidente dell'Assemblea e il Presidente della Giunta, individua gli atti di ordinaria amministrazione e gli atti improrogabili che possono essere compiuti fino all'elezione della nuova Assemblea (comma 2). I pareri resi dalla Consulta in tali ipotesi saranno poi trasmessi al Presidente della nuova Assemblea legislativa (comma 3).

Alla luce di tali disposizioni statutarie e legislative è da determinare quale sia il ruolo della Consulta di garanzia statutaria in tali fattispecie. Lo Statuto regionale emiliano affida il compito di direzione del regime in prorogatio alla sola Giunta regionale (ex art. 48), mentre alla Consulta quello di prendere atto della situazione di cessazione anticipata degli organi e di dichiarazione delle dell'ordinaria amministrazione. In questa prospettiva il ruolo della Consulta non può che essere quello di ausilio e di supporto alle attività poste in essere in tale periodo dalla Giunta. La determinazione degli atti da adottare e il relativo contenuto sono e rimangono di competenza dell'esecutivo regionale e la Consulta ha il compito di collaborare con la Giunta esprimendo pareri di tipo tecnico- istituzionale.

Tale interpretazione è suffragata anzitutto dalle pronunce del Giudice costituzionale, secondo il quale gli organi di garanzia statutaria regionali non appartengono al novero degli organi regionali necessari, in quanto non previsti espressamente dagli articoli 121 e 123 Cost. Qualora però siano previsti dagli statuti regionali, le consulte di garanzia statutaria hanno natura di organi consultivi, non potendo attribuirsi ad esse nessuna funzione di tipo giurisdizionale (cfr. sentenze C. Cost. n. 378 del 2004, n. 12 del 2006 e n.

200 del 2008). Come chiarito, in particolare dalla sentenza n.200 del 2008, le consulte sono organi collegiali di tipo amministrativo, cui possono essere attribuite *"funzioni di garanzia e consulenza sull'applicazione e l'interpretazione delle norme statutarie"* (cfr. considerato in diritto n.2, sentenza C. Cost. n. 200 del 2008) e le cui competenze *"devono avere soltanto carattere preventivo ed essere perciò esercitate nel corso dei procedimenti di formazione degli atti. Ogni valutazione sulla legittimità di atti, legislativi o amministrativi, successiva alla loro promulgazione o emanazione è estranea alla sfera delle attribuzioni regionali"* (cfr. considerato in diritto n. 5.2, sentenza C. Cost. n. 200 del 2008).

In secondo luogo, sia le norme statutarie e legislative richiamate, nonché l'art. 13 del Regolamento interno della Consulta di garanzia statutaria, approvato con la delibera n. 9 del 15 febbraio 2013, secondo il quale la Consulta, su richiesta della Giunta, esprime pareri su atti di ordinaria amministrazione e su atti improrogabili (commi 2 e 3), confermano come la competenza della Consulta sia quella di concorrere ad individuare in supporto alla Giunta e su richiesta di questa, gli atti di ordinaria amministrazione e gli atti intangibili ed urgenti.

In questa prospettiva, la competenza principale della Consulta risiede nel prendere atto della cessazione anticipata degli organi regionale e di "apertura" della fase di *prorogatio*, ben potendo poi essere chiamata, su richiesta della Giunta, ad esprimere pareri tecnici sugli atti da questo organo adottati.

4. Alla luce di quanto sopra esposto, in conseguenza del depotenziamento che è proprio dell'istituto della prorogatio, la Consulta dichiara la modalità di amministrazione ordinaria della Regione fino all'elezione dei nuovi organi elettivi. I poteri degli organi regionali risultano pertanto attenuati ed in particolare:

- al Presidente ed alla Giunta competono gli atti di ordinaria amministrazione e gli atti urgenti e indifferibili che rientrano nella propria competenza dovuti o legati ad esigenze di carattere imprescindibile, come nel caso della necessità di rispettare scadenze di legge. Sono sempre esclusi gli atti attuativi dell'indirizzo politico di maggioranza;
- all'Assemblea legislativa competono gli atti indifferibili e urgenti che rientrano nella propria competenza, quale ad esempio le legge di bilancio. Viceversa non può più approvare le leggi né gli atti di indirizzo politico, ai sensi dell'art. 27, comma7, dello Statuto;
- al Presidente dell'Assemblea e all'Ufficio di Presidenza competono le attribuzioni necessarie al funzionamento interno del Consiglio e al rispetto delle prerogative dei consiglieri, gli atti indifferibili e urgenti, nonché i compiti di carattere preparatorio connessi all'insediamento del Consiglio neo-eletto, secondo quanto previsto dallo Statuto e dal Regolamento interno. Al riguardo si ricorda che ai sensi dell'articolo 27, comma 8, dello Statuto è il Presidente dell'Assemblea uscente che convoca la prima seduta della nuova Assemblea.

Durante il periodo della *prorogatio*, la Giunta potrà sempre richiedere alla Consulta di garanzia statutaria pareri sugli atti di ordinaria amministrazione e sugli atti improrogabili, così come previsto dal Regolamento interno della Consulta all'articolo 13, comma 3.

Programma delle attività per l'anno 2015

Il presente documento contiene le linee programmatiche relative alle

attività della Consulta di Garanzia Statutaria della Regione Emilia-Romagna, che si ipotizzano per l'anno 2015 ed è indirizzato al Presidente dell'Assemblea legislativa e al Presidente della Regione Emilia-Romagna, in adempimento dell'obbligo normativamente previsto, dall'art. 7, comma 2, L.R. 4 dicembre 2007, n. 23, (*"Costituzione e funzionamento della Consulta di garanzia statutaria"*) che dispone *"ogni anno, prima della predisposizione del bilancio dell'Assemblea legislativa, la Consulta definisce con l'Ufficio di Presidenza il fabbisogno finanziario e le risorse umane necessarie"* e dal *"Regolamento della Consulta di Garanzia Statutaria"* a norma del quale (art. 17, comma 2) *"la Consulta, entro il 20*

settembre di ogni anno, trasmette al Presidente dell'Assemblea legislativa e al Presidente della Giunta una relazione sull'attività svolta, alla quale deve essere allegato anche il programma delle attività e la richiesta di stanziamento delle risorse riguardanti l'anno successivo".

Per l'anno 2015, in continuità con la programmazione contenuta nella relazione approvata per l'anno 2014, appare opportuno dar seguito alla definizione dei contenuti del sito della Consulta, anche al fine di selezionare materiali normativi, giurisprudenziali e dottrinali, attinenti all'esercizio delle funzioni della Consulta (soprattutto considerando le più ampie attribuzioni assegnate ai membri dell'organo di garanzia, rispetto al regime transitorio precedente) per la successiva predisposizione e raccolta degli stessi in una banca dati, nonché proseguire nell'analisi *della natura amministrativa delle decisioni degli organi di garanzia statutaria* (anche alla luce della sentenza Corte Costituzionale 13 giugno 2008, n. 200) ed anche sullo stesso ruolo degli «*organi di garanzia statutaria*» per comprendere se tali organi “*siano semplici consulenti o reali custodi dello Statuto regionale*”, con l'eventuale collaborazione di professionalità esterne alla Consulta.

Attività Promozionali

Con riferimento alle attività che questa Consulta auspica di poter svolgere nel corso del 2015 è opportuno richiamare, così come nella precedente programmazione, le iniziative (già intraprese dalla precedente Consulta) volte alla creazione e ulteriore implementazione di una rete nazionale delle Consulte statutarie, sul modello delle reti che già collegano a livello nazionale gli altri organi regionali di garanzia.

Nel corso del 2015, quindi, si potrebbe rafforzare tale esperienza, attraverso una partecipazione e un maggior coordinamento (anche informatico) tra la Consulta della Regione Emilia-Romagna e la rete nazionale delle Consulte di garanzie delle altre Regioni.

Parimenti, potrebbe essere opportuno programmare una maggior condivisione e un possibile ampliamento, delle decisioni adottate - in ambito europeo - da organi simili alle Consulte.

Un'altra iniziativa di cui sarebbe opportuno programmare la realizzazione riguarda l'organizzazione, con il coinvolgimento dell'Assemblea legislativa ed eventualmente delle altre Consulte regionali, di giornate di studio sugli Statuti regionali e sulle competenze delle Consulte di Garanzie Regionali, in particolare - per quanto di specifico interesse - si potrebbe focalizzare l'attenzione sull'interpretazione e sull'ambito di operatività dell'art.69, lett. c) e d) dello Statuto Regionale, laddove consente alla Consulta (nella sua completa composizione) di esprimere pareri di conformità allo Statuto delle leggi e dei regolamenti regionali (nei casi e nelle forme previste dall'art. 55 del regolamento dell'Assemblea legislativa regionale) ed esprimere pareri su eventuali conflitti di competenza tra gli organi previsti dallo Statuto.

Particolare attenzione può essere attribuita all'organizzazione di giornate di studio e di convegni con la partecipazione di membri appartenenti ad altre Consulte regionali e/o di enti che si occupano di diritto regionale e ciò al fine di creare un contatto con gli altri organismi di garanzia statutaria nell'ottica di una maggiore armonizzazione e aggiornamento con le tematiche di specifica competenza della Consulta.

In tal senso, si potrebbe ipotizzare ulteriormente lo svolgimento di attività dedicate all'approfondimento della natura e del ruolo degli organi di garanzia statutaria alla luce delle leggi regionali di attuazione degli statuti e della stessa giurisprudenza costituzionale, indagando ad esempio il rapporto tra il controllo di “statutarietà” e quello di “costituzionalità”, per analizzare eventuali e possibili contatti tra gli organi di garanzia statutaria e la Corte Costituzionale.

Altre iniziative di tipo promozionale potranno essere adottate nel corso del 2014, sempre compatibilmente con le risorse stanziare.

Previsione fabbisogno economico (ridimensionato al ribasso, in ragione del riscontrato minor

fabbisogno)

Come da:

Gettoni di presenza,	Statuto - Legge regionale
€ 35.000,00	
rimborsi e missioni	- Regolamento - Delibera Ufficio di Presidenza

Derivante da:

Spese per il	€ 15.000,00 - Iniziative pubbliche
funzionamento della	
Consulta	- Documentazioni
	- Spese generali

TOTALE PREVISTO € 50.000,00 *Salvo integrazioni*

LAZIO

DGR 7.10.14, n. 646 - Approvazione schema Accordo Quadro di collaborazione tra la Regione Lazio, ASAP e Fondazione FormAP, per lo svolgimento di attività di formazione specialistica, ricerca e studio. (BUR n. 82 del 14.10.14)

Note

PREMESSA

i riferimenti normativi sono:

- il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 di attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, concernente la riforma del Pubblico Impiego e della Pubblica Amministrazione;
- l'art. 28 della legge 240/2010, il quale disciplina l'istituzione, presso il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, di un Fondo per la formazione e l'aggiornamento della dirigenza, in vista delle nuove responsabilità connesse all'applicazione del federalismo fiscale.

La fondazione FormAP

- in data 25 luglio 2013 è stata costituita la Fondazione di Partecipazione tra Università ed enti locali, con finalità scientifiche, culturali e didattiche, denominata "Fondazione FormAP" – Formazione e Aggiornamento Amministrazioni Pubbliche – che ha come obiettivo principale la creazione di un idoneo circuito mirato alla formazione e all'aggiornamento del personale incardinato nelle pubbliche amministrazioni, con particolare, ma non esclusivo, riferimento ai livelli regionali e locali e altresì indirizzate a soggetti neo-laureati e ad altre figure professionali destinate o che ambiscono a far parte delle pubbliche istituzioni;
- FormAP, unico soggetto legittimato ad accedere alle risorse di cui all'art. 28 della l. 240/2010, si propone di dare efficace attuazione a quanto prevede il medesimo articolo, mediante lo sviluppo di attività formativa e didattica indirizzata all'aggiornamento permanente delle figure professionali interessate, in virtù delle nuove competenze richieste dall'attuazione delle predette politiche.

L'ASAP

Con la legge regionale 18 febbraio 2002 n. 6 è stato istituito l'ASAP e in particolare l'art. 27, c. 4, stabilisce tra le finalità dell'Agenzia quelle di gestire e sperimentare nuove modalità formative.

LA COLLABORAZIONE

Viene avviata una collaborazione fra la Regione Lazio, ASAP e FormAP, attraverso un Accordo Quadro di collaborazione il cui schema è parte integrante del presente atto per lo svolgimento di attività di

formazione specialistica e di attività di aggiornamento permanente del personale delle amministrazioni pubbliche, con particolare riferimento agli enti locali e concernenti il processo di attuazione del federalismo fiscale, nonché i temi della sussidiarietà e del controllo della spesa pubblica che mirano, in particolare, alla promozione, allo sviluppo.

Il presente accordo ha validità due anni a partire dalla data di sottoscrizione;

IL COMITATO SCIENTIFICO

Al fine di assicurare l'attuazione delle iniziative previste dal presente Accordo Quadro e dai successivi accordi operativi, è istituito un Comitato scientifico paritetico composto da un rappresentante per ciascuna Parte, che entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione del presente Accordo Operativo, comunicherà il nominativo del proprio rappresentante nel Comitato.

E' facoltà delle Parti procedere alla sostituzione del proprio rappresentante dandone tempestiva comunicazione.

I componenti del Comitato scientifico svolgono la propria attività a titolo gratuito.

ACCORDO QUADRO DI COLLABORAZIONE

**TRA
REGIONE LAZIO**

**E
ASAP**

**E
FONDAZIONE FORMAP
PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI
FORMAZIONE SPECIALISTICA, RICERCA E STUDIO**

La REGIONE LAZIO, successivamente indicata come "Regione", con sede legale in Roma, Via Cristoforo Colombo n. 212, C.F. 80143490581, rappresentata dal, domiciliato per la carica presso la sede sopra indicata,

E

L'A.S.A.P., con sede legale in Roma, via R. R. Garibaldi 7, (C.F. 97303980581) successivamente indicata come "ASAP", rappresentata da, nella qualità di, domiciliata per la carica presso la sede sopra indicata,

E

La Fondazione FORMAP, con sede legale in Napoli, presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II, (C.F. 95188300636) successivamente indicata come "FORMAP", rappresentata da, in qualità di, domiciliato per la carica presso la sede sopra indicata

di seguito congiuntamente indicati come "le Parti";

VISTI

la legge 7 agosto 1990 n. 241, e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi e, in particolare, l'articolo 15 "Accordi fra pubbliche amministrazioni" in base al quale i soggetti pubblici possono concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;

il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 di attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, c.d. di Riforma del Pubblico Impiego e della Pubblica Amministrazione (c.d. Riforma Brunetta);

la legge regionale 18 febbraio 2002 n. 6 che ha istituito l'ASAP e in particolare l'art. 27, co. 4, che stabilisce tra le finalità dell'Agenzia quelle di gestire e sperimentare nuove modalità formative, quella di promuovere l'innovazione amministrativa e la modernizzazione delle amministrazioni anche sul versante dell'informazione e della comunicazione; quella di assistere le amministrazioni regionale e locali nelle attività da esse svolte per la innovazione delle strutture organizzative ed, in particolare, per la promozione culturale ed educativa, per l'informazione e la comunicazione interna ed esterna e per la predisposizione di studi sul piano giuridico ed amministrativo di particolare rilevanza;

che in data 25 luglio 2013 è stata costituita la Fondazione di Partecipazione tra Università ed enti locali, con finalità scientifiche, culturali e didattiche, denominata "Fondazione FormAP" – Formazione e

Aggiornamento Amministrazioni Pubbliche – che ha come obiettivo principale la creazione di un idoneo circuito mirato alla formazione e all’aggiornamento del personale incardinato nelle pubbliche amministrazioni, con particolare, ma non esclusivo, riferimento ai livelli regionali e locali e altresì indirizzate a soggetti neo-laureati e ad altre figure professionali destinate o che ambiscono a far parte delle pubbliche istituzioni;

l’art. 28 della legge 240/2010, il quale disciplina l’istituzione, presso il Ministero dell’Istruzione, dell’università e della Ricerca, di un Fondo per la formazione e l’aggiornamento della dirigenza, in vista delle nuove responsabilità connesse all’applicazione del federalismo fiscale, delle politiche di sussidiarietà e di controllo della spesa pubblica;

PRESO ATTO CHE

FormAP si propone di dare efficace attuazione a quanto prevede l’art. 28 su citato, in materia di formazione ed aggiornamento dei funzionari pubblici, con lo scopo di sviluppare attività di formazione relative al fondamento di studi e ricerche su tali temi, nonché attività formativa e didattica indirizzata all’aggiornamento permanente delle suddette figure professionali, in virtù delle nuove competenze richieste dall’attuazione delle predette politiche, mediante l’integrazione di competenze giuridiche, economiche, fiscali e gestionali;

FormAP è l’unico soggetto legittimato, per quanto anzidetto, ad accedere alle risorse di cui all’art. 28 della l. 240/2010;

CONSIDERATO CHE

il processo di modernizzazione della pubblica amministrazione si pone come obiettivo imprescindibile per il rilancio dello sviluppo economico e sociale del Paese;

il raccordo tra soggetti pubblici è uno strumento essenziale per conseguire più elevati livelli di competitività del sistema-Paese;

la formazione del personale della Pubblica Amministrazione costituisce una leva strategica per la modernizzazione dell’azione amministrativa e per la realizzazione di effettivi miglioramenti qualitativi dei servizi ai cittadini e alle imprese;

la Regione Lazio affida le attività di formazione dei propri dipendenti e degli amministratori, dei dirigenti e del restante personale degli enti locali ad ASAP e che quest’ultima ritiene utile sviluppare un partenariato con FormAP per svolgere attività formative congiunte dirette a valorizzare le professionalità dei funzionari regionali e degli enti locali presenti sul territorio;

RITENUTO OPPORTUNO CHE

le attività oggetto della collaborazione debbano essere disciplinate tra le Parti da uno specifico Accordo-Quadro;

le modalità esecutive del presente Atto si rimandano a un successivo Accordo Operativo tra le Parti, previo accesso al Fondo di cui all’art. 28 della legge su citata da parte di FormAP;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Articolo 1

Oggetto e finalità

1. Il presente Accordo quadro disciplina la collaborazione fra la Regione, ASAP e FormAP per lo svolgimento di attività di formazione specialistica, ricerca e studio in ambiti di interesse comune, finalizzate a garantire l’aggiornamento e l’implementazione delle competenze attraverso la realizzazione di percorsi e programmi didattici, organizzazione di seminari, tavole rotonde, corsi e attività di ricerca.

2. FormAP realizza dei percorsi formativi strutturati in corsi di formazione specialistica e di attività di aggiornamento permanente del personale delle amministrazioni pubbliche, con particolare riferimento agli enti locali e concernenti il processo di attuazione del federalismo fiscale, nonché i temi della sussidiarietà e del controllo della spesa pubblica che mirano, in particolare, alla promozione, allo sviluppo e alla cura dell’aggiornamento permanente di figure professionali operanti nella pubblica amministrazione.

3. Le attività di cui al precedente comma 1) saranno definite da appositi accordi operativi.

Articolo 2

Modalità della collaborazione

1. Per le finalità di cui all’art. 1, FormAP:

a. provvede, in collaborazione con le altre Parti, alla progettazione, organizzazione e realizzazione e monitoraggio dell’attività di formazione e qualificazione professionale, nonché alla promozione di studi e

ricerche nelle materie di interesse comune, così come individuate negli accordi operativi di cui all'art.1, punto 3.

2. Per le finalità di cui all'art. 1, la Regione:

a. provvede alla supervisione del progetto di cui al presente accordo, riservandosi, altresì, la facoltà di approvare la programmazione di dettaglio delle attività formative relative ai corsi di cui al punto precedente;

b. garantisce l'informazione ai propri dipendenti delle iniziative formative sviluppate in virtù delle predette convenzioni.

3. Per le finalità di cui all'art. 1, ASAP:

a. collabora con le altre Parti nella progettazione, organizzazione, realizzazione e monitoraggio delle attività di formazione e qualificazione professionale, nonché nella promozione di studi e ricerche nelle materie di interesse comune, così come individuate negli accordi operativi di cui all'art.1, punto 3.

4. Le Parti possono promuovere la conoscenza dei risultati raggiunti con le attività previste dal presente Accordo Quadro attraverso iniziative di comunicazione, anche congiunte.

Articolo 3

Comitato scientifico

1. Al fine di assicurare l'attuazione delle iniziative previste dal presente Accordo Quadro e dai successivi accordi operativi, è istituito un Comitato scientifico paritetico composto da un rappresentante per ciascuna Parte.

2. Entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione del presente Accordo Operativo, ciascuna Parte comunicherà il nominativo del proprio rappresentante nel Comitato. È facoltà delle Parti procedere alla sostituzione del proprio rappresentante dandone tempestiva comunicazione.

3. Il Comitato di cui al comma 1 provvede, secondo le direttive ricevute dalle Parti, a:

a) definire i contenuti e le modalità di attuazione delle iniziative di cui all'art. 1;

b) monitorare lo stato di attuazione delle iniziative e i risultati conseguiti;

c) individuare le misure da adottare per la risoluzione delle problematiche eventualmente evidenziate dal monitoraggio;

d) informare i vertici istituzionali delle Parti sull'andamento complessivo delle attività;

e) svolgere gli ulteriori compiti eventualmente previsti dagli accordi operativi di cui all'art. 1, punto 3.

4. I componenti del Comitato scientifico svolgono la propria attività a titolo gratuito.

5. Le modalità di costituzione del Comitato stesso saranno disciplinate dall'Accordo Operativo di cui al successivo art.5.

Articolo 4

Durata

Il presente accordo ha validità due anni a partire dalla data di sottoscrizione .

Articolo 5

Efficacia

Il presente Accordo, pur impegnando le Parti al momento della sottoscrizione, rimane sospensivamente condizionato all'accesso delle risorse finanziarie di cui all'art. 28 della L. 240/2010, a seguito del quale verrà stipulato un Accordo Operativo, il cui schema sarà approvato con apposita determinazione della Direzione Regionale Programmazione Economica, Bilancio, Demanio e Patrimonio.

Articolo 6

Controversie

Eventuali disaccordi nell'interpretazione e/o esecuzione del presente Atto saranno risolti amichevolmente tra le Parti.

In caso di mancato accordo, il giudice competente è il Foro di Roma.

Letto approvato e sottoscritto in Roma, il

PER LA REGIONE LAZIO

Il Presidente

On. Nicola Zingaretti

.....

PER L'ASAP

L'Amministratore Unico

Dott.ssa Giuseppina Miccoli

.....
 PER LA FONDAZIONE FORMAP

Il Presidente

Prof. Sandro Staiano

PUGLIA

L.R. 20.10.14, n. 44 - Modifiche e integrazione alla legge regionale 12 maggio 2004, n.7 (Statuto della Regione Puglia) (BUR n. 149 del 24.10.14)

(Art. 1

Modifica all'articolo 15 della legge regionale 12 maggio 2004, n. 7

1. Al comma 1 dell'articolo 15 della legge regionale 12 maggio 2004, n. 7 (Statuto della Regione Puglia) la parola "quindicimila" è sostituita dalla seguente: "dodicimila".

Art. 2

Integrazione all'articolo 22 della l.r. 7/2004

1. Dopo la lettera e) del comma 2 dell'articolo 22 della l.r. 7/2004 è inserita la seguente:
 "e bis) esercita la potestà regolamentare nelle materie di competenza esclusiva statale ove delegata alla Regione. Il Consiglio regionale, a maggioranza dei componenti, può attribuire alla Giunta regionale l'approvazione dei regolamenti delegati; la Giunta regionale provvede previo parere obbligatorio della Commissione consiliare competente ai sensi dell'articolo 44;".

Art. 3

Modifiche all'articolo 44 della l.r. 7/2004

1. All'articolo 44 della l.r. 7/2004 sono apportate le seguenti modifiche:

a) il comma 1 è sostituito dal seguente:

"1. Alla Giunta regionale spetta la potestà regolamentare nella forma dei regolamenti esecutivi e di attuazione delle leggi regionali e degli atti dell'Unione europea. La legge regionale indica le norme da delegificare e i principi che la Giunta regionale deve osservare nei regolamenti di delegificazione. Le materie oggetto di legislazione concorrente non possono essere delegificate.";

b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

"2. I regolamenti sono sottoposti al parere preventivo obbligatorio, non vincolante, delle Commissioni consiliari permanenti competenti per materia, che si esprimono entro il termine di trenta giorni, decorso il quale si intende favorevole. In caso di necessità e urgenza il termine è ridotto a quindici giorni.";

c) il comma 3 è abrogato.

UMBRIA

DAL 16.9.14, n. 353 - Relazione del Presidente della Giunta regionale sullo stato di attuazione del Programma di governo e sulla Amministrazione regionale - anno 2013 - Condivisione delle linee politico-programmatiche delineate. Relazione sullo stato di attuazione del programma di governo e sull'amministrazione regionale - Anno 2013 - (Approvata con deliberazione della Giunta regionale 3 giugno 2014, n. 630)

(BUR n. 48 del 15.10.14)

ASSISTENZA PENITENZIARIA

ABRUZZO

«Il Consiglio Regionale

PREMESSO CHE:

- con deliberazione unanime, in quest'Aula, il precedente Consiglio riunito lo scorso 29 aprile approvò la risoluzione intitolata "Sostegno al Satyagraha di Marco Pannella per l'amnistia";
- la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha concesso il differimento di un anno, a partire dal trascorso mese di maggio, per ottemperare alle prescrizioni tese a garantire l'osservanza dei precetti di cui agli artt. 3 e 6 della Convenzione per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali che recano come titoli, rispettivamente: art. 3 DIVIETO DELLA TORTURA; art. 6 DIRITTO AD UN PROCESSO EQUO;
- l'Italia è il terzo tra i Paesi dell'Europa e il primo tra i 28 che formano l'Unione Europea per il più alto numero di carcerati in attesa di giudizio;
- nei giorni scorsi il Ministero della Giustizia ha reso note analiticamente le situazioni di ciascun carcere italiano e, per quel che concerne la situazione degli istituti di pena abruzzesi, per i 1.922 detenuti ristretti al 31 luglio scorso nelle 8 case circondariali, di reclusione o di lavoro, sono solo 1.461 i posti regolamentari disponibili e che quindi in percentuale il tasso di sovraffollamento risulta esser del 131,6%, vale a dire che 132 detenuti sono costretti a vivere in 100 posti regolamentari;

RICHIAMATO

- il terzo comma dell'art. 27 della nostra Costituzione che recita: "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso d'umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato";

PRESO ATTO CHE:

- fatta eccezione per la casa circondariale di L'Aquila sfollata all'indomani del terribile terremoto del 6 aprile 2009, gli altri 7 istituti di reclusione sono sovraffollati con tassi che oscillano dal 179,4% di Vasto al 103,3% di Pescara, passando dal 167,1 di Sulmona, al 144,9 di Teramo, al 143,4 di Lanciano, 142,6 di Chieti, 115,7 di Avezzano;

ESPRIME il proprio sostegno al Satyagraha di Marco Pannella e dei cittadini abruzzesi che con lui lottano con la nonviolenza dello sciopero della fame per l'affermazione dei diritti degli ultimi, ed auspica, assieme al Presidente della Repubblica, che il Parlamento approvi con la necessaria urgenza gli obbligatori provvedimenti di legge per ripristinare la legalità nelle carceri e così dare attuazione ai principi costituzionali, contenuti nella Parte I Titolo I ed ai citati principi e prescrizioni europee;

INVITA

il Governo, nella persona del Presidente del Consiglio Matteo Renzi e del Ministro della Giustizia Andrea Orlando, il Parlamento nelle persone del Presidente del Senato Pietro Grasso e della Presidente della Camera Laura Boldrini ad adottare provvedimenti di amnistia e indulto, il cui ambito di applicazione sarà definito dal Parlamento stesso in considerazione della gravità dei reati.»

DCR 30.9.14, n. 7/7 - Risoluzione: Accorpamento Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria. (BUR n. 44 del 22.10.14)

Il Consiglio Regionale

PREMESSO CHE:

- il 15 luglio u.s. è stato trasmesso alla Funzione Pubblica lo schema di D.P.C.M. in cui, tra gli interventi necessari in attuazione della c.d. spendig review, è prevista la riduzione dei Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria dagli attuali 16 a 11;
- in questo schema di riforma il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per l'Abruzzo permaneva attivo, accorpandosi in esso anche la limitrofa struttura regionale delle Marche e del Molise;
- con decreto del 12 agosto n. 9, il Ministero della Giustizia ha istituito un gruppo di lavoro che ha proceduto ad una rivisitazione dello schema adottato;
- il predetto gruppo di lavoro ha redatto uno schema di riorganizzazione che prevede la soppressione del Provveditorato Regionale dell'Abruzzo e il suo accorpamento, in una prima ipotesi di riforma, nel Provveditorato interregionale Abruzzo, Molise e Puglia con sede a Bari e, in una seconda ipotesi di riforma, nel Provveditorato interregionale Abruzzo, Lazio e Sardegna con sede a Roma;

CONSIDERATO CHE:

- il Provveditorato dell'Abruzzo svolge una funzione essenziale di coordinamento degli istituti penitenziari e servizi della regione, grazie alla diretta conoscenza delle realtà periferiche;
- la soppressione, con conseguente accorpamento delle sue funzioni in altra struttura multi-regionale, comporterebbe un progressivo scollamento con il territorio con compromissione del principio di sussidiarietà;
- il mantenimento della locale articolazione regionale dell'Amministrazione Penitenziaria di Pescara non comporterebbe aggravio di spesa, atteso che la sede del Prap Abruzzo è in uno stabile di proprietà della stessa Amministrazione Penitenziaria;
- l'accorpamento in un Provveditorato interregionale secondo le ipotesi di ristrutturazione allo studio, comporterà disfunzionalità e un aumento di spese connesse alla mobilità di personale e mezzi;

IMPEGNA

il Presidente della Giunta regionale e l'Assessore competente

- ad attivarsi con urgenza presso il Ministero della Giustizia affinché si eviti la soppressione di questa importante articolazione periferica dello Stato che priverebbe del tutto la città di Pescara di un essenziale organo che assicura qualificanti attività a livello territoriale, destinato al soddisfacimento di primari interessi pubblici, trattandosi di un presidio di sicurezza e legalità sul territorio abruzzese.»

BASILICATA

DGR 7.10.14, n. 1216 - Art. 3 ter, comma 4 della Legge n. 9/12. D.G.R. n. 1398/13 - Rimodulazione del programma inerente il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. (BUR n. 40 del 16.10.14)

Note

Si provvede agli adempimenti urgenti di cui D.L. 31 marzo 2014 n. 52 "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari" convertito con in Legge 30 marzo 2014 che modifica il comma 4 dell'art. 3 ter del D.L. 22 dicembre 2011 n. 211, convertito con modifiche dalla Legge 17 febbraio 2012 n. 9 che dispone la chiusura degli OPG entro il 31 marzo 2015.

TOSCANA

MOZIONE 24 settembre 2014, n. 905 -In merito alla richiesta di garantire effettiva continuità territoriale a tariffe agevolate per il personale di Polizia penitenziaria di stanza sull'isola di Pianosa. (BUR n. 40 dell'8.10.14)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Considerato che:

- sull'isola di Pianosa, seppur a regime ridotto, è ancora operativa una struttura penitenziaria dove operano cinque agenti ed un dirigente dell'amministrazione penitenziaria;
- i suddetti dipendenti, da tempo, chiedono la possibilità di usufruire di una tariffa agevolata, in analogia a quanto concesso al personale dell'amministrazione penitenziaria appartenente alla casa di reclusione di Porto Azzurro per i collegamenti tra Piombino e l'Isola d'Elba con la compagnia Moby. Tale convenzione, seppur informale, prevede la possibilità di usufruire di due tratte mensili andata e ritorno per l'autovettura ed il passeggero al costo di dieci euro a tratta;
- in relazione alle attività istituzionali che l'amministrazione penitenziaria ha in corso, il personale, durante tutto l'anno, utilizza la tratta Pianosa-Piombino assicurata dalla compagnia Toremar;
- il personale in questione usufruisce, al momento, della tariffa riservata ai residenti, che è assai più onerosa di quella concessa al personale di Porto Azzurro dalla compagnia Moby;
- tenuto conto dell'esiguo numero di eventuali beneficiari e del fatto che entrambe le compagnie di navigazione appartengono allo stesso armatore, la richiesta dei sei dipendenti di stanza sull'isola di Pianosa appare ragionevole.

Evidenziato che:

- la compagnia Moby e la compagnia Toremar, entrambe private, appartengono allo stesso armatore;
- il personale di Polizia penitenziaria svolge il proprio dovere in nome dello Stato, in una struttura che era carcere di massima sicurezza e dove sono stati reclusi negli anni mafiosi e terroristi;
- queste persone sono a Pianosa per lavorare e non hanno altro modo per tornare a casa dalle loro famiglie se non quello di attraversare il mare usando l'unica rotta disponibile, quella offerta da Toremar. Sottolineato che Toremar non intende sanare questa situazione discriminante, anzi, su esplicita richiesta, dopo oltre un mese di attesa, ha risposto così: "In merito all'argomento in oggetto, le significhiamo che Toremar, in via del tutto eccezionale, già applica al personale delle forze dell'ordine un trattamento

privilegiato concedendo la tariffa residente. Non è, pertanto, possibile, al momento, accordare ulteriori agevolazioni”.

IMPEGNA

IL PRESIDENTE

DELLA GIUNTA REGIONALE

E L'ASSESSORE REGIONALE

ALLE INFRASTRUTTURE E MOBILITÀ

affinché la Regione Toscana intervenga nei confronti di Toremar perché i suddetti servitori dello Stato di stanza sull'Isola di Pianosa possano usufruire di una tariffa agevolata, in analogia a quanto concesso al personale dell'amministrazione penitenziaria appartenente alla casa di reclusione di Porto Azzurro, promuovendo la stipula di una convenzione che prevede due tratte mensili andata e ritorno di auto e passeggero al costo di dieci euro a tratta.

ASSISTENTI SOCIALI

PIEMONTE

DD 4.8.14, n. 188 - L.R. 1/2004, artt. 4 e 34 - D.G.R. n. 23 - 4602 del 24/09/2012. Erogazione saldo all'Università degli Studi del Piemonte Orientale "A. Avogadro" per il rimborso delle spese relative alla realizzazione dei Corsi di Laurea in Servizio Sociale e Magistrale (a.a. 2011-12). Spesa di Euro 12.053,79 (Impegno n. 2107/2012 del bilancio regionale anno 2012).

Note

Con la deliberazione n. 23 – 4602 del 24/09/2012 la Giunta Regionale ha provveduto ad approvare lo schema di convenzione tra la Regione Piemonte e le Università degli Studi di Torino e del Piemonte Orientale “A. Avogadro” inerente alla realizzazione dei CdL triennale in Servizio Sociale (L-39) e Magistrale (LM-87), per l’a.a. 2011/2012, nonché a definire ulteriori disposizioni per l’utilizzo delle economie di spesa per l’a.a. 2010/2011;

Agli artt. 6 e 7 della citata convenzione sono stati definiti i criteri e le modalità per l’assegnazione dei contributi regionali per il sostegno delle attività con valenza professionalizzante.

Viene erogata la somma complessiva di € 12.053,79 all’Università degli Studi del Piemonte Orientale “A. Avogadro” - Dipartimento di Giurisprudenza, Scienze Politiche, Economiche e Sociali (P.I. 01943490027), quale saldo dei contributi ammessi per il sostegno degli aspetti professionalizzanti dei corsi di Laurea in Servizio Sociale e Magistrale (a.a. 2011/2012), in conformità agli indirizzi in materia disposti dalla Giunta Regionale

BARRIERE ARCHITETTONICHE

LOMBARDIA

DGR. 17.10.14 - n. X/2526 - Trasferimento ai comuni di contributi per il superamento barriere architettoniche.

Note

Viene autorizzato il trasferimento ai Comuni interessati delle risorse necessarie al pagamento agli aventi diritto dei contributi non liquidati relativi alle opere di rimozione delle barriere architettoniche negli edifici privati quantificati nei fabbisogni 2011 e 2012, di cui alla L.13/1989, per un ammontare complessivo pari a € 3.624.722,28, cifra risultante dalla differenza tra lo stanziamento esistente (€ 4.150.000,00) e le risorse necessarie alla copertura delle richieste pervenute a valere sul bando regionale sperimentale (€ 525.277,72).

Le richieste di contributo relative ai Fabbisogni 2011 e 2012 non ancora liquidate risultano elencate nell’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

BILANCIO

MARCHE

L.R. 9.10.14, n. 26 - Variazione al bilancio di previsione 2014 e ulteriori modifiche alla legge regionale 23 dicembre 2013, n. 49 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2014 e pluriennale 2014/2016 della Regione. Legge finanziaria 2014”. (BUR n. 95 del 9.10.14)

Note

Si riportano gli articoli che concernono le politiche sociali

Art. 1

(Modifiche alla l.r. 49/2013)

1. Alla Tabella A della legge regionale 23 dicembre 2013, n. 49 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2014 e pluriennale 2014/2016 della Regione. Legge finanziaria 2014), come da ultimo modificata dalla legge regionale 10 settembre 2014, n. 22 (Modifiche alla legge regionale 23 dicembre 2013, n. 49 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2014 e pluriennale 2014/2016 della Regione. Legge finanziaria 2014”), sono apportate le seguenti modifiche:

a) alla voce “Legge Regionale 4 giugno 1996, n. 18 Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone in condizione di disabilità”, l’importo:

“6.900.000,00” è sostituito dall’importo:

“6.400.000,00”;

c) alla voce “Legge Regionale 18 dicembre 2001, n. 34 Promozione e sviluppo della cooperazione sociale”, l’importo: “500.000,00” è sostituito dall’importo: “0,00”;

d) alla voce “Legge Regionale 28 aprile 2004, n. 9 Norme per la promozione, il riconoscimento e lo sviluppo delle associazioni di promozione sociale”, l’importo: “350.000,00” è sostituito dall’importo: “150.000,00”.

c) alla voce 52801 per erogazione di indennizzi ai soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati - l.

210/92 d.lgs. 112/98 e dpcm seguenti - risorse regionali aggiuntive

l’importo: “1.000.000,00” è sostituito dall’importo: “2.200.000,00”.

DIFESA DELLO STATO
LAZIO

DGR 14.10.14, n. 669 - D.lgs. n. 159/2011 art.48. Manifestazione d'interesse dell'amministrazione regionale al trasferimento di beni immobili confiscati alla criminalità per finalità istituzionali o sociali di cui alla nota dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata (ANBSC) n. Tit. 3.7.0 del 29 aprile 2014. (BUR n.85 del 23.10.14)

Note**PREMESSA**

Riferimenti normativi

Legge regionale 20 ottobre 2009, n. 24 “Disposizioni per favorire l’uso sociale dei beni immobili confiscati alla criminalità organizzata. Istituzione dell’Agenzia regionale.”;

Decreto Legislativo n.159 del 6 settembre 2011 (Codice delle leggi antimafia) e ss.mm.ii. ed in particolare l’art. 48, comma 3, che definisce le finalità relative all’utilizzo dei beni confiscati, i soggetti che possono amministrare direttamente i beni ovvero i soggetti cui assegnare gli stessi in concessione a titolo gratuito nel rispetto dei principi di trasparenza, adeguata pubblicità e parità di trattamento.

Ai sensi dell’art. 48 comma 3 lettera c) del predetto D.Lgs. n. 159/2011, i beni immobili confiscati possono essere trasferiti per finalità istituzionali o sociali anche al patrimonio della Regione, la quale può amministrare direttamente il bene o, sulla base di apposita convenzione, assegnarlo in concessione a titolo gratuito e nel rispetto dei principi di trasparenza, adeguata pubblicità e parità di trattamento, a comunità, anche giovanili, ad enti, ad associazioni di volontariato, a cooperative sociali, a comunità terapeutiche e centri di recupero e cura di tossicodipendenti nonché alle associazioni di protezione ambientale.

Il protocollo d’intesa

In data 10 marzo 2014 è stato sottoscritto tra il Tribunale di Roma, la Corte di Appello di Roma, la Procura della Repubblica di Roma, la Regione Lazio, Roma Capitale, Unindustria, la Confcommercio di Roma e l’Associazione Bancaria Italiana un Protocollo d’Intesa finalizzato all’istituzione di un Tavolo Tecnico istituzionale per la gestione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata.

Il suddetto Protocollo d'Intesa, in merito alle competenze della Regione Lazio, recependo alcune delle funzioni prima attribuite all'Abecol (Agenzia regionale per i beni confiscati alle organizzazioni criminali nel Lazio) ai sensi dell'art. 3 della l.r. 24/2009, prevede che *“La Regione Lazio, attraverso la struttura regionale istituzionalmente competente, si impegna a:*

- a) promuovere, in collaborazione con l'Osservatorio tecnico-scientifico per la sicurezza e la legalità, di cui all'art. 8 della legge regionale 5 luglio 2001, n. 15 e successive modifiche, la sottoscrizione di protocolli d'intesa tra la Regione e i soggetti pubblici competenti, che disciplinino le modalità di acquisizione dei dati relativi ai beni sequestrati;*
- b) prestare la collaborazione, qualora richiesto dai competenti organi statali, al fine di prevenire il deterioramento dei beni tra la fase di sequestro e quella di confisca;*
- c) istruire le richieste di destinazione dei beni da parte della Regione e la loro assegnazione, in raccordo con i comuni in cui il bene è situato;*
- d) promuovere la semplificazione delle procedure di destinazione dei beni, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 1 dell'art. 2 decies della L. n. 575/1965 e successive modifiche;*
- e) predisporre i bandi regionali per la promozione dell'uso sociale dei beni confiscati alla criminalità organizzata e i bandi regionali relativi alla presentazione di domande per attività da svolgere relativamente ai beni trasferiti al patrimonio della Regione;*
- f) verificare il corretto utilizzo dei finanziamenti stessi da parte dei soggetti assegnatari;*
- g) verificare l'effettiva corrispondenza tra la destinazione dei beni ed il loro utilizzo, segnalando alle autorità competenti eventuali difformità;*
- h) svolgere attività di assistenza tecnica a favore dei soggetti assegnatari dei beni confiscati;*
- i) effettuare il monitoraggio dell'effettivo utilizzo dei beni confiscati e lo stato del loro utilizzo;*
- j) realizzare iniziative per la formazione dei soggetti assegnatari dei beni confiscati e la promozione di cooperative sociali per la gestione dei beni stessi;*
- k) fornire al tavolo tecnico tutte le informazioni relative alle attività e alle iniziative di cui ai punti precedenti.”*

LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Con la nota n. Tit. 3.7.0 del 29 aprile 2014, acquisita agli atti d'ufficio in data 23 maggio 2014, prot. 298732, l'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata chiede tra gli altri, all'amministrazione regionale di manifestare il proprio interesse all'acquisizione/utilizzo degli immobili confiscati con Decreto 36/09 emesso dal Tribunale di Reggio Calabria in data 12.03.2009 e confermato con Decreto 97/12 emesso dalla Corte di Appello di Reggio Calabria in data 16.03.2012, ivi descritti e costituiti da:

- appartamento ubicato in Roma, alla Via Cassia n. 639 identificato al fg. 218, p.lla 495 sub 1, 9, 17, 29, facente parte del “Villino D” di un maggior complesso immobiliare nel comprensorio denominato “Parco dei Pini”, comprensivo di box, cantina e soffitta;

- box auto sito in Roma alla Via Cassia n. 639 identificato al fg. 218, p.lla 490, sub. 19, distinto con il numero romano “VIII”, facente parte del “Villino A” nel comprensorio denominato “Parco dei Pini”, con accesso da Via Manfredi Azzarita n. 35.

I beni riportati nella nota sopracitata potrebbero risultare funzionali a programmi regionali, già in corso di svolgimento o futuri, di inclusione sociale o di accoglienza di persone svantaggiate e/o disagiate, fermo restando la necessità di successive verifiche.

Si da seguito alla nota n. Tit. 3.7.0 del 29 aprile 2014 dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata esprimendo la manifestazione di interesse all'acquisizione al patrimonio regionale dei suddetti immobili.

DIPENDENZE

MARCHE

DGR 29.9.14, n. 1108 - Modifica della DGR 1506/2013 in materia di dipendenze patologiche. (BUR n.99 del 17.10.14)

Note

Viene specificato che "Il contributo viene erogato dall'ASUR entro il 31/12/2014. Gli enti beneficiari presentano entro il 31/12/2015 all'ASUR il relativo rendiconto secondo lo schema adottato con Decreto n. 240/SPO/2013".

"I progetti ammessi a finanziamento si concludono entro il 30/06/2015.

Il finanziamento viene liquidato agli enti capofila beneficiari come segue:

- il 50% alla comunicazione dell'avvio da parte del soggetto titolare;

- il saldo a conclusione del progetto, e comunque entro il 31/07/2015, a seguito di presentazione del rendiconto secondo lo schema adottato con Decreto n. 240/SPO/2013.

EDILIZIA

MARCHE

17 OTTOBRE 2014 BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE MARCHE

DGR 6.10.14, n. 1119 - L. 28/10/2013, n. 124 - DM 14/5/2014 n. 202 - Approvazione linee guida per l'utilizzo del fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli. (BUR n.99 del 17.10.14)

Note

Sono approvate le linee guida per l'utilizzo del "fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli", istituito con L. 28/10/2013, n. 124, ripartito tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano con D.M. 14.05.2014 n. 202, come riportato nell'allegato "A" alla presente deliberazione (a cui si rinvia)

VENETO

DGR 29.9.14, n. 1782 - Criteri per la ripartizione del fondo per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione per l'anno 2014. art. 11, l. n. 431/1998. (BUR n. 97 del 10.10.14)

Note

PREMESSA

L'articolo 11 della legge 9 dicembre 1998, n. 431, concernente la disciplina delle locazioni e del rilascio degli immobili adibiti ad uso abitativo, ha istituito presso il Ministero dei Lavori Pubblici (ora Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti), il "Fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione", al fine di sostenere le fasce sociali più deboli.

Con decreto del Ministero dei Lavori Pubblici 7 giugno 1999, sono stati fissati i requisiti minimi dei conduttori per beneficiare dei contributi integrativi a valere sulle risorse assegnate al Fondo nazionale di sostegno per l'accesso alle abitazioni in locazione.

Le risorse assegnate al Fondo vengono ripartite annualmente, ai sensi del comma 5 del citato articolo 11, come sostituito dall'art. 7, comma 2-bis, della legge 12 novembre 2004, n. 269, fra le regioni dal Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

L'importo a disposizione del Fondo ai sensi del decreto legge 31 agosto 2013, n. 102 convertito con modificazioni dalla legge 28 ottobre 2013, n. 124 è pari a 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014 e 2015. Dal decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 12 febbraio 2014 di riparto delle risorse del Fondo per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione relative all'annualità 2014 (pubblicato nella G.U. n. 121 del 27 maggio 2014) risultano assegnati alla Regione del Veneto per l'anno 2014 euro 3.344.647,65.

Tale somma sarà integrata dalle ulteriori risorse assegnate al Fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione per l'anno 2014, ai sensi dell'articolo 1, comma 1 del decreto-legge 28 marzo 2014, n. 47, convertito dalla legge 25 maggio 2014, n. 80, dagli importi non spesi dai Comuni, di competenza regionale, relativi all'edizione precedente del Fondo, rilevati in sede di rendicontazione, nonché da altre eventuali risorse messe nel frattempo a disposizione dall'Amministrazione regionale.

Ai sensi dell'articolo 12, comma 1 della legge 7 agosto 1990, n. 241, occorre stabilire preventivamente i criteri sulla base dei quali procedere al riparto del Fondo per l'anno 2014. Si ritiene opportuno, in funzione delle limitate assegnazioni da parte dello Stato e alla luce dell'esperienza maturata, confermare in linea di massima i criteri scelti nella precedente annualità.

Viene reintrodotta la possibilità di partecipare al Fondo anche per i cittadini che in sede di dichiarazione dei redditi relativi all'anno 2013 abbiano usufruito di detrazione IRPEF per l'affitto per un importo non superiore ad euro 200,00. Tale possibilità risulta subordinata all'effettiva erogazione, da parte del

Ministero competente, dell'integrazione delle risorse a disposizione del Fondo come previsto dalla legge 25 maggio 2014, n. 80.

A causa dell'esiguità delle risorse disponibili, il procedimento viene riservato ai Comuni che si impegnano a cofinanziare il Fondo per un importo non inferiore al minimo previsto, per ciascun Comune, nell'Allegato A della DGR n. 1373 del 30 luglio 2013 nell'ambito del procedimento 2011. I Comuni per i quali non è valorizzato alcun importo nel richiamato Allegato A potranno partecipare al procedimento qualora si impegnino a stanziare a titolo di cofinanziamento per l'anno 2014 una somma almeno pari a quella che riceveranno in sede di riparto 2014. A titolo puramente indicativo, si informa che le proiezioni effettuate indicano che il riparto regionale coprirà circa il 23% del fabbisogno.

L'impegno a partecipare al procedimento dovrà essere comunicato alla Regione - Sezione Edilizia Abitativa **entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BUR** del presente provvedimento.

In ogni caso, ai fini dell'ammissione al procedimento, i Comuni dovranno aver provveduto alla restituzione delle economie degli anni precedenti come quantificate a seguito della rendicontazione relativa all'anno 2010 il cui importo, per i Comuni che hanno partecipato al procedimento FSA 2011, è indicato nella colonna "Residuo da recuperare" dell'allegato A alla DGR n. 1071 del 24 giugno 2014.

1. AMMISSIBILITÀ AL CONTRIBUTO

L'ammissibilità al contributo da parte dei richiedenti titolari di un contratto di locazione ai sensi della legge n. 431/1998, è subordinata al possesso dei seguenti requisiti:

- a. residenza nel comune del Veneto presso il quale viene presentata domanda;
- b. i canoni, per i quali si chiede il contributo, devono essere relativi all'anno 2013 limitatamente ad alloggi ubicati nella Regione del Veneto;
- c. condizione economica, rappresentata dall'ISEE_{fsa} non superiore a € 14.000,00. L'ISEE_{fsa} si ricava dividendo l'ISE_{fsa} (che si ottiene moltiplicando l'ISEE per la scala di equivalenza e sommando la detrazione per l'affitto indicata nell'attestazione ISEE) per la scala di equivalenza. Per il riparto del Fondo - anno 2014, la condizione economica in base alla quale sarà determinata l'idoneità della domanda dovrà essere certificata da dichiarazione o attestazione ISEE in corso di validità, in base al D.lgs. 3 maggio 2000, n. 130 che integra e modifica i criteri del D.lgs. 31 marzo 1998, n. 109 e al DPCM 4 aprile 2001, n. 242. Poiché è stato pubblicato sulla G.U. del 24 gennaio 2014, con decorrenza 8 febbraio 2014, il DPCM 5 dicembre 2013, n. 159 che riformula in modo sostanziale il calcolo dell'ISEE e fa scadere la validità delle DSU dopo 120 giorni, qualora i tempi del procedimento richiedano l'applicazione del nuovo indicatore, la nuova misura della condizione economica per l'accesso con i relativi criteri verranno stabiliti con successivo decreto regionale;
- d. i canoni devono essere relativi ad alloggi di categoria catastale A/2, A/3, A/4, A/5, A/6, A/7 e A/11;
- e. se stranieri extracomunitari, essere in possesso di titolo di soggiorno e dei requisiti per l'ingresso o il soggiorno in Italia previsti dalla legge 30 luglio 2002, n.189 e successivi decreto-legge 23 maggio 2008, n. 92 (convertito dalla legge 24 luglio 2008, n. 125) e legge 15 luglio 2009, n. 94. Oppure con istanza di rinnovo, entro i termini prescritti, di titolo di soggiorno scaduto;
- f. se cittadini non italiani (comunitari ed extracomunitari), non essere stati destinatari di provvedimento di allontanamento dal territorio nazionale;
- g. se cittadini extracomunitari, in base all'articolo 11, comma 13, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito con legge 6 agosto 2008, n. 133, residenza continuativa al momento della domanda, da almeno 10 anni sul territorio italiano o da almeno 5 anni nella Regione del Veneto. Tale condizione può essere assolta dal coniuge convivente;
- h. gli affitti, per i quali viene chiesto il contributo, non devono essere relativi ad alloggi di edilizia residenziale pubblica il cui canone viene determinato in base al reddito o alla condizione economica familiare.

2. ESCLUSIONE

Attesa la limitata disponibilità di fondi a disposizione si ritiene di escludere dal sostegno i nuclei familiari:

- a. non titolari di un contratto di locazione ad uso abitativo, registrato ai sensi delle leggi 27 luglio 1978, n. 392, 8 agosto 1992, n. 359, art. 11, commi 1 e 2 e n. 431/1998;
- b. titolari di diritto di proprietà, usufrutto, uso e abitazione su alloggio/i o parte di essi, ovunque ubicati, per i quali il sei per cento del valore catastale complessivo (imponibile ai fini ICI) sia superiore al 50% di una pensione minima INPS annua oppure, indipendentemente dal valore catastale, qualora la

quota complessiva di possesso, da parte del nucleo familiare, sia superiore al 50%. Tale esclusione non opera nel caso in cui l'alloggio, per disposizione dell'autorità giudiziaria, sia dato in godimento al coniuge separato o nel caso in cui, per legge, spetti al genitore superstite un diritto di abitazione sull'alloggio;

c. che abbiano in essere un contratto di locazione stipulato tra parenti o affini entro il secondo grado;

d. il cui canone annuo incida sull'ISEfsa in misura inferiore al 28%;

e. il cui canone annuo incida sull'ISEfsa in misura superiore al 70%. In tale evenienza il canone risulta essere eccessivo in relazione alle disponibilità economiche dichiarate dalla famiglia e quindi la condizione economica presentata è palesemente incongrua. Tale situazione può essere rappresentativa di condizione economica non veritiera, e quindi da escludere, oppure di casi sociali da tutelare. Al fine di contribuire al sostegno dei casi sociali conosciuti e tutelati dal Comune, le domande incongrue riguardanti tali situazioni sono ammesse a riparto, per il 50% dell'importo ammissibile. Al fine di tutelare, indipendentemente dal cofinanziamento comunale, i nuclei socialmente deboli, esclusivamente ai fini della valutazione della congruità di cui al presente paragrafo, possono essere fatte valere le seguenti rendite non imponibili e quindi escluse dall'ISEE relative all'anno di riferimento:

1) pensioni esenti:

a) pensioni di guerra;

b) pensioni privilegiate ordinarie corrisposte ai militari di leva e quelle ad esse equiparate;

c) pensioni e assegni erogati ai ciechi civili, ai sordomuti e agli invalidi civili;

d) pensioni sociali e maggiorazioni sociali dei trattamenti pensionistici;

2) redditi non assoggettabili all'IRPEF:

a) rendite erogate dall'INAIL per invalidità permanente;

b) equo indennizzo di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 ed alla direttiva tecnica interministeriale (Ministero della Sanità - Ministero della Difesa) del 28 dicembre 1992;

c) assegni periodici destinati al mantenimento dei figli spettanti al coniuge in conseguenza di separazione, annullamento, scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio, risultante da provvedimenti dell'Autorità giudiziaria;

d) retribuzioni corrisposte da enti e organismi internazionali, rappresentanze diplomatiche;

e) premi corrisposti a cittadini italiani da stati esteri o enti internazionali per meriti letterari, artistici, scientifici e sociali;

f. il cui canone annuo superi il 150% del valore dell'affitto medio ricavato dalle domande, idonee per condizione economica, presentate nel comune. Tale limitazione non opera nel caso di nuclei familiari con un numero di componenti superiore a cinque;

g. la cui superficie netta superi del 150% la superficie ammessa (vedi calcolo e esclusioni al successivo punto 3.e).

h. aver usufruito nella dichiarazione dei redditi, relativa all'anno 2013, della detrazione IRPEF sull'affitto per un importo superiore ad euro 200,00;

i. assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica o di alloggi concessi da altri Enti il cui canone è determinato in funzione del reddito o della condizione economica familiare.

3. FABBISOGNO

Il fabbisogno complessivo di ciascun comune, da utilizzare in sede di riparto del Fondo, è costituito dalla sommatoria degli importi calcolati per le singole domande idonee. L'importo ammesso a riparto per ciascuna domanda è determinato come segue:

a. si calcola il canone che la famiglia è in grado di sopportare in base alla propria condizione economica (vedi punto 1.c). Si ritiene che la famiglia possa riservare fino al 35% delle proprie risorse al pagamento del canone. La percentuale per il calcolo del canone sopportabile viene determinata proporzionalmente all'ISEEfsa a partire da € 7.000,00 fino al limite di esclusione (vedi punto 1.c);

b. il contributo massimo è rappresentato dall'eccedenza fra canone integrato rappresentato dal canone maggiorato delle spese di riscaldamento o delle spese condominiali che comprendano la spesa di riscaldamento, per un importo non superiore a € 700,00, e canone sopportabile con un massimo di € 2.000,00. Tale importo è rapportato ai mesi di affitto dell'anno;

c. qualora il canone pagato superi il canone medio determinato in base alle domande idonee presentate nel comune, il contributo precedentemente determinato viene ridotto in proporzione. Si ritiene infatti che un canone superiore alla media del territorio sia indice di una migliore condizione economica reale. Nel

determinare il canone medio, il valore dell'affitto viene considerato fino all'importo massimo annuo di € 10.000,00. Sono escluse le domande il cui canone superi del 150% il canone medio. Tale esclusione non opera per le famiglie con più di 5 componenti o famiglie con persona disabile o non autosufficiente la cui condizione sia stata rilevata nella dichiarazione ISEE;

d. qualora l'alloggio sia occupato da più nuclei familiari, al fine della valutazione del contributo ammesso a riparto, viene assunto il 50% del valore dell'affitto e delle spese di riscaldamento;

e. la superficie calpestabile dell'alloggio ammessa è pari a mq 95 per un nucleo familiare fino a tre componenti e viene incrementata di mq 5 per ogni ulteriore componente. Per superfici che eccedono tale misura viene operata una riduzione proporzionale all'eccedenza fino al 150% della superficie netta ammessa. Sono esclusi gli alloggi la cui superficie supera il 150% della superficie netta ammessa. Qualora il dato disponibile sia la superficie lorda, la superficie netta verrà ottenuta riducendo tale valore del 30%. Al fine di tutelare maggiormente i nuclei più deboli, la valutazione della superficie non opera nei confronti dei nuclei numerosi con più di 5 componenti, di nuclei formati da anziani che abbiano compiuto il 65° anno di età entro il 31/12/2013 o di nuclei con persona disabile o non autosufficiente la cui condizione sia stata rilevata nella dichiarazione ISEE.

f. Infine, il contributo ammissibile viene graduato in funzione della condizione economica familiare rappresentata dall'ISEEfsa. Viene considerato al 100% nel caso la condizione economica rappresentata dall'ISEEfsa sia uguale o inferiore a € 7.000,00 per essere ridotto fino al 10% al raggiungimento del limite di esclusione (vedi punto 1.c);

4. LIQUIDAZIONE

Non sono liquidabili le domande per le quali il contributo finale spettante risulti inferiore ad € 50,00.

In sede di ripartosaranno trattenuti gli importi non spesi dai Comuni relativi alla precedente annualità del Fondo ricavati dalla rendicontazione. Le somme non spese, avuto comunque riguardo alla loro provenienza, regionale o comunale, serviranno ad integrare la successiva annualità del Fondo. In tale sede, inoltre, potranno essere tenuti in considerazione eventuali errori commessi in fase di rendicontazione della precedente annualità del Fondo.

Resta salva la facoltà concessa ai Comuni dall'art. 2, comma 1, del decreto del Ministero dei Lavori Pubblici 7 giugno 1999, di stabilire diverse misure in termini di condizione economica, percentuali di incidenza del canone più favorevoli e diversa entità del contributo, qualora gli effetti sull'entità del contributo risultino interamente coperti con risorse proprie.

Al fine di incentivare il cofinanziamento comunale, il 10% delle somme a disposizione verrà ripartito proporzionalmente fra i Comuni che provvederanno a stanziare risorse superiori al minimo richiesto per partecipare al riparto del Fondo e in funzione dell'entità del cofinanziamento fino ad un massimo del 300% del minimo richiesto (allegato A alla DGR n.1373 del 30 luglio 2013).

Il rimanente 90% verrà ripartito in base al rapporto fra fabbisogno di ciascun Comune e il fabbisogno totale delle domande.

5. ACCONTO

Le somme già a disposizione verranno ripartite fra i Comuni che hanno partecipato al riparto FSA 2011 sulla base del fabbisogno FSA 2010 includendo le domande con detrazione Irpef non superiore ad € 200,00.

Non è possibile utilizzare i dati del procedimento FSA 2011 a causa dell'esclusione, dal procedimento, delle famiglie che avevano goduto della detrazione Irpef.

La scelta di procedere all'erogazione di un acconto è motivata dal fatto che le somme anticipate saranno immediatamente spendibili dalle amministrazioni comunali e previene il recupero da parte del Ministero delle somme non spese entro i sei mesi dall'erogazione.

Sono esclusi dall'acconto i Comuni che esprimono un fabbisogno inferiore ad € 10.000,00 a causa dell'aleatorio e comunque esiguo numero di potenziali domande idonee.

L'importo spettante ad ogni Comune sarà conguagliato al momento dell'approvazione del riparto finale.

L'effettiva erogazione dell'acconto sarà subordinata alla conferma da parte dei Comuni, entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BUR del presente provvedimento, dell'adesione al procedimento e all'impegno a stanziare, a titolo di cofinanziamento, un importo non inferiore a quello previsto nell'Allegato A alla DGR n. 1373 del 30 luglio 2013 e per i Comuni per i quali non è valorizzato alcun importo nel predetto Allegato A, una somma almeno pari a quella che riceveranno in sede di riparto 2014. A titolo puramente

indicativo, si informa che le proiezioni effettuate indicano che il riparto regionale coprirà circa il 23% del fabbisogno.

6. DOMANDE

Per poter procedere al riparto delle risorse, i Comuni debbono raccogliere i seguenti dati:

- a. dati relativi alla condizione economica del nucleo familiare rilevabile dalla dichiarazione o attestazione ai fini ISEE;
- b. estremi della registrazione dei contratti di locazione presso l'Agenzia delle Entrate per i mesi per i quali viene chiesto il contributo;
- c. categoria catastale e superficie dell'alloggio occupato nell'ultimo mese per il quale si chiede il contributo;
- d. ammontare e relativo periodo dei canoni anno 2013;
- e. ammontare delle spese di riscaldamento o delle spese condominiali, riferite all'anno 2013, limitatamente al costo di tale servizio e fino ad un massimo di € 600,00 su base annua;
- f. nel caso di cittadini extracomunitari, gli estremi del permesso o carta di soggiorno e, se scaduti, copia della richiesta di rinnovo;
- g. nel caso di cittadini extracomunitari, il possesso del certificato storico di residenza in Italia previsto dall'articolo 11, comma 13, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito con legge 6 agosto 2008, n. 133. Tale certificato, può essere sostituito in sede di domanda, da dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445. Al momento dell'erogazione del contributo la dichiarazione sostitutiva di certificazione, dovrà essere convalidata o dall'esibizione da parte del cittadino extracomunitario del certificato storico comprovante la sussistenza del requisito o dal preventivo controllo, da parte del comune, della correttezza dei dati dichiarati. Qualora il richiedente non sia in possesso di un certificato storico di residenza utile, tale requisito può essere assolto dal coniuge convivente;
- h. presenza di più nuclei familiari nello stesso alloggio;
- i. le altre entrate descritte al punto 2.e.

Il richiedente, titolare del contratto di affitto, deve presentare domanda al comune di residenza entro la scadenza e con le modalità previste, a pena di esclusione, nell'apposito bando comunale, anche a mezzo fax o per via telematica ai sensi dell'articolo 38 del DPR n. 445/2000. Non saranno considerate idonee e ammesse a riparto le domande nelle quali ricorra lo stesso componente del nucleo familiare (domanda doppia). Tale condizione si rileva dal nucleo familiare della dichiarazione ISEE.

I dati saranno raccolti mediante dichiarazioni sostitutive di certificazione e dichiarazione sostitutive di atto di notorietà rilasciate dai richiedenti al proprio comune di residenza con le modalità e le scadenze previste da un apposito bando comunale. I dati da raccogliere sono quelli necessari alla determinazione della misura del bisogno, rappresentato dall'eccedenza rispetto al canone annuo sopportabile in funzione della condizione reddituale della famiglia rappresentata dall'ISEfsa, nonché gli altri elementi necessari per consentire agli enti di effettuare, ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445/2000, i previsti controlli sui dati dichiarati dai richiedenti.

7. SERVIZIO INFORMATICO

Come nelle passate edizioni del Fondo, per agevolare i Comuni nella raccolta e trasmissione dei dati nonché nella determinazione del contributo a favore degli aventi diritto, si ritiene di mettere a disposizione dei suddetti Enti sia per l'annualità 2014 che per l'annualità 2015 un apposito servizio informatico e di consulenza, che consenta di elaborare in tempo reale le domande raccolte, di effettuare le eventuali necessarie variazioni, nonché di monitorarne costantemente l'andamento, fornendo agli enti medesimi un servizio qualificato di assistenza tecnica e amministrativo-giuridica, la produzione dei prospetti di riparto e liquidazione nonché le procedure per la rendicontazione dei contributi erogati.

Considerato che non risultano attive convenzioni stipulate dalla "Concessionaria Servizi Informativi Pubblici" (CONSIP) aventi un oggetto comparabile a quello ritenuto necessario dall'Amministrazione regionale e che non risulta possibile il ricorso al Mercato elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA), l'acquisizione del predetto servizio per l'annualità 2014 con opzione di rinnovo per l'annualità successiva 2015 in caso di effettivo trasferimento dei fondi corrispondenti dal Ministero, avverrà ai sensi del d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163 mediante gara a procedura aperta sottosoglia col criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa in conformità ai seguenti elementi di valutazione: offerta tecnica massimo punti 70, offerta economica: massimo punti 30, individuando l'importo massimo della

obbligazione di spesa in euro 90.000,00 =Iva esclusa per ciascuna delle due annualità. La copertura finanziaria è individuata nell'ambito delle risorse già trasferite dal Ministero per il 2014 disponibili sul capitolo 40041/U del Bilancio di previsione 2014 "Interventi finanziati con il Fondo nazionale per il sostegno all'accesso delle abitazioni in locazione (art. 11, L. 09.12.1998, n. 431 - art. 11, comma 1, lettera c, l.r. 05.04.2013, n. 3)".

NB

Il decreto ministeriale stabilisce che le risorse statali non ripartite dalle regioni entro sei mesi dall'erogazione saranno decurtate dalla quota di spettanza dell'anno successivo; al fine di non incorrere nella suddetta decurtazione di fondi per il 2015, sarà attribuito un punteggio aggiuntivo alle offerte tecniche che garantiranno soluzioni in grado di consentire la conclusione delle operazioni di riparto entro la scadenza fissata dal Ministero.

Viene fissato al 31/12/2014 il termine entro il quale le Amministrazioni locali dovranno aver caricato nel servizio web, di cui al precedente punto 4., le domande dei cittadini che concorreranno al riparto del Fondo per l'anno 2014;

Viene determinato in euro 3.234.847,65 l'importo massimo delle obbligazioni di spesa relative agli acconti da erogare a favore delle amministrazioni comunali interessate a partecipare al Fondo 2014, alla cui assunzione provvederà con proprio atto il direttore della Sezione Edilizia Abitativa, al verificarsi delle condizioni di cui al punto 3., disponendo la copertura finanziaria relativa all'annualità 2014 a carico dei fondi stanziati sul capitolo n. 40041 codice SIOPE 1 05 03 1535 del bilancio 2014 "Interventi finanziati con il Fondo nazionale per il sostegno all'accesso delle abitazioni in locazione (art. 11, L. 09.12.1998, n. 431 - art. 11, comma 1, lettera c, l.r. 05.04.2013, n. 3)".

ENTI LOCALI

LAZIO

DGR 7.10.14, n. 647 - Istituzione dell'Osservatorio regionale per l'attuazione della legge 7 aprile 2014, n. 56 «Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni». (BUR n. 82 del 14.10.14)

Note

PREMESSA

Il D.Lgs. n. 118/2011, il D.P.C.M 28 dicembre 2011, il decreto-legge n. 102/2013, in particolare all'articolo 9, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 124/2013, ha prolungato la sperimentazione di cui all'art. 36 del D.lgs. n. 118/2011 per l'esercizio finanziario 2014 La legge 7 aprile 2014, n. 56 «*Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni*» stabilisce :

- 1) la riorganizzazione territoriale e strutturale delle Province;
- 2) l'istituzione delle Città Metropolitane con l'acquisizione del territorio e delle funzioni delle Province;
- 3) la sostituzione e definitiva soppressione delle Province ad opera del nuovo ente metropolitano.

La legge regionale del 11 luglio 1987, n. 40, con la quale ha istituito l'Istituto Regionale di Studi Giuridici del Lazio "Arturo Carlo Jemolo" tra le cui finalità è prevista l'attivazione di corsi per formazione professionale nelle materie giuridiche ed economiche.

Gli articoli 371 e 372 del regolamento regionale n. 1/2002 e successive modifiche, dettano disposizioni in materia di incarichi di componenti di consulte, comitati ed altri organismi comunque denominati, prevedendo che questi ultimi possano essere istituiti anche con deliberazione della Giunta nel rispetto dei criteri previsti dall'articolo 356-

Il regolamento regionale 5 agosto 2005, n. 17 detta "Norme in materia di affidamento di incarichi individuali di consulenza a soggetti esterni all'amministrazione regionale", e successive modificazioni.

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha istituito una apposita delegazione delle Regioni incaricata di seguire le problematiche connesse all'attuazione della legge 7 aprile 2014, n. 56 «Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni», allo scopo di definire – sulla base di un accordo comune Stato-Regioni – le funzioni fondamentali e quelle soggette a riordino, nonché di individuare e distinguere le funzioni il cui riordino è di competenza statale da quelle il cui riordino è di competenza regionale.

L'Accordo sancito l'11 settembre 2014 in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano prevede, tra gli altri, l'istituzione di Osservatori regionali, come sedi di impulso e coordinamento.

A seguito dell'adozione dell'Accordo Stato-Regioni in materia ed al fine di garantire la continuità amministrativa, la semplificazione, la razionalizzazione delle procedure, la riduzione dei costi dell'amministrazione e il regolare svolgimento delle funzioni amministrative oggi affidate alle Province, è necessario che la Regione proceda ad una ricognizione delle funzioni rientranti nelle competenze regionali, non riconducibili alle funzioni fondamentali di cui all'art. 1, comma 85, della legge n. 56/2014 e attualmente esercitate dalle Province, alla descrizione delle materie e dei procedimenti connessi, nonché ad una valutazione del loro mantenimento in capo alle stesse oppure al loro possibile conferimento ad enti sub-provinciali-

Con la nota prot. n. 488304 del 3 settembre 2014 a firma del Presidente della Regione è stata trasmessa agli Assessori regionali la rilevazione effettuata dall'Ufficio Legislativo e dall'Ufficio Rapporti con gli Enti Locali, le Regioni, lo Stato e l'Unione Europea, relativamente alla ricognizione delle funzioni svolte attualmente dalle Province attribuite dalla Regione, sulla base della normativa vigente.

L'OSSERVATORIO REGIONALE

Viene istituito l'Osservatorio regionale quale sede di impulso e coordinamento che, nel rispetto dei criteri definiti dal citato Accordo della Conferenza Stato-Regioni dell'11 settembre 2014, procede, in particolare,:

- a) alla ricognizione e descrizione delle funzioni rientranti nelle competenze regionali, non riconducibili alle funzioni fondamentali di cui all'art. 1, comma 85, della legge n. 56/2014 e attualmente esercitate dalle Province, nonché dei procedimenti connessi;
- b) alla valutazione del conferimento degli stessi ad enti provinciali o sub-provinciali, in attuazione dei principi di cui all'art. 118 della Costituzione e di quanto previsto dal citato accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni;
- c) alla valutazione degli ambiti territoriali e delle soglie demografiche entro i quali devono essere esercitate le funzioni oggetto di riordino;
- d) al coordinamento delle Direzioni regionali nello svolgimento di tali attività;
- e) alla stesura della bozza di proposta di legge regionale di cui all'art. 1, comma 95, della l.r. n. 56/2014, fatta salva l'applicazione di quanto previsto dall'accordo dell'11 settembre 2014 sancito dalla Conferenza Stato-Regioni;
- f) alla comunicazione costante di informazioni all'Osservatorio nazionale istituito dal citato Accordo Stato-Regioni, anche ai fini del monitoraggio e dell'attività riorganizzativa.

L'Osservatorio regionale sarà chiamato a svolgere attività caratterizzate da particolare complessità, tali da richiedere il supporto di un gruppo di esperti per lo studio e la soluzione delle questioni giuridiche e tecniche più complesse.

L'ARTICOLAZIONE DELL'OSSERVATORIO REGIONALE

L'Osservatorio sarà articolato in una sezione politica e in una sezione tecnico-scientifica;

La sezione politica dell'Osservatorio regionale sia composta:

- dal Presidente della Regione, con funzioni di Presidente della sezione politica dell'Osservatorio regionale, o, previa delega, dall'Assessore regionale alle "Pari opportunità, Autonomie Locali e Sicurezza";
- dal Sindaco o suo rappresentate della Città metropolitana di Roma e/o di Roma capitale;
- dal Presidente o suo delegato dell'Associazione Nazionale Comuni d'Italia del Lazio (Anci-Lazio);
- dal Presidente o suo delegato dell'Unione Province Italiane del Lazio (UPI Lazio);
- da tre rappresentanti del Consiglio delle Autonomie Locali del Lazio;
- dagli Assessori regionali di volta in volta individuati dal Presidente della Regione, in ragione della materia trattata.

Il Capo di Gabinetto del Presidente della Regione, il Segretario Generale della Giunta regionale e il Responsabile dell'Ufficio Legislativo della Regione Lazio assistono alle sedute della sezione politica dell'Osservatorio regionale

La sezione tecnico-scientifica dell'Osservatorio regionale sarà composta:

- dal Responsabile dell'Ufficio Legislativo della Regione Lazio, con funzioni di Presidente della Sezione tecnico-scientifica dell'Osservatorio;
- dal Segretario generale della Giunta regionale;
- dal Responsabile del Servizio Giuridico e Legislativo del Consiglio regionale o suo delegato;
- dal Segretario generale o dirigente della Città metropolitana di Roma e/o di Roma capitale;

- dal Responsabile della struttura “Coordinamento delle politiche territoriali” del Segretariato Generale;
- dal Direttore della Direzione Regionale “Programmazione Economica, Bilancio, Demanio e Patrimonio”, o suo delegato;
- dal Direttore della Direzione Regionale “Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport”, o suo delegato;
- dal Direttore della Direzione Regionale “Centrale Acquisti”, o suo delegato;
- dal Direttore della Direzione Regionale “Risorse Umane e Sistemi Informativi”, o suo delegato;
- da quattro Segretari o dirigenti comunale indicati dall’Associazione Nazionale Comuni d’Italia del Lazio (Anci-Lazio), tenuto conto delle classi e della collocazione territoriale dei Comuni;
- da quattro Segretari o dirigenti provinciali indicati dall’Unione Province Italiane del Lazio (UPI Lazio) in rappresentanza delle singole Province;
- da cinque esperti in materia di autonomie territoriali, individuati con Decreto dell’Assessore regionale alle “Pari opportunità, Autonomie Locali e Sicurezza”, tra i prefetti, i docenti universitari, i segretari comunali e provinciali o appartenenti ad ordini o categorie similari e i dirigenti pubblici;

NB

Con riferimento alle questione riguardanti il personale, le due sezioni dell’Osservatorio regionale si riuniranno congiuntamente, con la partecipazione del Direttore regionale competente in materia di personale e delle organizzazioni sindacali, al fine di garantire l’esame congiunto per l’individuazione dei criteri per la mobilità e per affrontare ogni questione inerente i rapporti di lavoro, nel rispetto di quanto previsto dal protocollo d’intesa stipulato in data 19 novembre 2013 e successivi aggiornamenti.

L’Osservatorio regionale può avvalersi della collaborazione del Comitato per la Legislazione presso la Giunta regionale, istituito ai sensi dell’art. 7-bis del regolamento regionale n. 17/2005.

L’Osservatorio regionale sarà supportato, rispettivamente, con riferimento ai compiti di segreteria e verbalizzazione delle sedute dal Dirigente dell’Area “Politiche per lo Sviluppo Socio-Economico dei Comuni” e, con riferimento al settore informatico e statistico, dal Dirigente dell’Ufficio Sistema Statistico Regionale, incardinato all’interno dell’Area “Innovazione Tecnologica, Gestione Sistemi informativi e statistici” della Direzione regionale “Risorse Umane e Sistemi Informativi”.

I componenti dell’Osservatorio regionale operino a titolo gratuito e svolgano le proprie attività senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

I PERCORSI FORMATIVI E DI RICERCA: L’ISTITUTO IEMOLO

Viene promosso lo studio e la conoscenza dei temi e delle problematiche inerenti l’attuazione della legge n. 56/2014 mediante percorsi didattici formativi e di ricerca aperti a tutti gli operatori del diritto coinvolti, con particolare riguardo agli enti locali.

A tale riguardo l’art. 31 della legge regionale 6 agosto 1999, n. 14 prevede che la Regione si avvale dell’Istituto per attivare corsi di formazione, di aggiornamento e di riqualificazione per gli amministratori, i dirigenti e il restante personale degli enti locali.

La realizzazione di percorsi e programmi formativi, l’organizzazione di seminari, tavole rotonde, corsi e attività di ricerca potrà essere positivamente realizzati dall’Istituto Regionale per gli Studi Giuridici del Lazio “Arturo Carlo Jemolo”.

A tal fine viene destinata la somma pari ad euro 20.000,00.

FAMIGLIA

LOMBARDIA

DGR 17.10.14 - n. X/2513 - Prima attuazione della l.r. 24 giugno 2014, n. 18 «Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori». Determinazioni (BUR n. 43 del 21.10.14)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Leggi regionali:

- 6 settembre 1976, n. 44 «Istituzione del servizio per l’educazione sessuale, per la procreazione libera e consapevole, per l’assistenza alla maternità, all’infanzia e alla famiglia» ed in particolare:

—art. 1, comma 2 che, tra le finalità del consultorio, prevede il perseguimento dell’armonico sviluppo delle relazioni familiari nonché dei rapporti genitori-figli;

—art. 2, comma 8 che prevede che il servizio, tra le prestazioni, garantisca in particolare l'assistenza psicologica e sociale al singolo, alla coppia e alla famiglia anche in relazione ai principi del diritto di famiglia di cui alla legge 19 maggio 1975, n. 151;

- 6 dicembre 1999, n. 23 «Politiche regionali per la famiglia» ed in particolare l'art. 2, comma 1 che individua, tra gli obiettivi, la tutela del benessere di tutti i componenti della famiglia con particolare riguardo alle situazioni che possono incidere negativamente sull'equilibrio psico-fisico di ciascun componente;

- 14 dicembre 2004, n. 34 «Politiche regionali per i minori» ed in particolare l'art. 3 che, al fine di favorire il benessere e la tutela del minore, prevede che la Regione possa anche sostenere progetti e sperimentazioni di interesse regionale;

- * n. 18 del 24 giugno 2014 «Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori», che, nel riconoscere l'importanza del ruolo genitoriale ed 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, definisce gli interventi di sostegno e tutela a favore dei genitori separati o divorziati, con figli minori, o con figli maggiorenni portatori di disabilità grave.

Con la legge regionale sopracitata, Regione Lombardia sviluppa un'attenzione complessiva e specifica al fenomeno della rottura dei legami matrimoniali, che, oltre alla disgregazione affettiva, comporta la riorganizzazione delle risorse economiche, prima riferite ad un unico nucleo familiare e ora frazionate tra i diversi componenti della famiglia.

La d.c.r. 9 luglio 2013 n. 78: «Programma Regionale di Sviluppo della X Legislatura», prevede, tra l'altro, una priorità a sostegno dei coniugi separati con difficoltà sociali ed economiche, specialmente in caso di presenza di figli minori.

Con le dd.g.r. n. 144/2013 e 1501/2014 sono state sperimentate le misure di sostegno a favore dei genitori separati con figli minori su tutto il territorio lombardo e che sono state propedeutiche alla approvazione della legge.

GLI ESITI DELLA SPERIMENTAZIONE

Dagli esiti della sperimentazione e dalle risultanze emerse dal territorio, tramite relazioni dettagliate da parte delle Aziende sanitarie locali, descritti nell'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento emergono i punti di forza e le criticità del primo anno di sperimentazione dell'iniziativa.

I REQUISITI DI ACCESSO E I CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE DOMANDE

Alla luce degli esiti della sperimentazione sono individuati i requisiti di accesso, i criteri di valutazione delle domande e le modalità operative per la gestione del fondo a sostegno dei genitori separati e divorziati con figli minori, così come definiti nell'allegato B.

IL RUOLO DELLE ASL

La presa in carico integrata dei genitori separati o divorziati viene affidata alle ASL.

IL RUOLO DEGLI ENTI LOCALI

La regia del percorso viene comunque essere attuata in stretta collaborazione con gli Enti locali del territorio.

IL FINANZIAMENTO

Per la realizzazione degli interventi economici a sostegno dei genitori le risorse sono pari a € 2.000.000,00..

Le risorse saranno assegnate alle ASL sulla base del numero delle domande pervenute nella fase di sperimentazione dell'iniziativa e sulla base del numero di separazioni e divorzi effettivi registratesi nel territorio di ogni ASL, riferito all'ultimo censimento Istat.

I RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE

Indice

Premessa

1. I NUMERI DELLA SPERIMENTAZIONE

2. MISURE COMPLEMENTARI DI SOSTEGNO ALLA SPERIMENTAZIONE

3. EVIDENZE EMERSE DAL TERRITORIO

Premessa

In Lombardia nel 2012¹ si sono verificate 14.708 separazioni (di cui 12.752 con rito consensuale) e 10.020 divorzi, di cui 8.277 (82,6%) con rito consensuale; il 50% delle separazioni legali vede almeno un figlio minore affidato e il 90,1% sono stati affidati a entrambi i genitori. In caso di divorzio, il 35,7% vede almeno un figlio minore affidato e il 75% sono stati affidati a entrambi i genitori.

È necessario considerare come i provvedimenti a favore del minore e del coniuge ritenuto più debole, stabiliti in sede di separazione/divorzio, possono determinare situazioni di fragilità, anche economica.

Inoltre i genitori possono trovarsi altresì in situazione di difficoltà rispetto all'esercizio della loro funzione genitoriale ed educativa e presentare la necessità di un sostegno psicologico e sociale anche a protezione del diritto del minore alla bigenitorialità.

Con la DGR n.144 del 17 maggio 2013, l'Assessorato Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato ha introdotto un "fondo" indirizzato al supporto dei genitori legalmente separati, con figli minori ed in condizioni di grave disagio economico, e finalizzato alla tutela del diritto del minore ad una crescita armonica e serena e all'accompagnamento della coppia nella ridefinizione del loro ruolo genitoriale nella fase di separazione. Tale deliberazione è stata propedeutica all'approvazione della legge regionale 24 giugno 2014, n.18, che, nel riconoscere l'importanza del ruolo genitoriale ed 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, definisce gli interventi di sostegno e tutela a favore dei genitori separati o divorziati, con figli minori, o con figli maggiorenni portatori di handicap grave.

1. I NUMERI DELLA SPERIMENTAZIONE

Il Fondo a sostegno dei genitori separati ha messo a disposizione su tutto il territorio lombardo, tra Luglio 2013 ed Agosto 2014, 4 milioni di euro.

Tra luglio 2013 e il 31 agosto 2014 hanno beneficiato dell'iniziativa 1.461 genitori separati e il 53% dei progetti sono state chiusi. Emerge altresì che l'85% dei beneficiari sono state madri.

Analizzando la distribuzione territoriale dei progetti, emerge come il 50% del totale, pari a 729 risiedano in sole 4 ASL: Milano, Milano, Brescia e Bergamo.

Nel passaggio da 2013 a 2014 la percentuale di beneficiari di cittadinanza italiana scende dal 91,3% al 88,6%. Si evidenzia come più dell'84% dei beneficiari siano madri.

Il maggiore accesso alla misura, da parte delle madri, deriva dal fatto che queste raggiungono con più facilità la rete consultoriale e dal fatto che in fase sperimentale non venivano presi in considerazione elementi determinanti nell'individuazione della reale condizione socio-economica dei richiedenti, introdotti dalla l.r. 18/2014, quali l'assegno di mantenimento del coniuge e dei figli e la perdita della disponibilità della casa familiare.

Nel passaggio da 2013 a 2014 la percentuale di beneficiari di cittadinanza italiana scende dal 91,3% al 88,6%. Si evidenzia come più dell'84% dei beneficiari siano madri.

Al fine di meglio comprendere il profilo delle persone che hanno avuto l'approvazione del progetto individuale, è stato loro proposto un questionario di carattere socio economico contenente rilevanti informazioni in merito alla situazione familiare ed economica specifica. Dall'analisi dei questionari restituiti, si è rilevato che:

- circa il 53% delle richieste conseguentemente alle difficoltà economiche che colpiscono il coniuge dopo la separazione;
- circa il 38% dei richiedenti non è attivo nel mercato del lavoro;
- Il 65% dei richiedenti è lo stesso genitore che ha diritto all'assegno di mantenimento; nel 71% dei casi l'importo di questo assegno è inferiore a 800 euro;
- tra coloro che hanno diritto a ricevere l'assegno di mantenimento, il 47% non lo riceve o lo riceve solo saltuariamente;
- la maggior parte dei richiedenti vive in una casa di proprietà sua o dell'ex partner; la separazione tra gli ex partner è avvenuta per il 67% per via consensuale;
- i soggetti dichiarano di mantenere nella larga maggioranza dei casi un buon rapporto con i propri figli, mentre con l'ex partner in un caso su due il rapporto è o assente o conflittuale;
- circa il 40% dei richiedenti non ha usufruito, prima di richiedere il contributo, di nessun altro servizio; di coloro che invece hanno usufruito di ulteriori contributi economici, circa la metà ha ricevuto complessivamente un importo inferiore a 500 euro (es. dote scuola e bonus gas e elettricità);
- tra i servizi non economici che vengono richiesti tra coloro che partecipano al Fondo Genitori separati, quelli maggiormente richiesti sono il sostegno psicologico e alla genitorialità.

2. MISURE COMPLEMENTARI DI SOSTEGNO ALLA SPERIMENTAZIONE

La misura messa in atto ha consentito altresì di individuare il “portafoglio” di tutti gli interventi pubblici usufruiti dai beneficiari della misura. Ciò ha permesso di controllare e integrare le diverse tipologie di interventi, evitando duplicazioni di azioni e garantendo una maggiore efficienza nell’utilizzo delle risorse. Qui di seguito le percentuali di utilizzo dei servizi complementari al sostegno economico dato.

3. EVIDENZE EMERSE DAL TERRITORIO

Tramite il fondo di sostegno ai Genitori separati, nel territorio regionale sono stati attivati, come già detto, complessivamente circa 1.500 progetti, attraverso la collaborazione attiva di 144 tra consultori pubblici e privati accreditati, che hanno anche sostenuto le mamme e i papà in stato di fragilità economica ed emotiva con un importante impegno

L’esperienza condotta ha rilevato elementi di interesse da potenziare in una fase di prosecuzione delle attività, ma anche alcune criticità da meglio indirizzare al fine di ottimizzare la misura in un’ottica di stabilizzazione.

Di seguito vengono evidenziati gli aspetti più rilevanti emersi dalla lettura dei progetti personalizzati approvati:

difficoltà economiche connesse a condizioni di precarietà lavorativa generate dalla situazione di crisi economica;

- donne casalinghe prive di fonti di reddito; donne con lavori saltuari o part-time, non regolarizzati ecc...;
- difficoltà abitative o sfratto esecutivo per gravosità delle spese di affitto/rate mutuo (sia delle madri sia dei padri);
- debiti per dipendenza da gioco (padre) che hanno determinato la crisi coniugale;
- mancato/irregolare versamento dell’assegno di mantenimento per i figli da parte del padre per difficoltà economiche, oppure in seguito ad un allontanamento con la rinuncia ad esercitare il ruolo genitoriale;
- conflittualità di coppia, che nei casi più gravi implica anche la presa in carico del minore da parte del Servizio Tutela Minori;
- difficoltà nei rapporti tra padre e figli con tensioni e rifiuto di questi ultimi nei confronti del il/la nuovo/a partner/convivente;
- difficoltà comunicative e relazionali tra genitori nel concordare linee comuni sul piano educativo e nel rispettare gli accordi stabiliti;
- difficoltà comportamentali dei minori a scuola e in famiglia;
- assenza di una rete familiare di sostegno – difficoltà nell’organizzazione quotidiana di vita da parte del genitore con cui i figli convivono;
- presenza di minori affetti da forme di disabilità fisica e/o psichica (in carico ai servizi di NPI) che comportano carichi di cura impegnativi.

Complessivamente, l’esperienza del fondo di sostegno ai genitori separati ha avviato un processo di sensibilizzazione sia ai temi della genitorialità sia alla mediazione familiare, cosa che, in particolar modo, ha migliorato la collaborazione attiva di soggetti plurimi finalizzata alla presa in carico integrata dei genitori. Si è potuto inoltre riscontrare come l’attuazione del progetto personalizzato abbia sollecitato la coppia ad un percorso costruttivo diminuendo le conflittualità. Inoltre la partecipazione di più soggetti istituzionali alla realizzazione del progetto individualizzato, attraverso risposte specifiche ai bisogni, ha permesso un accrescimento delle relazioni tra organismi pubblici e privati e cittadini che è alla base di un’organizzazione del lavoro integrata e coordinata.

In particolare sono emersi i seguenti elementi di successo dell’iniziativa:

- rilevazione della diversa appartenenza culturale, ambientale e sociale che influenza la modalità di accesso alla misura, anche a fronte di grave conflittualità e disagio familiare per entrambi i membri della coppia genitoriale;
- incentivazione alla presa in carico di situazioni fragili e, in alcuni casi, ad alto rischio che diversamente non si sarebbero rivolte ai servizi, consentendo di sensibilizzare i genitori rispetto a tutte le problematiche (non solo quella economica) che a seguito di una separazione possono ricadere sulla coppia genitoriale e sui figli, prospettando aiuti e supporti;
- maggiore disponibilità della coppia genitoriale a svolgere un ruolo attivo in funzione del perseguimento degli obiettivi concordati in fase di sottoscrizione del Patto di corresponsabilità;

- maggiore raccordo dei consultori con i servizi sociali comunali, la cui mancanza compromette la possibilità di costruzione di un progetto che sia di reale riscatto dalla condizione di disagio. Tuttavia sono emersi, come già detto, anche elementi critici che sono stati considerati nella definizione delle nuove modalità operative ai sensi della L.R. n. 18/2014 quali in particolare:
 - disorganicità della gestione del processo legato all'accoglimento e alla valutazione delle domande da parte dei consultori;
 - disomogeneità applicative dei criteri relativi alla predisposizione dell'elenco degli aventi diritto;
 - difficoltà di selezionare le domande in base al livello di disagio manifestato;
 - limiti derivanti dall'iniziativa a "sportello";
 - difficoltà di misurare la condizione di reale disagio socio-economico del beneficiario, conseguente al fatto che in sede di sperimentazione non si sono valutati alcuni elementi che rendono determinante la condizione di difficoltà economica, quali ad esempio il versamento dell'assegno di mantenimento del coniuge e dei figli e l'onere che lo stesso deve sostenere per le spese di affitto/mutuo conseguente alla perdita della disponibilità della casa familiare.

MODALITÀ OPERATIVE PER LA GESTIONE DEL FONDO

Indice

- 1. PREMESSA**
- 2. RISORSE**
- 3. REQUISITI DI ACCESSO**
- 4. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E RISORSE ASSEGNATE**
- 5. CRITERI DI VALUTAZIONE**
- 6. PROGETTO PERSONALIZZATO**
- 7. COMPITI DELLE ASL**
- 8. COMPITO DEI CONSULTORI PUBBLICI E PRIVATI, ACCREDITATI E A CONTRATTO**
- 9. COMPITO DEGLI ENTI LOCALI**
- 10. COMPITI DEL DESTINATARIO**
- 11. MODALITÀ DI GESTIONE**

1. PREMESSA

Con la legge regionale n. 18 del 24 giugno 2014 "Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori" Regione Lombardia sviluppa un'attenzione complessiva e specifica al fenomeno della rottura dei legami matrimoniali, che, oltre alla disgregazione affettiva, comporta la riorganizzazione delle risorse economiche, prima riferite ad un unico nucleo familiare e ora frazionate tra i diversi componenti della famiglia.

Le principali novità introdotte dalla legge regionale 18/2014, rispetto ai criteri messi in campo in fase di sperimentazione, si possono riassumere nei seguenti elementi:

Destinatari: alla categoria di coniugi separati, la l.r. 18 aggiunge "...i divorziati in condizioni di disagio sociale ed economico, con figli minori, o con figli maggiorenni portatori di handicap grave...". La legge, introducendo anche il tema dei figli maggiorenni portatori di disabilità grave, ha inteso recepire quanto previsto dalle normative generali a tutela delle persone con disabilità e dal Codice civile art. 337 septies, secondo comma, che afferma che ai figli maggiorenni portatori di disabilità grave si applicano integralmente le disposizioni previste in favore dei figli minori.

Interventi: la legge prevede interventi, oltre che di natura economica, anche di sostegno abitativo, di assistenza e mediazione familiare.

Esclusioni: l'articolo 2 della legge prevede che siano esclusi dall'applicazione della legge:

- i coniugi separati o divorziati che vengano meno ai loro doveri di cura e mantenimento dei figli;
- 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, convertito dalla L. n. 38/2009, nonché per delitti di cui agli articoli 570 e 572 del codice penale.

2. RISORSE

Per la fase di prima applicazione della legge, le risorse destinate alla realizzazione degli interventi di sostegno a favore dei genitori separati e divorziati ammontano complessivamente a 2 milioni di euro del bilancio regionale 2014. Le risorse sono da ripartirsi tra le ASL in base al numero delle domande

pervenute nel corso della sperimentazione e sulla base del numero di separazioni e divorzi effettivi registratisi nel territorio di ogni ASL, riferiti all'ultimo censimento Istat.

Le ASL autorizzano la spesa massima di € 2.400 per ogni progetto personalizzato di aiuto al genitore pari a € 400 per un massimo di 6 mesi.

Il contributo è erogato ad uno solo dei genitori, quello più fragile, identificato a mezzo dell'ISEE più basso e della graduatoria risultante dall'applicazione dei criteri di valutazione di cui al punto 5.

Il contributo economico regionale è da intendersi quale intervento che va ad aggiungersi all'insieme di interventi e servizi che, a cura dei diversi enti pubblici e privati, vengono erogati per il sostegno alle situazioni di particolare fragilità legate al periodo della separazione e divorzio.

3. REQUISITI DI ACCESSO

L'accesso alla misura è vincolato alla contestuale presenza dei seguenti requisiti alla data di presentazione della richiesta:

- essere in stato di separazione legale da non più di due anni;
- essere divorziati da non più di un anno purché non siano decorsi più di 5 anni dalla data della sentenza di separazione o dall'omologazione degli accordi di separazione consensuale;
- con figli nati dall'unione dei coniugi che richiedono il beneficio, oppure adottati durante il matrimonio, minori o maggiorenni portatori di disabilità grave, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992;
- essere residenti in Regione Lombardia da almeno cinque anni continuativi al momento della domanda;
- essere destinatari di provvedimenti, anche provvisori e urgenti, ex art. 708 codice di procedura civile, emessi dall'Autorità giudiziaria, che ne disciplinano gli impegni economici e/o patrimoniali;
- dimostrare una situazione di disagio economico mediante attestazione ISEE uguale od inferiore ad € 12.000; tale soglia potrà essere ridefinita con provvedimento della Direzione Generale competente in occasione dell'entrata in vigore del provvedimento attuativo del DPCM n. 159 del 5 dicembre 2013.

In fase di prima applicazione non possono presentare domanda coloro che hanno già ottenuto il contributo in fase di sperimentazione.

Sono altresì esclusi dall'applicazione della presente delibera e dalla possibilità di usufruire dei benefici ad essa connessi:

- i coniugi separati o divorziati che vengano meno ai loro doveri di cura e di mantenimento dei figli;
- 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.

4. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE E RISORSE ASSEGNATE

Il richiedente deve presentare la domanda ai consultori aderenti all'iniziativa che fanno capo alla ASL competente per territorio, in relazione alla residenza degli interessati.

Le domande di contributo potranno essere presentate a partire dal giorno successivo alla data di pubblicazione dell'avviso da parte delle ASL e per i successivi 30 giorni. Se tale termine cadesse in un giorno festivo, lo stesso è prorogato al primo giorno successivo.

Alla domanda di contributo devono essere allegati i seguenti documenti di attestazione dei requisiti di accesso:

- copia della sentenza di separazione o del provvedimento di omologazione degli accordi di separazione consensuale, ovvero provvedimenti ex art. 708 codice di procedura civile; sentenza di divorzio;
- dichiarazione, contestuale all'istanza, di risiedere da almeno 5 anni consecutivi in Lombardia.

Il disagio economico deve essere dimostrato attraverso attestazione ISEE del nucleo familiare, eventualmente integrata da idonea documentazione che consenta la definizione della condizione di difficoltà economica nell'anno di richiesta del contributo. L'integrazione documentale dovrà essere ritenuta indispensabile solo nel caso in cui l'attestazione ISEE – in quanto relativa all'annualità precedente fino all'approvazione dei nuovi criteri di calcolo – risulti superiore alla soglia prevista, ma non congruente con la condizione economica riscontrabile all'atto della richiesta del contributo, in ragione di una o più circostanze. In questo caso il punteggio da attribuire per la tabella ISEE, di cui al paragrafo 5, sarà commisurato al valore di € 12.000.

La documentazione integrativa dell'ISEE deve riguardare:

- a. attestato di disoccupazione;
- b. licenziamento o cessazione di un contratto a tempo determinato di natura subordinata od assimilabile, di durata superiore ai sei mesi;
- c. attestazione dell'ammontare della quota di mutuo o di affitto per l'alloggio attribuito al genitore presso cui non dimorano i figli;
- d. attestazione di sospensione collettiva del lavoro o mobilità che coinvolga il genitore lavoratore;
- e. inserimento del lavoratore nelle liste di mobilità individuale o collettiva o in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o Straordinaria (con riduzione oraria superiore al 30%);
- f. in caso di persona occupata, ultime buste paga del lavoratore/lavoratrice;
- g. copia dell'eventuale lettera di licenziamento, sospensione collettiva in Cassa Integrazione o Mobilità;
- h. attestazione dell'ammontare dell'assegno di mantenimento prescritto dal Tribunale;
- i. ogni altra documentazione che dimostri il disagio economico.

5. CRITERI DI VALUTAZIONE

Fatto salvo quanto indicato ai punti precedenti, le graduatorie saranno formate sulla base dei seguenti punteggi:

• **TABELLA A: ISEE.** Si attribuiranno punteggi da zero a 24 in base al valore dell'ISEE

TABELLA B: MANTENIMENTO. Al punteggio relativo al valore ISEE verrà aggiunto o sottratto il punteggio secondo la tabella allegata.

TABELLA C: CASA e LAVORO. Verranno altresì attribuiti punteggi aggiuntivi in base alle situazioni sotto elencate.

A parità di punteggio, le domande verranno collocate in graduatoria in base all'ordine cronologico di presentazione, tenendo conto della data e dell'ora di registrazione della domanda.

6. PROGETTO PERSONALIZZATO

Il progetto personalizzato è parte integrante del patto di corresponsabilità che deve essere obbligatoriamente sottoscritto dal richiedente oltre che dal responsabile referente del Consultorio pubblico o privato accreditato e a contratto.

Il progetto personalizzato deve riportare:

- gli elementi di anamnesi sociale/sociosanitaria utili a definire gli interventi complessi e integrati di sostegno (ivi compreso quelli attivabili dal Comune di residenza) comprese eventuali criticità rilevabili;
- le proposte di aiuto, oltre al contributo regionale, prospettate al beneficiario/a (anche a seguito degli esiti dei contatti avuti con l'ente locale o altri enti coinvolti) per l'acquisizione dell'autonomia economica e/o sociale;
- le modalità di collaborazione per la gestione del progetto con altri enti (ad esempio contatti con eventuali aziende/associazioni per inserimento lavorativo, con l'ente locale per una presa in carico sociale, l'eventuale attivazione di interventi di aiuto del Comune anche su altri membri della famiglia (con particolare riferimento ai figli minori, come ad esempio il pagamento della mensa scolastica o la retta del nido, eventuali aiuti materiali da parte di associazioni non profit ecc.);
- le eventuali aree di criticità;
- le verifiche e le modalità di monitoraggio periodico previsti;
- l'impegno da parte del beneficiario a prestare i colloqui per tutto il periodo di vigenza del progetto e per quello successivo alle conclusioni dello stesso presso la struttura dove è stato sottoscritto il progetto anche in caso di cambio di residenza dello stesso.

7. COMPITI DELLE ASL

Alle ASL è affidata la regia dell'iniziativa con particolare riferimento agli interventi di sostegno messi in campo nell'ambito delle funzioni consultoriali, alle misure di carattere economico, ivi compresi l'autorizzazione al contributo regionale, al monitoraggio e al controllo delle risorse mensilmente erogate, nonché alla realizzazione dei progetti personalizzati in termini di monitoraggio e verifica. In tale contesto risulta fondamentale il lavoro di collaborazione con i Comuni e gli altri enti coinvolti.

Ciò anche attraverso la promozione e la sottoscrizione di protocolli d'intesa, sull'esempio anche di quanto già sperimentato con DGR 144/2013, e di quant'altro utile a una presa in carico effettiva e integrata della famiglia nelle fasi di difficoltà legate alla separazione ed al divorzio.

In particolare le ASL:

- emanano l'avviso pubblico, al quale dovrà essere data la più ampia diffusione, attraverso anche il coinvolgimento delle Associazioni rappresentative dei genitori separati per poter raggiungere tutti gli aventi diritto in modo complessivo, entro e non oltre 20 giorni dalla pubblicazione della presente delibera e, nei successivi 20 gg, dalla scadenza dei termini per presentazione delle domande, approvano la graduatoria dei soggetti ammessi al contributo;
 - individuano e autorizzano, attraverso il Servizio Famiglia, i consultori familiari pubblici o privati accreditati e a contratto a predisporre e gestire, per conto dell'ASL, la realizzazione del progetto individualizzato;
 - attivano il rilascio delle carte di credito prepagate per il numero di mesi previsti dal progetto, dopo il caricamento degli stessi progetti da parte dei consultori competenti;
 - verificano, attraverso il Servizio Famiglia, presso il casellario giudiziario l'idoneità dei richiedenti (i soggetti non devono essere 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 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 aprile 2009, n. 38, nonché per i delitti di cui agli articoli 570 e 572 del codice penale);
 - autorizzano l'istituto di credito ad attivare la carta prepagata e mensilmente ad erogare le somme stabilite nel patto di corresponsabilità, dopo aver verificato l'effettuazione del colloquio;
 - verificano e monitorano gli interventi, sia di sostegno economico che di sostegno sociale, volti alla realizzazione del patto di corresponsabilità (che riporta analiticamente il progetto individualizzato) stabilito tra l'ASL e il beneficiario degli interventi attraverso il Dipartimento ASSI – Struttura preposta alla vigilanza e controllo dell'ASL stessa;
 - promuovono e verificano, attraverso il Dipartimento ASSI – Struttura preposta alla vigilanza e controllo - che venga attivata una concreta collaborazione tra gli Enti e i soggetti coinvolti (ivi compreso il beneficiario) affinché il patto di corresponsabilità possa essere onorato da parte di tutti a garanzia di una presa in carico integrata della persona;
 - sottoscrivono i predetti protocolli d'intesa tra ASL, Enti locali e altre istituzioni pubbliche ed in particolare quelli volti a favorire l'erogazione di ulteriori interventi di sostegno da parte degli enti competenti (es. ricerca alloggio, canone agevolato ecc.);
 - rendicontano attraverso il Dipartimento ASSI – Struttura preposta alla vigilanza e controllo - l'andamento dell'iniziativa a seguito della conclusione dei progetti, in modo da evidenziare le attività realizzate per modificare le situazioni indesiderate. Tali controlli dovranno essere effettuati a distanza di 12 mesi successivi al termine dei progetti e non oltre i 20 mesi successivi;
 - effettuano i necessari controlli, attraverso il Dipartimento ASSI – Struttura preposta alla vigilanza e controllo - sulla corretta applicazione dei contenuti del progetto adottato, anche rispetto all'esistenza dei requisiti di accesso da parte dei beneficiari;
 - le ASL e i consultori dovranno assicurare la verifica relativa a quanto disciplinato dall'articolo 2 della legge, in particolare attraverso i colloqui mensili e il patto di corresponsabilità e mediante i controlli, previsti dall'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, delle dichiarazioni sostitutive rese dagli interessati ai sensi dell'art. 46 del medesimo decreto in merito all'assenza di condanne per i reati sopraindicati.
- 8. COMPITO DEI CONSULTORI PUBBLICI E PRIVATI, ACCREDITATI E A CONTRATTO**
- I consultori pubblici e privati accreditati e a contratto devono aderire formalmente affinché l'ASL stessa, attraverso il Servizio Famiglia, possa autorizzarne la gestione dei progetti.
- I consultori pubblici e privati individuati per l'iniziativa dovranno:
- raccogliere le domande, caricarle sull'apposito applicativo, controllare i requisiti e segnalare alle ASL eventuali cause di inammissibilità della domanda;
 - a seguito dell'approvazione della graduatoria da parte della ASL, predisporre i progetti personalizzati che dovranno essere attuati in stretta collaborazione ed integrazione con il Comune di residenza, il soggetto beneficiario e gli eventuali altri enti pubblici e/o privati che possono contribuire con propri interventi o competenze al sostegno della persona. I progetti personalizzati devono essere caricati sull'apposito applicativo informatico entro 25 giorni dall'approvazione della graduatoria ASL;
 - sottoscrivere il patto e verificare lo svolgimento del programma di intervento e del progetto e il rispetto dei suoi contenuti.
- I consultori attivano, nell'ambito della presente iniziativa, interventi di sostegno alle famiglie quali:

- l'organizzazione nel consultorio di spazi, ben visibili ed identificabili, dedicati alle relazioni familiari, all'orientamento, alla consulenza legale, psicologica, sociale, educativa, ad incontri di gruppo ecc. con particolare attenzione alle situazioni di fragilità e conflitto familiare;
- la promozione, nell'ambito del consultorio, di uno spazio dedicato alle relazioni familiari, in cui realizzare iniziative volte a favorire l'auto-mutuo-aiuto tra gruppi di genitori, anche coinvolgendo associazioni di riferimento presenti sul territorio, garantendone l'apertura negli orari e nei giorni più consoni alle famiglie.

9. COMPITO DEGLI ENTI LOCALI

- Gli Enti Locali partecipano alla predisposizione dei progetti d'intervento personalizzati in stretta collaborazione ed integrazione tra l'ASL e il soggetto beneficiario. In particolare il Comune è coinvolto, nell'ambito delle proprie competenze e risorse, attraverso:
- l'indicazione di elementi utili a stabilire la situazione economica (ad es. attestazione ISEE, valutazione sulla situazione di disagio economico della persona o del nucleo familiare);
 - l'attivazione di servizi o altre formule di aiuto a completamento dell'intervento integrato sulla famiglia e sui minori;
 - la stipulazione dei protocolli d'intesa con le ASL e altre istituzioni pubbliche o private per la messa a disposizione del genitore separato che abbia perso l'abitazione, di alloggi ad un canone agevolato

10. COMPITI DEL DESTINATARIO

Il beneficiario del contributo è tenuto a:

- sottoscrivere il patto di corresponsabilità contenente il progetto personalizzato;
- collaborare attivamente alla realizzazione dello stesso, rispettandone le prescrizioni contenute;
- mantenere un rapporto continuativo, durante tutta la durata del progetto, con i referenti del consultorio;
- impegnarsi nell'esercizio della propria funzione genitoriale educativa nei confronti dei figli rispettando gli impegni assunti in sede di separazione;
- impegnarsi a produrre la documentazione attestante i requisiti e l'eventuale documentazione richiesta dalla ASL in fase di controllo.

11. MODALITÀ DI GESTIONE

Per l'erogazione del contributo, Regione Lombardia si avvale della collaborazione di un Istituto di credito, regolata mediante apposita convenzione.

L'Istituto accredita i contributi mensili su carte di debito prepagate predisposte a tal fine e messe a disposizione dei singoli beneficiari.

È attiva una piattaforma regionale web, ad accesso riservato ai consultori familiari pubblici e privati accreditati e a contratto per la segnalazione dei nominativi dei richiedenti in possesso dei requisiti che verranno ammessi al contributo da parte delle ASL.

MARCHE

DGR 29.9.14, n. 1107 - L.R. 30/98 - Azioni a favore della famiglia e a sostegno delle competenze genitoriali: finanziamento dei "Centri per le famiglie" e dei corsi denominati "Scuola per genitori". (BUR n. 99 del 17.10.14)

Note

Sono approvate:

- le modalità di attuazione e finanziamento delle azioni a favore della famiglia relative ai corsi denominati "Scuola per genitori", così come indicato nell'allegato A) che forma parte integrante e sostanziale della presente delibera (a cui si rinvia);

- le modalità di attuazione e finanziamento delle azioni a favore della famiglia relative ai "Centri per le famiglie", così come indicato nell'allegato B) (a cui si rinvia).

L'ammontare complessivo è pari ad Euro 282.556,00, è così suddiviso:

- Euro 150.000,00 per il finanziamento dei corsi rivolti alla formazione delle coppie denominati "Scuola per genitori";

- Euro 115.00,00 per il finanziamento dei "Centri per le famiglie";

- Euro 17.556,00 per il finanziamento dei corsi della precedente edizione della Scuola per genitori, non ancora liquidati.

UMBRIA

DGR 6-10.14, n. 1261 - L.R. 23/03 e s.m.i. - art. 3, comma 9 - DGR n. 1038 del 4 agosto 2014 - Sostegno all'affitto a favore di varie categorie in condizioni di debolezza sociale - Determinazioni. (BUR n. 49 del 22.10.14)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Con la delibera indicata in oggetto sono stati approvati i criteri per l'emanazione di tre bandi destinati a favorire, mediante l'erogazione di contributi pubblici, la locazione di un alloggio a canone concordato (art. 2, comma 3 della legge 431/98) da parte delle seguenti categorie, in condizioni di debolezza sociale:

1. i nuclei familiari numerosi, ovvero le coppie, coniugate o conviventi anagraficamente, i cui componenti abbiano un'età inferiore ai 45 anni, o compiano il 45° anno di età nel 2014, e da almeno tre figli, dei quali almeno due minorenni;
2. i nuclei familiari composti da una sola persona separata o divorziata;
3. i nuclei familiari composti da non più di due persone, delle quali almeno una sia di età superiore ai 65 anni, o compia il 65° anno di età nel 2014, e/o sia portatore di handicap, con una diminuzione della capacità lavorativa superiore a due terzi.

Con determinazione dirigenziale n. 7631 del 23 settembre 2014, pubblicata nel S.O. n. 2 al BUR n. 46 dell'1 ottobre 2014 è già stato approvato il Bando per la prima delle suddette categorie, la cui scadenza è fissata al 31 ottobre p.v.

Tuttavia, nel frattempo, sono pervenuti osservazioni e suggerimenti da parte di famiglie che hanno le medesime difficoltà a reperire un'idonea soluzione alloggiativa in affitto, a causa delle proprie condizioni socio-economiche, ma che non rientrano nelle categorie sopra descritte.

Pertanto, si ritiene opportuno aderire a tali richieste, estendendo ad altri nuclei familiari la facoltà di accedere ai contributi.

Le ulteriori categorie sociali sono le seguenti:

- i nuclei familiari monoparentali, ovvero composti da un solo genitore (vedovo/a, separato/a, divorziato/a, single) e da uno o più figli minorenni. Fanno parte di questa categoria anche i nuclei familiari monoparentali nei quali, oltre ai figli minorenni, sono presenti figli maggiorenni portatori di handicap, con un'invalidità pari o superiore al 70 per cento, e quelli monoparentali in cui sono presenti solo figli maggiorenni, purchè ugualmente portatori di handicap, con un'invalidità pari o superiore al 70 per cento;
- i nuclei familiari che hanno avuto una diminuzione del reddito 2013 rispetto a quello del 2012 uguale o superiore al 50 per cento.

Tenuto conto della descrizione delle nuove categorie introdotte con il presente atto, quella di cui al punto 3) sopra indicata deve essere necessariamente così riformulata:

- nuclei familiari composti da non più di due persone, delle quali almeno una sia di età superiore ai 65 anni, o compia il 65° anno di età nel 2014.

Infine, per quanto concerne la categoria di cui al punto 2), relativa ai nuclei familiari composti da una sola persona, separata o divorziata, si precisa che, qualora il richiedente debba corrispondere all'ex coniuge il mantenimento per i figli, sulla base di quanto stabilito dal giudice con apposito provvedimento, tale importo deve essere detratto dall'ISEE 2014, ai fini della valutazione del requisito reddituale di accesso, di cui al punto 4) dell'allegato A) alla DGR n. 1038/2014.

LA DISPOSIZIONE

Le categorie beneficiarie del sostegno all'affitto previsto con DGR n. 1038 del 4 agosto 2014, pubblicata nel S.O. n. 1 al BUR n. 42 del 3 settembre 2014, sono modificate ed integrate nel seguente modo:

- a) i nuclei familiari numerosi, ovvero le coppie, coniugate o conviventi anagraficamente, i cui componenti abbiano un'età inferiore ai 45 anni, o compiano il 45° anno di età nel 2014, e da almeno tre figli, dei quali almeno due minorenni;
- b) i nuclei familiari composti da una sola persona separata o divorziata;
- c) i nuclei familiari composti da non più di due persone, delle quali almeno una sia di età superiore ai 65 anni, o compia il 65° anno di età nel 2014;
- d) i nuclei familiari monoparentali, ovvero composti da un solo genitore (vedovo/a, separato/a, divorziato/a, single) e da uno o più figli minorenni. Fanno parte di questa categoria anche i nuclei familiari monoparentali nei quali, oltre ai figli minorenni, sono presenti figli maggiorenni portatori di handicap, con un'invalidità pari o superiore al 70 per cento, e quelli monoparentali in cui sono presenti

solo figli maggiorenni, purchè ugualmente portatori di handicap, con un' invalidità pari o superiore al 70 per cento;

e) i nuclei familiari che hanno avuto una diminuzione del reddito 2013 rispetto a quello del 2012 uguale o superiore al 50 per cento.

Viene precisato, per quanto concerne la categoria di cui al punto 2), lett. b), che, qualora il richiedente debba corrispondere all'ex coniuge il mantenimento per i figli, sulla base di quanto stabilito dal giudice con apposito provvedimento, tale importo deve essere detratto dall'ISEE 2014, ai fini della valutazione del requisito reddituale di accesso, di cui al punto 4) dell'allegato A) alla DGR n. 1038/2014;

Per la categoria di cui al punto 2), lett. d), sono ammessi a contributo anche i nuclei familiari monoparentali ancora inseriti, alla data di pubblicazione del bando, in altro nucleo familiare anagrafico, purchè si impegnino a distaccarsene entro il termine previsto dal bando per il trasferimento della residenza nel nuovo alloggio condotto in locazione.;

Viene definito nel seguente modo, per la categoria di cui al punto 2), lett. d), il requisito reddituale previsto al punto 4) dell'allegato A) alla DGR n. 1038/2014:

“il nucleo familiare deve essere titolare di reddito alla data di pubblicazione del bando e deve avere un ISEE 2014 (redditi percepiti nel 2013 e valore del patrimonio mobiliare e immobiliare al 31.12.2013) non superiore ad € 20.000,00”;

Viene definito nel seguente modo, per la categoria di cui al punto 2), lett. e), il requisito reddituale previsto al punto 4) dell'allegato A) alla DGR n. 1038/2014:

“il nucleo familiare deve essere titolare di reddito alla data di pubblicazione del bando e deve avere un ISEE 2014 (redditi percepiti nel 2013 e valore del patrimonio mobiliare e immobiliare al 31 dicembre 2013) non superiore ad € 15.000,00”.

DD 10.9.14, n. 7217 - DGR 1399 del 9 dicembre 2013 Piano di interventi per la famiglia. Trasferimento delle risorse per l'avviso regionale per interventi per le famiglie vulnerabili ex art. 7 della l.r. n. 13 del 16 febbraio 2010 e liquidazione 10 per cento risorse ai sensi dell'art. 9, comma 2 lett. d), del r.r. n. 5/2010 e ss.mm.ii. (CAP 2836). (BUR n. 49 del 22.10.14)

Note

Sono ripartite fra le Zone sociali le risorse regionali destinate all'intervento a favore delle famiglie vulnerabili previsto dall'articolo 7 della legge regionale n. 13 del 16 febbraio 2010, a copertura dell'avviso pubblico, di cui alla DGR n.1399 del 9 dicembre 2013, in base ai criteri definiti con dall'art. 9 del r.r. 2/05/2011, n. 5, per la parte relativa al 10 per cento del complessivo di risorse pari ad € 150.000,00, come da allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente atto;

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

ABRUZZO

L.R. n. 14-10.14, n. 37 - Istituzione del Fondo regionale per l'integrazione socio-sanitaria e interventi finanziari in materia di agricoltura (BUR n. 44 del 22.10.14)

Art. 1

(Istituzione del Fondo regionale per il sostegno alle prestazioni di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale)

1. La Regione Abruzzo garantisce lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria secondo quanto stabilito dalla normativa vigente.

2. Al fine dell'attuazione del comma 1, la Regione garantisce la contribuzione a favore dei Comuni per il sostegno ai costi a carico degli utenti relativi alle prestazioni semiresidenziali di cui al punto 8 “Assistenza territoriale semi-residenziale” e alle prestazioni residenziali di cui al punto 9 “Assistenza territoriale residenziale” dell'Allegato 1.C del D.P.C.M. 29.11.2001.

3. Per il trasferimento delle somme dei contributi di cui al comma 2, è istituito il capitolo di spesa 13.01.005 – 71576 denominato “Fondo regionale per il sostegno alle prestazioni di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale”.

4. La Quinta Commissione consiliare in sede deliberante, su proposta della Giunta regionale, approva le linee guida per il concorso alla spesa dei Comuni di cui al comma 2.

5. Per l'esercizio finanziario 2014 l'onere di spesa è quantificato in euro 4 milioni. Al bilancio di previsione 2014 sono apportate le seguenti modifiche in termini di competenza e di cassa:

a) lo stanziamento del capitolo di spesa 13.01.005 – 71576, denominato “Fondo regionale per il sostegno alle prestazioni di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale”, è determinato in euro 4 milioni;

b) lo stanziamento del capitolo di entrata 03.05.002 – 35045, denominato “Entrate relative al gettito derivante dalla lotta all'evasione ex articolo 9 del D.Lgs. 68/2011”, è incrementato di euro 4 milioni.

6. Per gli esercizi finanziari successivi gli oneri di spesa di cui al capitolo 13.01.005 – 71576 sono autorizzati nei limiti dello stanziamento annualmente indicato nella legge di bilancio.

Art. 2

(Interventi finanziari in materia di agricoltura)

INTERVENTI ASSISTENZIALI

BASILICATA

DGR 26.9.14, n. 1159 - Art. 15 L.R. n. 26/2014 “Reddito minimo /Reddito di Inserimento” – Integrazione Fondo con risorse di cui all'art. 7 della L.R.n. 8/2014. 8108 (BUR n. 40 del 16.10.14)

ISTRUZIONE

BASILICATA

DGR 1.10.14, n. 1189 - Legge 23 dicembre 1998 n. 448, art 27. Fornitura gratuita e semigratuita di libri di testo. Anno Scolastico 2014/2015. Individuazione criteri di riparto. (BUR n. 40 del 16.10.14)

Note

Sono approvati i criteri e le modalità per la concessione del contributo per la fornitura gratuita e semigratuita dei libri di testo per l'anno scolastico 2014/2015, contenuti nell'allegato “A” alla presente deliberazione della quale è parte integrante e sostanziale (a cui si rinvia)-

Sono approvati i moduli sotto elencati, allegati alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale:

– all. “B” - modulo richiesta;

– all. “C” - scheda criteri adottati;

– all. “D” - modulo trasmissione dati;

– all. “E” - modulo rendicontazione anno scolastico 2014/2015 (ai quali si rinvia).

Sono adottati, per la ripartizione del fondo statale attribuito alla Regione Basilicata per l'anno scolastico 2014/2015, i seguenti criteri:

a) il fondo sarà ripartito tra i Comuni sulla base dell'effettivo fabbisogno, derivante dalle domande presentate ai Comuni di residenza dagli aventi diritto;

b) in fase di ripartizione ed a seguito delle comunicazioni effettuate dai Comuni si terrà conto anche del monitoraggio delle spese effettivamente sostenute.

La spesa è pari ad € 3.301.543,12.

I Comuni sono incaricati:

– di accogliere le istanze prodotte dai propri residenti, titolari di potestà genitoriale, sull'apposito modello di richiesta (allegato “B”) ed a valutarne l'ammissibilità delle stesse, in base ai requisiti previsti dalla legge;

– di assicurare, attraverso idonee forme di pubblicità, il sostegno alle famiglie la cui situazione economica equivalente (ISEE) non sia superiore ad € 11.305,72, sulla base delle dichiarazioni dei redditi 2014 -periodo d'imposta 2013;

– di trasmettere alla Regione Basilicata, esclusivamente a mezzo PEC, all'indirizzo ufficio.sistema.scolastico@cert.regione.basilicata.it - entro il 28 novembre 2014, previa disamina delle istanze pervenute e dichiarate ammissibili al beneficio, l'allegato “D” contenente il numero dei beneficiari, eventuali rettifiche o integrazioni agli elenchi delle domande di contributo per la fornitura dei libri di testo, non saranno prese in considerazione;

– di effettuare, ai sensi dell'articolo 71 comma 1, del D.P.R. 445/2000 e dell'articolo 4 del Decreto Legislativo n. 109/99, controlli sia a campione sia in tutti i casi in cui vi siano fondati motivi sulla

veridicità delle dichiarazioni rese dal richiedente in autocertificazione, anche dopo aver erogato il contributo per la fornitura dei libri di testo, atteso che l'erogazione dei contributi per la fornitura gratuita e semigratuita dei libri di testo da parte dei Comuni è subordinata alla presentazione da parte dei beneficiari, della documentazione a supporto della spesa sostenuta per l'acquisto dei libri di testo, e che i contributi di che trattasi non sono cumulabili con gli altri interventi di cui all'articolo 1 comma 628, della Legge 296/2006 - comodato gratuito e noleggio libri scolastici;

– di trasmettere alla Regione Basilicata esclusivamente a mezzo PEC, all'indirizzo ufficio.sistema.scolastico@cert.regione.basilicata.it, entro 30 giorni dall'avvenuto accredito dei fondi assegnati, idonea rendicontazione finanziaria, unitamente alla scheda dei criteri adottati - allegato "C" ed al riepilogo della rendicontazione dell'anno scolastico 2014/2015.

MINORI

MOLISE

DGR 1.10.14, n.497 - risorse fsc 2007-2013 – delibera cipe 11 luglio 2012, n. 79 –obiettivo di servizio "servizi per l'infanzia" indicatori s.04 e s.05. approvazione aggiornamento piano di azione e schede obiettivo e intervento.

PIEMONTE

DD 31.7.14, n. 187 - Impegno e assegnazione di euro 96.000,00 sul capitolo di spesa n. 179629/14 (Ass. 100464), a favore del Consorzio Intercom. gestione servizi socio-assistenziali dell'Ovest Ticino e del Consorzio Intercom. gestione dei servizi sociali di Pinerolo, per attività di raccordo e collegamento con i servizi territoriali nell'area degli affidamenti familiari, adozioni e inserimenti dei minori in comunità. (BUR n. 42 del 16.10.14).

Note

L'Amministrazione Regionale con D.G.R. n. 1-2797 del 7/11/2011 ha previsto un potenziamento delle attività di collegamento e raccordo tra la Regione Piemonte, i Servizi territoriali e le Autorità Giudiziarie Minorili, nei settori delle adozioni e degli affidamenti, già intraprese e confermate con D.G.R. n. 35-1025 del 15/11/2010.

L'Amministrazione Regionale, per il conseguimento delle citate finalità, ha previsto il distacco di due operatori (a tempo pieno), individuati dai rispettivi Enti Gestori delle funzioni socioassistenziali, in possesso dei requisiti professionali previsti nell'allegato A alla D.G.R. n. 1-2797 del 7/11/2011.

Viene assegnata la somma complessiva di € 96.000,00 ai beneficiari e secondo le quote di seguito specificate:

- € 48.000,00 a favore del Consorzio Intercomunale per la gestione dei servizi socio-assistenziali dell'Ovest Ticino, di cui € 40.000,00 quale quota a parziale copertura delle spese per l'anno 2014 ed € 8.000,00 quale quota integrativa ed *una tantum*, a parziale copertura delle spese sostenute nel periodo intercorrente tra il 27/04/2013 e il 08/07/2013, non coperto dalla vigenza di un rapporto convenzionale, per il distacco, presso la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, del funzionario in premessa individuato;

- € 48.000,00 a favore del Consorzio Intercomunale per la gestione dei servizi socio-assistenziali di Pinerolo, di cui € 40.000,00 quale quota a parziale copertura delle spese per l'anno 2014 ed € 8.000,00 quale quota integrativa ed *una tantum*, a parziale copertura delle spese sostenute nel periodo intercorrente tra il 27/04/2013 e il 08/07/2013, non coperto dalla vigenza di un rapporto convenzionale per il distacco, presso il Tribunale per i Minorenni, dell'assistente sociale

NON AUTOSUFFICIENTI

ABRUZZO

DGR 7.10.14, n. 635 - Approvazione atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti – Piano locale per la non autosufficienza – PLNA 2014. Approvazione atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti – Piano locale per la non autosufficienza – PLNA 2014.

Note**PREMESSA**

Con DCR n. 75/1 del 25.03.2011 è stato approvato il Piano Sociale Regionale 2011-2013, pubblicato sul BURA n. 20 Speciale del 30 marzo 2011, e vi sono individuate le Azioni di Piano tra le quali è ricompresa, nell'area dell'Integrazione sociosanitaria, quella relativa allo Sviluppo dei Piani Locali per la non-autosufficienza.

Il Piano Locale per la non autosufficienza (PLNA) deve essere predisposto mediante il raccordo istituzionale, gestionale e professionale tra Ambito Territoriale Sociale (ATS) e Distretto Sanitario di Base (DSB).

Con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 07 maggio 2014, registrato alla Corte dei Conti in data 07 agosto 2014, sono state ripartite le somme del "Fondo per le non autosufficienze" per l'anno 2014, assegnando, in favore della Regione Abruzzo, risorse pari ad € 8.296.000,00.

I VINCOLI SPECIFICI

L'art. 2 comma 1 del suddetto Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 07.05.2014, vincola la destinazione della sopracitata somma di € 8.296.000,00 alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, individuando, tenuto conto dell'art. 22, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328, le aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, nelle more della determinazione del costo e del fabbisogno standard ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera f, della legge 5 maggio 2009, n. 42.

LE AREE DI INTERVENTO INDIVIDUATE

Tra le aree di intervento definite dal Ministero, la Regione Abruzzo ha individuato prioritariamente le seguenti:

- a) l'attivazione o il rafforzamento di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizione di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- b) l'attivazione e il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare;
- c) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, e in tal senso monitorati.

I CRITERI DI UTILIZZAZIONE

L'art. 3, del menzionato Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 07.05.2014, impegna le regioni a utilizzare le risorse ripartite e assegnate, prioritariamente e comunque in maniera esclusiva, per una quota non inferiore al 30%, per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica;

Inoltre, la quota del 30% definita dal sopra citato art. 3 del Decreto 07.05.2014, è modificata dall'art. 2 dell'Accordo sancito nella Conferenza Unificata del 05.08.2014, il quale impegna le Regioni ad utilizzare una quota non inferiore al 40% delle risorse economiche complessivamente determinate dall'articolo 1, commi 199 e 200, della Legge n. 147/2013, esclusivamente per gli interventi di assistenza domiciliare diretta e indiretta, in favore delle disabilità gravissime, come definite dall'art. 1 del suddetto Accordo, ivi inclusa la sclerosi laterale amiotrofica, con divieto ad utilizzi diversi.

In applicazione della disposizione dell'art. 2, comma 2, del citato Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 07.05.2014, la menzionata somma di € 8.296.000,00 è finalizzata alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti, e che le prestazioni e servizi di cui al comma 1 dell'art. 2, nonché dell'art. 3, del medesimo Decreto non sono sostitutivi ma aggiuntivi e complementari a quelli sanitari.

L'art. 5, del suddetto Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 07.05.2014, dispone che le Regioni comunicano le modalità di attuazione degli interventi di cui al comma 1 dell'art. 2 del Decreto stesso e che il Ministero procede alla erogazione della somma assegnata successivamente alla valutazione del programma attuativo trasmesso, in coerenza con le finalità di cui agli artt. 2 e 3 del medesimo Decreto 2014.

L'AZIONE DELLA REGIONE

Il competente Ufficio, sentiti gli Ambiti Territoriali Sociali ed in conformità con quanto disposto dal Decreto 07.05.2014, ha trasmesso le modalità di attuazione degli interventi previsti nel territorio regionale al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in data 04/08/2014.

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con nota prot. n. 5058 del 30/09/2014 ha comunicato:

- la idoneità relativa alla documentazione inviata dalla Regione Abruzzo il 04/08/2014;
- l'avvio delle procedure relative alla liquidazione della somma assegnata pari ad € 8.296.000,00.

In applicazione della presente deliberazione di Giunta Regionale gli Ambiti Territoriali Sociali -A.T.S.- dovranno predisporre ed approvare i rispettivi Piani Locali per la Non Autosufficienza relativi all'anno 2014, i quali saranno successivamente validati dal competente Servizio Regionale.

L'ATTO DI INDIRIZZO

Viene approvato l' "Atto di Indirizzo Applicativo per lo Sviluppo Locale per gli Interventi rivolti alla Non Autosufficienza – Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze annualità 2014 – Piano Locale per la Non Autosufficienza anno 2014" che, allegato al presente atto, ne forma parte integrante e sostanziale.

LA RIPARTIZIONE DELLA SOMMA

La somma di € 8.296.000,00, agli Ambiti Territoriali Sociali viene ripartita con le seguenti modalità:

- € 4.977.600,00, quale quota pari al 60% dell'importo complessivo di € 8.296.000,00, agli Ambiti Territoriali Sociali, per la realizzazione degli interventi rivolti esclusivamente alle persone non autosufficienti, conformi alle finalità di cui all'art.2 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 07.05.2014, come specificati dal punto 2.1 al punto 2.7 del citato "Atto di indirizzo applicativo";
- € 3.318.400,00, quale quota pari al 40% dell'importo complessivo di € 8.296.000,00, agli Ambiti Territoriali Sociali, per la realizzazione degli interventi di cui all'art.2 del Decreto 07.05.2014, rivolti alle persone in condizione di disabilità gravissima, come definite dall'art.3 del Decreto 07.05.2014, e ulteriormente precisate dall'art. 1 dell'Accordo sancito nella Conferenza Unificata del 05.08.2014, come specificati dal punto 2.8 al punto 2.10 del menzionato "Atto di indirizzo applicativo".

MARCHE

DGR 29.9.14, n. 1106 - Modifica alla DGR n. 1396/2013 – Approvazione Programma attuativo di allocazione delle risorse per aree di intervento del Fondo nazionale per le non autosufficienze annualità 2013 (D.M. 20 Marzo 2013).

Note

Viene modificato l'allegato B) della DGR n. 1396 del 07/10/2013 come di seguito indicato:

sostituzione del quarto capoverso riportante "L'intervento è rivolto unicamente alle persone con disabilità già riconosciute in situazione di gravità dalla Commissione sanitaria di cui all'articolo 4 della legge 104/1992 che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente a quello dell'assegnazione del contributo regionale, abbiano compiuto 3 anni e non abbiano compiuto 65 anni" con il seguente periodo:
"L'intervento è rivolto alle persone con disabilità grave di cui all'articolo 4 della Legge 104/1992 in possesso del riconoscimento della "particolare gravità" ottenuto dalle Commissioni sanitarie provinciali sulla base delle disposizioni di cui alla DGR n. 285/2014 relativa all'Assistenza Domiciliare Indiretta.

Tale intervento è rivolto anche ai soggetti che attualmente non usufruiscono più del contributo previsto per l'Assistenza Domiciliare Indiretta a seguito del compimento dei 65 anni. Nel caso di soggetti con età superiore ai 65 anni l'intervento in questione è alternativo all'Assegno di cura per anziani non autosufficienti".

Ai sensi della DGR n. 1396/2013, la quota del Fondo Nazionale non Autosufficienza 2013 per interventi a favore di persone con disabilità gravissime (art. 3 co.1 D.M. 20 marzo 2013) pari ad Euro 2.384.250,00 viene utilizzato per integrare il finanziamento per l'Assistenza Domiciliare Indiretta disposto con DGR n. 285/2014, applicando i medesimi criteri e modalità di riparto.

Con successivo decreto del Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport si provvederà a dettagliare le modalità per la presentazione delle domande da parte dei soggetti di età superiore ai 65 anni fuoriusciti dal percorso di Assistenza Domiciliare Indiretta di cui alla DGR n. 285/2014.

PARI OPPORTUNITA'

VENETO

DGR 29.9.14, n. 1769 - Approvazione e attuazione del Programma di attività per la promozione delle pari opportunità tra donna e uomo per l'anno 2014. Deliberazione n. 93/CR del 1 luglio 2014. Articolo 8 L.R. n. 3/2003 e articolo 62 L.R. n. 1/2004. (BUR n. 97 del 10.10.14)

Note

PREMESSA

L'articolo 8, comma 1, della L.R. n. 3 del 14.01.2003 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2003" prevede che la Giunta Regionale, sentite la Commissione per la realizzazione delle pari opportunità tra uomo e donna e la competente Commissione consiliare, in coerenza con le iniziative previste dall'articolo 2 della L.R. 30.12.1987, n. 62 "Istituzione della Commissione regionale per la realizzazione delle pari opportunità tra uomo e donna", realizzi proprie iniziative e promuova e sostenga interventi proposti da Enti locali, associazioni femminili e terzo settore, volte a garantire la piena realizzazione delle pari opportunità tra uomo e donna.

L'articolo 62 della L.R. n. 1 del 30.01.2004 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2004" prevede che "La Giunta regionale nell'ambito delle politiche a sostegno delle pari opportunità è autorizzata ad erogare agli Enti locali contributi per sostenere servizi permanenti a sostegno delle pari opportunità, come gli sportelli-donna e i centri risorse".

Con provvedimento della Giunta Regionale n. 93/CR in data 1 luglio 2014 è stato approvato il "Programma di attività per la promozione delle pari opportunità tra donna e uomo per l'anno 2014", in seguito trasmesso alle competenti Commissioni regionali per il rilascio del previsto parere. La VI Commissione del Consiglio regionale e la Commissione regionale per la realizzazione delle pari opportunità tra uomo e donna, rispettivamente nelle sedute del 24 luglio e del 30 luglio 2014, hanno espresso parere favorevole sul predetto Programma.

Per l'attivazione degli interventi regionali previsti nel Programma 2014 lo stanziamento complessivo disponibile sul Bilancio regionale per l'esercizio corrente ammonta a € 400.000,00.

Il Programma, in sintesi, prevede quanto segue:

1. Iniziative a bando per il sostegno alle iniziative proposte nel territorio veneto da:
 - a) Enti locali del Veneto (con esclusione delle Province), in forma singola o associata, per l'attivazione e rafforzamento della rete degli Organismi di Parità;
 - b) Enti locali del Veneto (con esclusione delle Province), in forma singola o associata, per consolidare la presenza di QUI Donna, quali servizi permanenti a sostegno delle pari opportunità;
2. Iniziative dirette regionali in collaborazione con Enti pubblici per interventi di sostegno e coordinamento degli Organismi di Parità veneti con interventi mirati di approfondimento, formazione/informazione e scambio di buone prassi per valorizzare la rete che attua le politiche regionali per le pari opportunità.

LE INIZIATIVE A BANDO

Si procede alla definizione delle modalità di attuazione del sopra citato "Programma di attività per la promozione delle pari opportunità tra donna e uomo per l'anno 2014".

INIZIATIVE A BANDO (per complessivi € 370.000,00).

Per consentire la presentazione delle richieste di contributo si procedere all'approvazione degli schemi di bando, che individuano i requisiti dei soggetti richiedenti, le condizioni di ammissibilità delle richieste, le modalità e i termini per la presentazione delle stesse, i criteri di valutazione dei progetti ammessi e le conseguenti modalità di erogazione dei finanziamenti nonché della relativa modulistica per la presentazione delle domande. Si propone, quindi, l'approvazione degli allegati, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento, di seguito elencati:

- a) **Allegati A e A1:** bando e modulo di domanda per finanziamento "Progetti presentati dagli Enti locali del Veneto, in forma singola o associata, per favorire la nascita e l'attività di Organismi di Parità - anno 2014", per complessivi € 140.000,00;

b) **Allegati B e B1:** bando e modulo di domanda per finanziamento "Progetti presentati dagli Enti locali del Veneto, in forma singola o associata, per avviare e consolidare la presenza di servizi QUI Donna a sostegno delle Pari Opportunità - anno 2014", per complessivi € 230.000,00.

NB

Si rinvia alla lettura integrale degli allegati.

Il Direttore della Sezione Relazioni Internazionali provvederà, con successivi provvedimenti, all'approvazione delle risultanze dei bandi sopra elencati e all'impegno dei fondi disponibili-

LE INIZIATIVE DIRETTE REGIONALI

Per quanto riguarda le iniziative dirette regionali il Direttore della Sezione Relazioni Internazionali è autorizzato a procedere con propri decreti alla attivazione delle iniziative di seguito dettagliate, approvando le modalità attuative sulla base di un piano esecutivo di progetto condiviso tra le parti e assumendo i relativi impegni di spesa rispettivamente per € 20.000,00 ed € 10.000,00:

	<i>Titolo</i>	<i>Partner</i>	<i>descrizione</i>	<i>Importo Finanziamento</i>
a)	Progetto di coordinamento e sostegno tecnico agli Organismi di Parità veneti (2 ^a annualità)	Camera di Commercio Industria, Agricoltura, Artigianato di Vicenza (CCIAA di Vicenza)	Prosecuzione dell'intervento di coordinamento e sostegno tecnico agli Organismi di Parità veneti con attività di approfondimento, formazione/informazione e scambio di buone prassi per valorizzare la rete che attua le politiche regionali per le pari opportunità.	€ 20.000,00
b)	Progetto di sostegno alle attività della Consiglieria di parità del Veneto	Consiglieria di parità regionale	Finanziamento alla Consiglieria regionale di Parità del Veneto a sostegno delle attività in rete con le Consigliere provinciali di parità	€ 10.000,00

PERSONE CON DISABILITÀ

BASILICATA

DGR 1.10.14, n. 1187 -L.R. 20/2007 articolo 4 - "Interventi a favore di soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento". Criteri e modalità di erogazione del contributo. (BUR n. 40 del 16.10.14)

Con la Legge regionale 12 novembre 2007, n. 20 "Interventi a favore di soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento" e in particolare con l'articolo 4, al fine di assicurare il processo d'integrazione scolastica e rendere effettivo il diritto allo studio, sono previsti contributi per l'acquisto nelle scuole e nelle famiglie di strumenti informatici per facilitare i percorsi didattici degli alunni con difficoltà specifiche di apprendimento.

Si procedere all'individuazione dei criteri e delle modalità per l'assegnazione dei contributi a favore dei soggetti con dislessia.

Viene assicurato il sostegno alle famiglie la cui situazione economica equivalente (ISEE) non sia superiore ad € 11.305,72, in analogia con l'ISEE stabilito per tutti gli altri interventi relativi al diritto allo studio attivati dalla Regione Basilicata.

Le risorse disponibili per l'anno scolastico 2014/2015 ammontano a € 100.000,00.

MARCHE

L.R. 9.10.14, n. 25 - Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico. (BUR n. 95 del 9.10.14)

Art. 1

(Finalità)

1. La Regione, in attuazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione e dell'articolo 5 dello Statuto regionale, nel rispetto della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e della Carta dei diritti delle persone con autismo, delle leggi comunitarie, nazionali e regionali che garantiscono la tutela della salute dei cittadini, riconoscendo i disturbi dello spettro autistico quale patologia altamente invalidante che determina un'alterazione precoce e globale di tutte le funzioni essenziali del processo evolutivo, promuove la piena integrazione sociale, scolastica e lavorativa delle persone con disturbi dello spettro autistico, nel rispetto della normativa statale vigente in materia.

2. Per le finalità indicate al comma 1, in particolare, la Regione:

- a) promuove programmi di screening, con campagne di sensibilizzazione a livello regionale;
- b) adotta i metodi e gli interventi diagnostici, terapeutici, educativi, abilitativi e riabilitativi validati dall'Istituto superiore della sanità;
- c) accoglie le evidenze scientifiche validate a livello nazionale ed internazionale comunque ricollegabili ai disturbi dello spettro autistico;
- d) riconosce il ruolo determinante della famiglia quale parte attiva nella elaborazione ed attuazione del progetto di vita della persona con disturbi dello spettro autistico;
- e) promuove iniziative di sostegno e di consulenza alla famiglia durante il complesso percorso diagnostico, terapeutico-riabilitativo e abilitativo delle persone con disturbi dello spettro autistico;
- f) promuove iniziative volte alla comunicazione e alla collaborazione tra scuola, servizi sanitari, servizi sociali e famiglia;
- g) promuove intese con le Università marchigiane e, in particolare, con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, per la formazione specifica degli operatori sanitari e sociali indicati alle lettere a) e b) del comma 1 dell'articolo 9.

Art. 2

(Coordinamento regionale per i disturbi dello spettro autistico)

1. E' istituito il coordinamento regionale per i disturbi dello spettro autistico.

2. Il coordinamento è composto da:

- a) il dirigente, o suo delegato, della struttura regionale competente in materia di sanità;
- b) il dirigente, o suo delegato, della struttura regionale competente in materia di politiche sociali;
- c) il dirigente, o suo delegato, della struttura regionale competente in materia di istruzione;
- d) il dirigente, o suo delegato, della struttura regionale competente in materia di formazione professionale e lavoro;
- e) il direttore dell'Ufficio scolastico regionale per le Marche, o suo delegato, indicato dall'ufficio medesimo;
- f) tre coordinatori degli Ambiti territoriali sociali indicati dal coordinamento dei coordinatori di ambito;
- g) un rappresentante del Forum del terzo settore dallo stesso indicato;
- h) un rappresentante indicato da ciascun soggetto legalmente costituito tra i familiari di persone con disturbi dello spettro autistico, operante sul territorio regionale;
- i) il responsabile del Centro regionale autismo per l'età evolutiva o suo delegato;
- j) il responsabile del Centro regionale autismo per l'età adulta o suo delegato;
- k) un neuropsichiatra infantile dell'Unità multidisciplinare dell'età evolutiva – UMEE, indicato dall'ASUR;
- l) uno psicologo dell'Unità multidisciplinare dell'età evolutiva – UMEE, indicato dall'ASUR;
- m) un assistente sociale dell'Unità multidisciplinare dell'età evolutiva – UMEE, indicato dall'ASUR;
- n) un pediatra di libera scelta indicato d'intesa dagli ordini professionali;
- o) un neurologo dell'Unità multidisciplinare dell'età adulta – UMEA, indicato dall'ASUR;
- p) uno psicologo dell'Unità multidisciplinare dell'età adulta – UMEA, indicato dall'ASUR;
- q) un assistente sociale dell'Unità multidisciplinare dell'età adulta – UMEA, indicato dall'ASUR;

- r) il coordinatore dei direttori dei Dipartimenti di salute mentale dell'ASUR;
- s) un medico di medicina generale indicato d'intesa dagli ordini professionali;
- t) un gastroenterologo indicato d'intesa dagli ordini professionali;
- u) un immunologo indicato d'intesa dagli ordini professionali.

3. Il coordinamento regionale è costituito secondo criteri e modalità determinati dalla Giunta regionale.

4. Il coordinamento regionale, quale organo propositivo e consultivo della Regione in materia di disturbi dello spettro autistico, esprime parere sugli atti previsti agli articoli 5 e 12 e sulle attività del comitato tecnico-scientifico. Il coordinamento svolge, inoltre, attività di monitoraggio e valutazione delle azioni previste da questa legge.

5. I pareri previsti al comma 4 sono espressi entro trenta giorni dalla richiesta; decorso inutilmente tale termine il parere si intende favorevole.

6. Il coordinamento dura in carica tre anni; i componenti possono essere confermati.

7. La partecipazione al coordinamento regionale è gratuita.

Art. 3

(Comitato tecnico-scientifico regionale)

1. E' istituito un comitato tecnico-scientifico regionale.

2. Il comitato è costituito da:

- a) il responsabile del Centro regionale autismo per l'età evolutiva o suo delegato;
- b) i direttori delle strutture di neuropsichiatria infantile delle aziende sanitarie o loro delegati;
- c) i responsabili delle Unità multidisciplinari dell'età evolutiva – UMEE operanti in ciascuna Area vasta o loro delegati;
- d) il responsabile del Centro regionale autismo per l'età adulta o suo delegato;
- e) i direttori dei Dipartimenti di salute mentale dell'ASUR o loro delegati;
- f) i responsabili delle Unità multidisciplinari dell'età adulta - UMEA operanti in ciascuna Area vasta o loro delegati;
- g) un rappresentante dei Centri ambulatoriali di riabilitazione privati accreditati operanti nel trattamento dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva e uno operante nel trattamento dei disturbi dello spettro autistico in età adulta;
- h) un gastroenterologo individuato d'intesa dagli ordini professionali;
- i) un immunologo individuato d'intesa dagli ordini professionali;
- j) un medico di medicina generale indicato d'intesa dagli ordini professionali;
- k) un pediatra di libera scelta indicato d'intesa dagli ordini professionali;
- l) un medico genetista indicato d'intesa dagli ordini professionali esperto in materia di disturbi dello spettro autistico;
- m) un rappresentante dell'Università Politecnica delle Marche esperto in materia di disturbi dello spettro autistico.

3. Il comitato tecnico-scientifico regionale è costituito secondo criteri e modalità determinati dalla Giunta regionale.

4. Il comitato tecnico-scientifico predispone linee di indirizzo per la diagnosi, il trattamento e la presa in carico delle persone con disturbi dello spettro autistico, al fine di rendere omogenei ed operativi sul territorio regionale gli interventi sociosanitari, nel rispetto dei suggerimenti delle Linee guida nazionali per l'autismo.

5. Il comitato tecnico-scientifico regionale dura in carica tre anni; i componenti possono essere confermati.

6. La partecipazione al comitato tecnico-scientifico regionale è gratuita.

Art. 4

(Centri regionali di riferimento per l'autismo)

1. E' istituito, per le funzioni previste all'articolo 6, il Centro regionale autismo per l'età evolutiva presso l'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord".

2. E' istituito, per le funzioni previste all'articolo 6, il Centro regionale autismo per l'età adulta presso l'ASUR.

3. La Giunta regionale definisce, previo parere della competente Commissione assembleare, i criteri, le modalità e i termini per la costituzione dei Centri indicati ai commi 1 e 2.

Art. 5

(Rete regionale dei servizi per i disturbi dello spettro autistico)

1. La Giunta regionale, attraverso una rete integrata, organizza i servizi diretti alla diagnosi precoce, alla cura e alla abilitazione e riabilitazione dei disturbi dello spettro autistico nell'età evolutiva e nell'età adulta, sentito il coordinamento regionale previsto all'articolo 2.

2. La rete integrata di servizi prevista al comma 1 garantisce un'adeguata ed omogenea copertura di tutti i territori della regione in modo da assicurare un intervento funzionale, unitario e coordinato.

3. La rete integrata di servizi di cui al comma 1 garantisce, inoltre, la continuità assistenziale nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta al fine di favorire l'integrazione degli interventi e le prestazioni sociali e sanitarie necessarie per assicurare la presa in carico globale del soggetto e della sua famiglia.

4. La rete integrata di servizi per l'età evolutiva indicata al comma 1 include:

a) pediatri di libera scelta;

b) Unità multidisciplinari dell'età evolutiva - UMEE operanti in ciascuna Area vasta e centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati facenti funzioni UMEE;

c) centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati accreditati ai sensi della legge regionale 16 marzo 2000, n. 20 (Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private);

d) strutture di neuropsichiatria infantile delle aziende sanitarie;

e) Centro regionale autismo per l'età evolutiva;

f) servizi sociali dei Comuni e Ambiti territoriali sociali.

5. La rete integrata di servizi per l'età adulta indicata al comma 1 include:

a) medici di medicina generale;

b) Unità multidisciplinari dell'età adulta -UMEA operanti in ciascuna Area vasta e centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati facenti funzioni UMEA;

c) centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati accreditati ai sensi della l.r. 20/2000;

d) dipartimenti di salute mentale dell'ASUR;

e) Centro regionale autismo per l'età adulta;

f) centri residenziali e semi-residenziali;

g) servizi sociali dei Comuni e Ambiti territoriali sociali.

Art. 6

(Compiti dei soggetti della rete regionale dei servizi per i disturbi dello spettro autistico)

1. La Regione, nel rispetto delle norme nazionali, attribuisce ai soggetti della rete regionale dei servizi per l'età evolutiva di cui all'articolo 5, comma 4, in particolare, i seguenti compiti:

a) ai pediatri di libera scelta l'intercettazione precoce del disturbo dello spettro autistico sulla base di indicatori di rischio e in applicazione dei percorsi suggeriti dal comitato tecnoscienifico indicato all'articolo 3;

b) alle strutture di neuropsichiatria infantile delle aziende sanitarie, alle Unità multidisciplinari dell'età evolutiva - UMEE di ciascuna Area vasta e ai centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati con funzioni UMEE, la diagnosi clinica e funzionale;

c) alle Unità multidisciplinari dell'età evolutiva -UMEE operanti in ciascuna Area vasta e ai centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati con funzioni UMEE, la presa in carico dei soggetti in età evolutiva e la redazione, il coordinamento e la realizzazione del progetto globale d'intervento in collaborazione con il Centro regionale autismo per l'età evolutiva;

d) ai centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati accreditati, l'abilitazione e la riabilitazione di funzioni specifiche in collaborazione con le UMEE e con il Centro regionale autismo per l'età evolutiva, raccordando la specificità del loro progetto riabilitativo al progetto globale d'intervento;

e) al Centro regionale autismo per l'età evolutiva funzioni di alta specializzazione per la diagnosi precoce e la cura dei disturbi dello spettro autistico. In costante rapporto di collaborazione con le UMEE partecipa alla redazione e alla supervisione del progetto globale d'intervento oltre ad offrire consulenza e supporto a tutti gli altri soggetti della rete e alle famiglie. In collaborazione con il Centro regionale autismo per l'età adulta e le università marchigiane svolge funzioni di ricerca e aggiornamento oltre ad essere centro regionale di riferimento;

f) ai servizi sociali dei Comuni e agli Ambiti territoriali sociali, l'individuazione e l'attivazione dei servizi socio-educativi territoriali previsti dalla normativa regionale vigente.

2. La Regione, nel rispetto delle norme nazionali, attribuisce ai soggetti della rete regionale dei servizi per l'età adulta di cui all'articolo 5, comma 5, i seguenti compiti:

a) ai medici di medicina generale, la collaborazione nella scelta del miglior percorso finalizzato a garantire un approccio funzionale integrato negli interventi di cura e di riabilitazione del loro assistito con disturbi dello spettro autistico;

b) alle Unità multidisciplinari dell'età adulta - UMEA di ciascuna Area vasta e ai centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati con funzioni UMEA, la rivalutazione clinico-diagnostica e la presa in carico dei soggetti in età adulta oltre alla redazione, al coordinamento e alla realizzazione del progetto globale d'intervento in continuità assistenziale con le UMEE;

c) ai centri ambulatoriali di riabilitazione pubblici e privati accreditati, l'abilitazione e la riabilitazione di funzioni specifiche in collaborazione con le UMEA e con il Centro regionale autismo per l'età adulta, raccordando la specificità del loro progetto riabilitativo al progetto globale d'intervento;

d) ai dipartimenti di salute mentale dell'ASUR compiti di collaborazione e consulenza con le UMEA e il Centro regionale autismo per l'età adulta;

e) al Centro regionale autismo per l'età adulta funzioni di alta specializzazione per il trattamento e la cura dei disturbi dello spettro autistico.

In costante rapporto di collaborazione con le UMEA partecipa alla redazione e alla supervisione del progetto globale d'intervento oltre ad offrire consulenza a tutti gli altri soggetti della rete e alle famiglie. In particolar modo collabora alla progettazione e alla supervisione dell'attività dei centri residenziali e semiresidenziali che ospitano soggetti autistici già attivati e di futura realizzazione.

In collaborazione con il Centro regionale autismo per l'età evolutiva e le università marchigiane svolge funzioni di ricerca e aggiornamento oltre ad essere centro regionale di riferimento;

f) ai servizi sociali dei Comuni e agli Ambiti territoriali sociali, l'individuazione e l'attivazione dei servizi socio-educativi territoriali.

Art. 7

(Strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale)

1. La Regione promuove e sostiene sul territorio regionale, oltre alle strutture già esistenti, la realizzazione di centri dedicati a persone con disturbi dello spettro autistico che fungano da centro diurno, centro residenziale e di sollievo, secondo i bisogni espressi dai territori e tenendo conto dei livelli di intensità ed alta complessità di assistenza che questi bisogni comportano. I centri sono ubicati in modo da assicurare un servizio omogeneo su tutto il territorio regionale.

2. La Giunta regionale stabilisce i criteri e le modalità per la realizzazione dei centri indicati al comma 1, autorizzati ai sensi della legge regionale 6 novembre 2002, n. 20 (Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale), i quali, in particolare, devono:

a) garantire sostegno alle famiglie attraverso lo svolgimento di attività psico-educative, di socializzazione ed integrazione con il territorio, oltre che attività ricreative e sportive;

b) prevedere una dotazione organica, idonea a garantire i livelli di assistenza, composta da figure professionali qualificate e con comprovata formazione nell'ambito dei disturbi dello spettro autistico;

c) avvalersi della collaborazione con le UMEE e UMEA per la definizione e monitoraggio dei bisogni di assistenza;

d) avvalersi della consulenza e supervisione del Centro regionale autismo per l'età evolutiva e del Centro regionale autismo per l'età adulta, in rapporto all'età della persona ospite dei centri medesimi.

3. L'atto indicato al comma 2 determina, inoltre, i criteri e le modalità per l'esercizio dell'attività di controllo sui centri indicati al comma 1.

Art. 8

(Integrazione sociale, scolastica e lavorativa)

1. La Regione favorisce percorsi di inclusione sociale volti allo sviluppo delle competenze, al potenziamento delle autonomie e al miglioramento della qualità della vita delle persone con disturbi dello spettro autistico. A tal fine sostiene le attività finalizzate all'integrazione sociale quali le attività educative, ricreative, sportive e ludiche anche con il sostegno di operatori esperti in autismo.

2. La Regione sostiene il diritto allo studio delle persone con disturbi dello spettro autistico promuovendo protocolli di intesa con l'Ufficio scolastico regionale; incentiva, inoltre, la collaborazione tra l'istituzione scolastica e il Centro regionale di riferimento per l'età evolutiva e le UMEE, e il Centro regionale di riferimento per l'età adulta e le UMEA all'interno degli istituti scolastici di ogni ordine e grado prevedendo a tal fine apposite intese.

3. La Regione incentiva lo sviluppo e l'utilizzo di appositi strumenti informatici riferiti ai bisogni educativi e di comunicazione delle persone con disturbi dello spettro autistico, mettendo a disposizione del personale docente e degli educatori anche il Centro regionale di ricerca e documentazione sulle disabilità di cui alla legge regionale 4 giugno 1996, n. 18 (Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone in condizione di disabilità).

4. La Regione garantisce il diritto per le persone con disturbi dello spettro autistico a una formazione corrispondente alle proprie aspirazioni al fine di un possibile inserimento lavorativo senza discriminazione o pregiudizi. A tal fine sostiene l'avvio di percorsi formativi propedeutici all'inserimento lavorativo nel rispetto della normativa regionale e nazionale di riferimento, nonché favorisce l'avvio di sperimentazioni di attività lavorative in ambienti predisposti ove poter gestire le difficoltà proprie delle persone affette da disturbi dello spettro autistico.

Art. 9

(Formazione e aggiornamento)

1. La Regione promuove la formazione continua dei seguenti soggetti:

- a) operatori del settore sanitario sugli strumenti di valutazione e le metodologie di intervento basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili;
- b) operatori del settore sociale sulle metodologie educative basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili;
- c) genitori e familiari delle persone con disturbi dello spettro autistico da realizzarsi anche attraverso il parent training.

2. La Regione istituisce il registro regionale dei soggetti indicati alla lettera b) del comma 1; con deliberazione della Giunta regionale sono definiti i criteri e le modalità per la costituzione del registro, il quale ha esclusivamente finalità informativa.

3. La Regione, unitamente alle scuole autonome e ai centri territoriali per l'inclusione scolastica, promuove interventi di formazione sulle metodologie educative per gli insegnanti prevedendo a tal fine apposite intese.

Art. 10

(Banca dati e flussi informativi)

1. La Regione provvede all'istituzione di una banca dati volta a rilevare i parametri di incidenza epidemiologica dei disturbi dello spettro autistico e valutazione del loro andamento nel tempo.

2. I dati e le elaborazioni di cui al comma 1 vengono messi a disposizione del coordinamento regionale per i disturbi dello spettro autistico, del comitato tecnico-scientifico regionale e di tutti i soggetti della rete regionale dei servizi.

Art. 11

(Contributi regionali alle famiglie)

1. La Regione provvede alla concessione di contributi alle famiglie che si avvalgono dei metodi riabilitativi riconosciuti dall'Istituto superiore della sanità.

Art. 12

(Criteri di erogazione dei finanziamenti)

1. La Giunta regionale definisce, annualmente, previo parere della competente Commissione assembleare, i criteri, le modalità e le priorità di finanziamento degli interventi previsti agli articoli 7, comma 1, 8, 9 e 11.

Art. 13

(Disposizioni finanziarie)

1. All'attuazione di questa legge concorrono risorse del Fondo sanitario e ulteriori risorse regionali proprie.

2. Per gli interventi indicati agli articoli 4 e 7 si provvede a decorrere dall'anno 2015 mediante impiego

di quota parte del fondo per l'integrazione socio sanitaria individuato nell'ambito delle risorse assegnate annualmente alla Regione a titolo di ripartizione del Fondo sanitario iscritte nelle UPB 52822 e 52823 del bilancio pluriennale 2014/2016 per l'anno 2015; per gli anni successivi nelle UPB corrispondenti.

3. Per gli altri interventi previsti da questa legge è autorizzata per l'anno 2015 la spesa complessiva di euro 1.200.000,00 di cui euro 500.000,00 per le spese di parte corrente ed euro 700.000,00 per le spese di investimento, indicate all'articolo 7, comma 1; per gli anni successivi l'entità della spesa finanziata con la quota di risorse regionali proprie è autorizzata con le rispettive leggi finanziarie nel rispetto degli equilibri di bilancio.

4. Alla copertura delle spese autorizzate al comma 3, si provvede l'anno 2015 mediante impiego di quota parte delle somme iscritte nella proiezione per il detto anno dell'UPB 53007 del bilancio pluriennale 2014/2016; per gli anni successivi mediante impiego di quota parte delle risorse proprie della Regione.

5. La somme occorrenti al pagamento delle spese autorizzate al comma 3 sono iscritte a decorrere dall'anno 2015 in appositi capitoli che la Giunta regionale istituisce ai fini della gestione nel Programma operativo annuale (POA) a carico delle UPB 53007 e 53008.

Art. 14

(Disposizioni transitorie)

1. Gli atti indicati al comma 3 dell'articolo 2 e al comma 3 dell'articolo 3 sono adottati dalla Giunta regionale entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore di questa legge.

2. Gli atti indicati agli articoli 4, 5, 7, comma 2, e 10 sono adottati dalla Giunta regionale entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore di questa legge.

3. Il registro regionale previsto al comma 2 dell'articolo 9 è costituito entro centoventi giorno dalla data di entrata in vigore di questa legge.

Art. 15

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale trasmette all'Assemblea legislativa regionale, con cadenza biennale, una relazione sullo stato di attuazione e sugli effetti di questa legge contenente, in forma sintetica, almeno le seguenti informazioni:

- a) le specifiche azioni condotte in attuazione di quanto disposto da questa legge;
- b) le risorse finanziarie a tal fine utilizzate;
- c) la valutazione dei risultati e dell'efficacia delle azioni indicate alla lettera a);
- d) le criticità emerse nell'attuazione di questa legge dal punto di vista organizzativo e funzionale;
- e) le proposte dirette ad ottimizzare l'azione amministrativa nel perseguimento delle finalità di questa legge.

2. L'Assemblea legislativa, sentita la competente commissione assembleare, cura la divulgazione dei risultati della valutazione effettuata.

PIEMONTE

DD 2.7.14, n. 180 - Definizione indicatori per la valutazione della sperimentazione del nuovo modello organizzativo semiresidenziale per persone disabili.

Note

PREMESSA

Con la deliberazione n. 35-6552 del 22 ottobre 2013 la Giunta Regionale ha approvato un nuovo modello organizzativo da erogarsi nell'ambito del Centro Diurno socio terapeutico, definito "di tipo C", che prevede un livello di intensità di prestazioni inferiori rispetto ai Centri Diurni socio terapeutici riabilitativi di tipo A e di tipo B, previsti dalla D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997, riconducibili ad attività di laboratorio.

Tale modello è stato approvato in via sperimentale in attesa della revisione dell'attuale normativa riferita alle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili.

Per verificarne l'efficacia, la Giunta Regionale con la successiva deliberazione n. 40-6594 del 28 ottobre 2013 ha approvato la sperimentazione del nuovo servizio semiresidenziale da parte del Consorzio Intercomunale dei Servizi socio assistenziali C.I.S.A. 24 di Biandrate, che ha presentato un progetto denominato "Laboriamo", coerente con il nuovo modello organizzativo.

La sperimentazione viene effettuata presso il Centro Diurno socio terapeutico con sede in Recetto, realizzato dal Comune stesso mediante un finanziamento regionale, e successivamente autorizzato al funzionamento ed accreditato dall'ASL di Novara.

A sostegno di questa sperimentazione la Giunta regionale ha previsto un contributo, una tantum, a favore del Consorzio CISA 24 di Biandrate, pari a Euro 79.500,00, che con la determinazione dirigenziale n. 226/DB1902 del 6 novembre 2013 la Direzione Politiche sociali ha provveduto ad assegnare al Consorzio medesimo.

La D.G.R. n. 40-6594 del 28 ottobre 2013 prevedeva, tra l'altro, la definizione di specifici indicatori per la valutazione della sperimentazione, che con la determinazione dirigenziale n. 226 del 06.11.2013, è stata rinviata ad un successivo provvedimento.

In ottemperanza a quanto sopra esposto, si rende ora necessario individuare gli indicatori utili a consentire una valutazione del nuovo modello organizzativo e gestionale semiresidenziale in termini di verifica della domanda espressa, della risposta offerta e delle risorse utilizzate.

Tali indicatori sono così riassumibili:

- numero complessivo degli utenti fruitori del servizio
- indicazione delle tipologie di disabilità delle persone frequentanti il Centro diurno
- durata media di frequenza giornaliera dei singoli utenti
- provenienza territoriale dei singoli utenti
- figure professionali presenti oltre l'OSS e l'educatore professionale, con indicazione del relativo minutaggio giornaliero
- orario di apertura giornaliero del Centro diurno
- attività giornaliere svolte
- indicazione del soddisfacimento del fabbisogno (n. delle persone frequentanti la struttura e n. di persone in lista d'attesa)
- tariffa applicata

Il monitoraggio consentirà di considerare l'efficacia del servizio proposto dal nuovo modello organizzativo e gestionale semiresidenziale e la risposta ai bisogni delle persone disabili di cui si terrà conto nell'ambito della revisione del modello organizzativo-gestionale delle strutture per disabili, di cui alla D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997.

I suddetti dati dovranno pervenire alla Direzione Politiche Sociali e Politiche per la famiglia - Settore Programmazione socio-assistenziale, integrazione socio-sanitaria e rapporti con gli enti gestori istituzionali entro il 31 ottobre 2014.

TOSCANA

DECRETO 26 settembre 2014, n. 143 - Comitato regionale per il fondo per l'occupazione dei disabili. Sostituzione membro supplente. (BUR n. 42 del 22.10.14)

Note

E' nominata nel Comitato regionale per il fondo per l'occupazione dei disabili, la Sig.ra Patrizia Iacononi quale membro supplente in rappresentanza dell' ASSOCIAZIONE NAZIONALE LAVORATORI MUTILATI E INVALIDI DEL LAVORO (ANMIL) in sostituzione del Sig. Romano Montini.

DGR 13.10.14, n. 853 - Accordo di collaborazione tra Regione Toscana e Ente Nazionale Sordi (ENS) Consiglio regionale per la Toscana- Onlus, finalizzato allo sviluppo dei diritti di cittadinanza per le persone sorde. Approvazione schema. (BUR n. 42 del 22.10.14)

Note

Viene approvato l'Accordo di collaborazione, della durata di un anno, tra la Regione Toscana e l'Ente Nazionale Sordi (ENS)- Consiglio Regionale per la Toscana- Onlus, di cui all'allegato A facente parte integrante del presente atto, finalizzato allo sviluppo dei diritti di cittadinanza per le persone sorde. Viene destinata per l'anno 2014, a favore dell'Ente Nazionale Sordi (ENS)- Consiglio Regionale per la Toscana -Onlus, la somma complessiva di €150.000,00, ritenuta congrua al raggiungimento degli obiettivi previsti dall'Accordo,

Allegato A

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

tra

REGIONE TOSCANA

e

**ENTE NAZIONALE SORDI – CONSIGLIO REGIONALE PER LA TOSCANA – ONLUS
finalizzato allo sviluppo dei diritti di cittadinanza per le persone sorde**

La Regione Toscana, rappresentata da

e

l'Ente Nazionale Sordi - Consiglio Regionale per la Toscana- ONLUS, di seguito denominato "ENS",
rappresentato da**Premesso che**

la L. 5 febbraio 1992, n. 104 " Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate", all'art. 1, sancisce che la Repubblica garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società, predisponendo interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata;

la L.R. 9 dicembre 2002 n. 42 "Disciplina delle Associazioni di promozione sociale", all'art.12 comma 4, prevede la possibilità di attivare forme specifiche di collaborazione, per il perseguimento di finalità di valenza sociale, mediante protocolli di intesa con associazioni di rilevanza nazionale o loro federazioni nazionali, regionali e provinciali o comunque associazioni operanti in Toscana, iscritte nel registro regionale di cui all'art. 8 della L.R. 42/2002, rappresentative ovvero di riferimento dei soggetti svantaggiati per minorazione fisica, psichica o sensoriale;

la L.R. 24 febbraio 2005, n. 41 " Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" all'art. 55 definisce le "Politiche per le persone disabili";

il Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015 adottato dal Consiglio Regionale con risoluzione n. 49 del 29 giugno 2011, fra i principi ispiratori che hanno guidato la sua elaborazione, sottolinea quello di garantire un'adeguata protezione individuale e un'elevata coesione sociale anche attraverso la tutela e la presa in carico delle diverse forme di disabilità da parte del sistema socio-sanitario toscano;

il Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 (PISR), adottato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 113 del 31 ottobre 2007, al punto 7.9., sottolinea come l'eliminazione delle barriere architettoniche, di comunicazione e sensoriali favorisce la piena autonomia individuale;

il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (PSR), adottato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 53 del 16 luglio 2008, al punto 5.6.2.3 "Disabilità", tra le azioni da intraprendere finalizzate al raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nella vita sociale, prevede il sostegno alle iniziative per la piena accessibilità degli ambienti pubblici e privati, anche nello specifico della disabilità sensoriale;

la delibera della Giunta regionale n. 74 del 07/02/2014, che approva emendamenti al Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015, nell'allegato B, in particolare, al punto 3.6.5 "La disabilità", individua, tra le sfide, quella di superare le diseguità grazie ad un accesso universale ai servizi da parte delle persone con disabilità al fine di assicurare uguali opportunità alle molteplici disabilità;

Ricordato che

l'ENS - Ente Nazionale Sordi - è stato fondato nel 1932 ed è Ente Morale, riconosciuto con leggi n. 889 del 15.5.1942 e n. 698 del 21.8.1950, ha personalità giuridica di diritto privato ai sensi del D.P.R. n. 125 del 31.3.1979, è un'Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale (ONLUS), ai sensi del D.Lgs. 4.12.1997, n. 60 iscritta nel Registro Nazionale delle Associazioni di promozione sociale ai sensi della L. 7.12.2000 n. 383. L'ENS è membro della Federazione delle Associazioni Nazionali dei Disabili (FAND), membro fondatore del Consiglio Italiano Disabili dell'Unione Europea (CIDUE) e membro fondatore della Federazione Mondiale dei Sordi (WFD) e dell'Unione Europea dei Sordi (EUD);

l'ENS tutela la dignità e l'autonomia della persona sorda e i suoi diritti di cittadinanza in tutti i campi della vita, ne promuove l'autodeterminazione, l'accessibilità, l'informazione, l'educazione, la formazione e l'integrazione scolastica, post-scolastica, professionale, lavorativa e sociale, anche attraverso la collaborazione con le Istituzioni e gli organismi locali, regionali e statali, le Organizzazioni non governative e internazionali nell'ambito della prevenzione, della riabilitazione, dell'istruzione, dell'educazione scolastica;

la persona sorda, per stabilire comunicazioni e relazioni sociali con il mondo delle persone udenti necessita del supporto di una persona interprete della lingua dei segni;

le delibere della Giunta regionale n. 1349/2003, 253/2008, 486/2011 e 927/2012, hanno avviato una proficua collaborazione tra la Regione Toscana e l'Ente Nazionale Sordi (ENS)- Consiglio Regionale per la Toscana- Onlus, finalizzata allo sviluppo dei diritti di cittadinanza per le persone sorde;

Valutato opportuno

dare continuità alle azioni e ai progetti finalizzati a facilitare, sostenere e sviluppare la comunicazione delle persone sorde, già attivati con gli accordi di collaborazione che Regione Toscana ha sottoscritto negli scorsi anni con l'ENS Toscana, come sopra specificato, attraverso la definizione di un nuovo Accordo di collaborazione, della durata di un anno, tra la Regione Toscana e l'Ente Nazionale Sordi (ENS)- Consiglio Regionale per la Toscana – Onlus, finalizzato allo sviluppo dei diritti di cittadinanza per le persone sorde;

TUTTO CIO' PREMESSO E VALUTATO CONVENGONO QUANTO SEGUE

Articolo 1

Premessa

La premessa costituisce parte integrante del presente Accordo di collaborazione.

Articolo 2

Finalità

Il presente Accordo di collaborazione prevede la realizzazione e lo sviluppo di azioni già avviate attraverso i protocolli e gli accordi citati in premessa, finalizzate alla facilitazione della comunicazione fra le persone sorde e gli Enti, le Istituzioni, gli uffici pubblici e privati e la comunità locale.

La realizzazione di tali azioni, oltre all'impatto immediatamente utile e pratico per le persone sorde, riveste un'importanza particolare per incrementare la sensibilizzazione delle istituzioni pubbliche e i cittadini toscani nei confronti delle problematiche relative alla sordità, favorendo l'inclusione delle persone sorde all'interno della società toscana e facilitando sempre più l'abbattimento delle barriere comunicative.

Articolo 3

Oggetto

La Regione Toscana e l'ENS- Consiglio Regionale per la Toscana - Onlus stabiliscono una collaborazione per dare continuità a un sistema integrato di azioni, teso a realizzare quanto indicato nella premessa e nell'art. 2 del presente Accordo.

Articolo 4

Azioni programmate e costi previsti

Il presente Accordo prevede la realizzazione delle seguenti azioni:

Servizio di traduzione in LIS

Si tratta del servizio di traduzione in Lingua Italiana dei Segni (LIS) degli aggiornamenti finali del TGR3 Toscana, inseriti nella trasmissione "Buongiorno Regione" tutte le mattine per cinque giorni settimanali e del telegiornale di Toscana TV serale dei giorni feriali.

Tale servizio rappresenta un'importante azione di comunicazione poiché la lingua italiana dei segni è una vera e propria lingua sia dal punto di vista strutturale e sintattico che dal punto di vista sociologico, quindi espressione di una comunità, la comunità italiana dei sordi e come tale è un servizio da mantenere e, possibilmente, estendere anche ad altre rubriche informative delle emittenti.

La previsione di spesa per questa azione è di €. 30.000,00.

Servizio di Segretariato Sociale

Si tratta di un servizio operativo in continuità con i precedenti accordi e la cui interruzione comporterebbe un problema per la comunità dei sordi toscani. E' stato strutturato negli anni attraverso la formazione di collaboratrici - interpreti operative presso dieci strutture territoriali provinciali ed una regionale- che forniscono un tramite comunicativo sia alle persone sorde di tutta la Toscana sia agli udenti che vogliono contattarle. Inoltre tale servizio consente di mettere in relazione soci e rappresentanti dell'ENS con i responsabili degli Enti e delle Istituzioni pubbliche per lo svolgimento di incontri informativi e di collaborazione.

Tale servizio consente inoltre l'effettiva operatività quotidiana delle sezioni provinciali ENS ed è quindi essenziale garantirne il mantenimento oltre che opportuno prevedere un'estensione temporale delle operatrici-interpreti dedicate.

La previsione di spesa per questa azione è di €. 70.000,00.

Servizio Ponte-Telefono

Questo servizio, grazie all'utilizzo di tecnologie avanzate, garantisce 24 ore su 24 alle persone non udenti la possibilità di mettersi in contatto con tutti i soggetti pubblici e privati per lo svolgimento delle proprie necessità quotidiane. Il servizio consta di un numero verde dedicato e di una piattaforma informatica di comunicazione chat o video-chat con operatori professionalmente preparati che fanno da "ponte" tra la persona sorda e qualsiasi utente ella debba contattare.

La previsione di spesa per questa azione è di €. 40.000,00.

Comunicare è vivere

Si tratta di un servizio teso a formare il personale medico e paramedico degli ospedali a comunicare con le persone sorde tramite la lingua dei segni. L'esperienza è già stata attivata in alcuni presidi ospedalieri di Firenze e Pisa e sarebbe opportuno estenderla ad altre realtà dato il successo ottenuto in termini di miglioramento della comunicazione nei confronti dei pazienti non udenti e dei loro familiari e quindi di soddisfazione per i servizi stessi ottenuti presso l'ospedale.

La previsione di spesa per questa azione è di €. 10.000,00.

Articolo 5

Modalità operative

I programmi di attuazione e le modalità operative verranno individuate in incontri specifici e periodici di programmazione e verifica delle azioni previste che coinvolgano i soggetti sottoscrittori del presente Accordo.

L'ENS - Consiglio Regionale per la Toscana – ONLUS si impegna a presentare a Regione Toscana una relazione programmatica sull'attività prevista e sui progetti che intende realizzare e, a conclusione della durata dell'Accordo, una relazione dettagliata sulle attività svolte, i risultati ottenuti, la ricaduta sul tessuto sociale della Toscana e sulla comunità delle persone sorde, e una rendicontazione delle spese effettivamente sostenute.

La Regione Toscana si impegna a contribuire alla realizzazione dei progetti previsti all'articolo 4 destinando risorse pari a € 150.000,00 per la durata del presente Accordo, le cui modalità di erogazione sono le seguenti:

- anticipo, pari all'80% delle risorse previste, a seguito della sottoscrizione del presente Accordo di collaborazione;
- saldo, pari al 20% delle risorse previste, a seguito di relazione sulle attività svolte e rendicontazione delle spese effettuate.

Articolo 7

Durata

Il presente Accordo di collaborazione è valido per un anno a far data dalla sua sottoscrizione.

Data

Per la Regione Toscana

Per l'ENS - Consiglio Regionale per la Toscana – ONLUS

POLITICHE SOCIALI

PUGLIA

DGR 6.1014, n. 1953 - Regolamento Regionale 18 gennaio 2007, n. 4, artt. 18 e 19. - D.G.R. n. 1534 del 2 agosto 2013. - Rettifica in autotutela e integrazione della Del. G.R. n. 1658/2014 "Attivazione procedura per l'esercizio dei poteri sostitutivi nei confronti dell'Ambito territoriale di Troia e nomina del Note

Si procede alla rettifica della Del. G.R. n. 1658/2014 individuando come Commissario ad acta dell'Ambito territoriale, del Comune capofila dell'Ambito territoriale e di tutti i Comuni che ricadono nei confini dell'Ambito territoriale l'Avv. COSTANZA Marco, dirigente della Regione Puglia.

UMBRIA

DD 16.9.14, n. 7402 - DGR n. 1016 del 4 agosto 2014. Atto di programmazione anno 2014 ai sensi dell'art. 46 della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26 e ss.mm.ii. e riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali - anno 2014. Impegno e liquidazione CAP 2884 e 2836. (BUR n. 49 del 22.10.14)

Note

L'art. 46, "*Fondo sociale regionale*" della legge regionale n. 26/2009 prevede che il Fondo sociale regionale è ripartito:

- a) almeno il novantacinque per cento in proporzione della popolazione residente e sulla base di elementi di ponderazione individuati dalla Giunta regionale con proprio atto;
- b) la restante parte per le attività di programmazione sociale della Regione e per l'esercizio delle funzioni regionali di cui all'articolo 8, comma 3, lettere c), d), e), f) ed m) della l. 328/2000.

Le risorse complessive che la legge di bilancio annuale 2014 ha destinato al FSR sono pari ad € 7.400.000,00 di cui:

— € 4.900.000,00 iscritti al capitolo di bilancio regionale 2884, i quali includono € 1.000.000,00 destinati alla quota sociale degli interventi territoriali a favore delle persone non autosufficienti e, pertanto, gestiti e ripartiti in base alle disposizioni dettate dalla legge regionale n. 9/2008;

— € 2.100.000,00 iscritti al capitolo di bilancio regionale 2899 che includono € 150.000,00 destinati agli interventi volti a promuovere e favorire l'invecchiamento attivo e, pertanto, gestiti e ripartiti in base alle disposizioni di cui alla legge regionale n. 14/2012;

— € 400.000,00 iscritti al capitolo di bilancio regionale 2888, ovvero destinati all'attività di programmazione sociale della regione e all'esercizio delle funzioni, ex legge 328/2000, art. 8, comma 3, lettere c), d), e), f), m), come sopra riportato.

I criteri di riparto stabiliti con la DGR n. 1016/2014 ai fini del trasferimento delle citate risorse sono:

1. *macro area famiglie con compiti educativi e di cura:*

area minori

— 50 per cento criterio demografico, di cui:

- a) 40 per cento popolazione residente sulla base degli ultimi dati ISTAT,
- b) 10 per cento numero delle famiglie sulla base degli ultimi dati ISTAT,

— 50 per cento criterio sociale, di cui:

- a) 25 per cento in base alla popolazione minorile [0 e 4] anni, sulla base degli ultimi dati ISTAT,
- b) 25 per cento in base alla popolazione minorile [0 e 18] anni, sulla base degli ultimi dati ISTAT.

area disabili

— 50 per cento criterio demografico di cui:

- a) 40 per cento popolazione residente, sulla base degli ultimi dati ISTAT,
- b) 10 per cento numero delle famiglie, sulla base degli ultimi dati ISTAT,

— 50 per cento criterio sociale di cui:

- a) 25 per cento numero delle famiglie, sulla base degli ultimi dati ISTAT
- b) 25 per cento incidenza tasso disabilità sulla popolazione residente secondo l'ultimo dato ISTAT disponibile (2004-2005),

2. *macro area famiglie vulnerabili*

— 50 per cento criterio demografico di cui:

- a) 40 per cento, popolazione residente sulla base degli ultimi dati ISTAT,
- b) 10 per cento, numero delle famiglie sulla base degli ultimi dati ISTAT,

— 50 per cento, criterio sociale sulla base dell'incidenza delle famiglie vulnerabili (in base al 4° Rapporto povertà, 2007);

3. *la rete degli Uffici della cittadinanza (art. 20 l.r. 26/2009):* la ripartizione fra le Zone sociali viene effettuata in base allo standard definito con la citata DGR n. 848/2008 che ha approvato la messa a regime della rete regionale degli uffici della cittadinanza e individuato lo standard numerico regionale su scala di Zona sociale (1 ogni 20 mila abitanti con uno scarto del +/- 20 per cento, max 24.000 abitanti) e prevedendo la presenza sul territorio regionale di 35 uffici della cittadinanza come da tabella sotto riportata:

4. *progetto regionale ex L. 162/1998: servizio di sollievo alle famiglie con disabili gravi:* da ripartire in base a quanto previsto dalla DGR 1211/2007.

DD 29.9.14, n. 7797 - Azienda pubblica di servizi alla persona “Letizia Veralli, Giulio e Angelo Cortesi”. Approvazione delle modifiche statutarie ai sensi del combinato disposto dell’art. 21 del d.lgs. 4 maggio 2001, n. 207 e dell’art. 62 della legge 17 maggio 1890, n. 6972.

**Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
“Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi”**

T O D I

S T A T U T O

(approvato con deliberazione del C.d.A. n. 89 in data 8 Ottobre 2004)

Proposta di modifica approvata con delibera del C.d.A. n. 70 in data 30.06.2014

TITOLO I

ORIGINI - SCOPI - MEZZI

Art. 1

Origini

L'Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza denominata Opera Pia Istituto per Inabili al Lavoro “Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi” con sede in Todi (Pg) trae la sua origine dalle volontà testamentarie di Angelo Cortesi che, con il lascito dei propri beni, ha permesso la costituzione dell’Istituto ed il perseguimento degli scopi istituzionali di ricovero ed assistenza di anziani e disabili.

L'Istituzione è regolata dalle leggi dello Stato, della regione e dal presente statuto.

L'I.P.A.B. si trasforma in azienda pubblica di servizi alla persona che assume la denominazione di Azienda Pubblica di Servizi alla Persona “Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi” di qui in poi denominata A.P.S.P.

Art. 2

Scopi

L'A.P.S.P. ha lo scopo di fornire ricovero, assistenza e cure ad anziani e disabili.

Ha altresì lo scopo di promuovere lo sviluppo della integrazione umana e sociale dell’anziano, di migliorarne la qualità della vita anche attraverso attivazione di servizi tecnici, culturali, formativi rivolti a detti soggetti ed agli operatori deputati alla loro assistenza.

L'Istituzione persegue detto scopo, in via prioritaria, tramite la conduzione diretta o indiretta della Residenza per anziani e disabili sita in Todi, Viale Tiberina, 11, ovvero per il mezzo di altre strutture che all’uopo dovesse realizzare o reperire.

Nell’erogare i servizi l'Ente privilegerà le persone residenti nel Comune di Todi.

L’Ente opera nell’ambito degli indirizzi programmatici della regione dell’Umbria e nel rispetto delle linee di indirizzo adottate dal Comune di Todi.

Per il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente statuto, per la gestione di uno o più servizi, nonché per la gestione e manutenzione del proprio patrimonio l’A.P.S.P. può convenzionarsi con altre A.P.S.P., con enti pubblici e con soggetti privati. Può inoltre, sempre per tali fini, costituire e/o partecipare a società o fondazioni di diritto privato.

Art. 3

Modalità di fruizione e funzionamento dei servizi

Le modalità di ammissione e revoca alla fruizione dei servizi ed il funzionamento dei servizi stessi sono stabilite nel regolamento interno.

Art. 4

Mezzi

Tutte le risorse ed il patrimonio dell'Ente devono essere destinati direttamente o indirettamente al raggiungimento delle finalità istituzionali.

L'A.P.S.P. provvede alla realizzazione delle proprie finalità con l'utilizzazione dei proventi derivanti dal proprio patrimonio e:

a) dalle rette fissate per la fruizione dei servizi prestati;

b) da lasciti ereditari, legati, donazioni, e comunque da atti di liberalità, anche sotto forma di erogazione di servizi, nei confronti dell’Ente stesso.

L’Ente potrà altresì effettuare investimenti o interventi volti ad una valorizzazione di tutto o di parte del proprio patrimonio, ferma restando la strumentalità del patrimonio medesimo agli scopi di cui al precedente art. 2.

Al presente statuto, in ottemperanza a quanto previsto all'art. 18, comma 1 del D.Lgs. 207/2001, viene allegato l'inventario dei beni destinati dagli statuti e dalle tavole di fondazione alla realizzazione dei fini istituzionali.

TITOLO II

ORDINAMENTO ISTITUZIONALE

Art. 5

Organi

Sono organi dell'Ente il Consiglio di amministrazione ed il Presidente, ovvero in caso di assenza di quest'ultimo, il Vicepresidente ed il Collegio dei Revisori ove nominato.

Art. 6

Composizione e durata del Consiglio di amministrazione

Il Consiglio di amministrazione è composto da n. 5 membri nominati dal Comune di Todi

Il Consiglio resta in carica per anni 5 (cinque) e, comunque, anche dopo la scadenza del mandato, finché il successivo non abbia assunto le proprie funzioni.

I consiglieri possono essere riconfermati per non più di due mandati.

Decade dall'ufficio chi non partecipa senza giustificato motivo a più di tre sedute consecutive, intrattenga rapporti economici con l'Ente o adotti comportamenti o atti contrari alle finalità ed il decoro dell'Istituto.

La decadenza è pronunciata dal Consiglio di amministrazione, che ne dà immediata comunicazione all'Ente che ha proceduto alla nomina affinché provveda alla sua sostituzione.

Il sostituto resta in carica tanto quanto vi sarebbe rimasto il consigliere sostituito.

Art. 7

Indennità di carica e/o di presenza

Al Presidente, per l'espletamento del mandato, è corrisposta un'indennità di carica mensile nella misura corrispondente a quella determinata, dal Comune di Todi, per il Presidente del Consiglio Comunale

Agli altri consiglieri, è corrisposta una indennità di carica mensile pari ad un quinto di quella spettante al Presidente.

Per particolari esigenze o situazioni, ovvero a fronte di incarichi o deleghe specifiche, il Consiglio potrà deliberare indennità diverse, anche in corso di mandato, purché ciò avvenga con deliberazione motivata e nei limiti di quanto al riguardo stabilito dalla normativa o dagli atti di indirizzo regionali.

Art. 8

Competenze del Consiglio di amministrazione

Il Consiglio di amministrazione è organo di direzione politica.

Definisce gli obiettivi ed i programmi da attuare e verifica la rispondenza dei risultati della gestione amministrativa alle direttive generali impartite.

Il Consiglio di amministrazione inoltre delibera:

1. la nomina del Presidente ed del Vicepresidente;
2. il bilancio preventivo e le relative variazioni;
3. il conto consuntivo;
4. le piante organiche e relativi ampliamenti e trasformazioni;
5. la nomina del Direttore dell'Ente ai sensi di cui all'art. 9 D.Lgs.04.05.2001 n. 207, ed assume tutte le determinazioni relative a detto Direttore;
6. le alienazioni, gli acquisti, le permutate di immobili, in generale i contratti che costituiscono, modificano o estinguono diritti reali sugli immobili;
7. i contratti che costituiscono, modificano o estinguono diritti obbligatori sugli immobili;
8. **la promozione di azioni giudiziarie o la resistenza in giudizio, compresa la scelta del difensore, nonché la definizione dei criteri generali per il conferimento di incarichi professionali esterni a periti, consulenti e professionisti in generale;**
9. le allocazioni delle somme provenienti da alienazioni di immobili o titoli;
10. le trasformazioni e ristrutturazioni dell'Istituto;
11. le modifiche statutarie;
12. i regolamenti;
13. *soppresso*
14. gli atti comunque riservati dalla legge allo stesso;

15. l'attribuzione di deleghe specifiche a singoli consiglieri, al direttore **o, se non nominato, al segretario.**

In caso di necessità ed urgenza il Presidente può adottare con proprio decreto da sottoporre a ratifica consiliare, a pena di decadenza del provvedimento, nella prima seduta successiva e, comunque, nei sessanta giorni successivi, le determinazioni **nelle materie indicate nel terzo comma, punto 7., con la precisazione** che il contratto non superi la durata di 1 anno.

Le deliberazioni attinenti la modifica dello statuto debbono essere assunte con il voto favorevole di almeno quattro componenti il Consiglio.

Le deliberazioni relative alla nomina del Presidente e del Vicepresidente sono adottate con il voto favorevole di almeno tre Consiglieri;

Art. 9

Funzionamento del Consiglio di amministrazione

Il Consiglio di amministrazione si insedia dietro convocazione del Presidente uscente, o, in caso di sua impossibilità o rifiuto, del Sindaco del Comune di Todi, entro dieci giorni dall'adozione dell'atto che nomina il Consiglio stesso.

Nella medesima seduta, si procede all'elezione del Presidente e del vice Presidente.

Il Consiglio si riunisce su convocazione del Presidente, di norma una volta al mese, e comunque quando il Presidente lo ritenga opportuno e necessario. E' convocato altresì dal Presidente quando almeno due componenti del Consiglio ne facciano richiesta scritta e motivata, con indicazione dell'ordine del giorno. In questi casi il Presidente deve convocare il Consiglio per una seduta da tenersi entro giorni 15 (quindici) dal ricevimento dell'istanza.

Le sedute, ordinarie e straordinarie, sono convocate dal Presidente mediante invito scritto indicante data, ora e sede della riunione ed elenco degli oggetti da trattare, che deve essere consegnato al domicilio dei consiglieri almeno tre giorni prima della data stabilita per la riunione.

Le convocazioni oltre che inviate per raccomandata postale potranno essere consegnate a mano, ovvero spedite via fax o tramite posta elettronica ai numeri telefonici ed agli indirizzi all'uopo forniti dai Consiglieri.

In caso di urgenza, la convocazione deve pervenire almeno 24 ore prima della seduta.

Il Consiglio di amministrazione può deliberare su argomenti non compresi nell'ordine del giorno se tutti i componenti sono presenti e nessuno si oppone, fatto salvo quanto previsto dalla L. 241/1990.

Le sedute del Consiglio di amministrazione non sono valide senza la presenza di almeno la metà più uno dei componenti il Consiglio; il numero legale deve perdurare e ove venga a mancare nel corso dell'adunanza, il Presidente lo rileva, ne ordina la menzione nel verbale e dichiara chiusa la seduta.

Le sedute del Consiglio di amministrazione non sono pubbliche.

Alle sedute del Consiglio di amministrazione partecipa il segretario dell'Ente, con funzioni anche di segretario verbalizzante.

Il Presidente del Consiglio di amministrazione può invitare alle sedute chiunque per chiarimenti o comunicazioni relative agli argomenti da trattare.

Art. 10

Deliberazioni del Consiglio di amministrazione

Le deliberazioni del Consiglio debbono essere prese a maggioranza dei voti degli intervenuti, tranne quelle riguardanti le modificazioni statutarie nonché l'elezione del Presidente e del vice Presidente.

Per la validità della seduta non è computato chi, avendo interesse, giusto l'art. 4 del D.Lgs. 4 maggio 2001, n. 207, non può prendere parte alla deliberazione.

Le votazioni si fanno **in forma palese e per alzata di mano** o a voti segreti; hanno sempre luogo a voti segreti quando si tratti di questioni concernenti persone.

I verbali delle sedute del Consiglio di amministrazione sono stesi dal Segretario e firmati **dallo stesso e da chi** ha presieduto la riunione.

Ciascun consigliere ha diritto che nel verbale si facciano constatare eventuali motivazioni di voto da lui addotte.

Ogni proposta di deliberazione sottoposta al Consiglio deve essere corredata da parere in ordine alla regolarità tecnica, contabile e di legittimità da parte del Segretario. Il testo dei pareri è inserito nella deliberazione.

Le deliberazioni del Consiglio sono pubblicate nell'Albo pretorio online del comune di Todi per quindici giorni consecutivi, salvo specifiche disposizioni di legge.

Le deliberazioni del Consiglio sono immediatamente esecutive, se non è diversamente disposto.

Tutti coloro che ne hanno interesse e diritto possono ottenere a proprie spese copia degli atti deliberativi dell'Ente.

Art. 11

Funzioni del Presidente

Il Presidente esercita le funzioni che gli sono attribuite dalla legge, dai regolamenti statali e regionali, dal presente statuto e dai regolamenti interni.

In particolare:

- a) ha la rappresentanza legale dell'Ente e cura i rapporti con gli altri enti ed autorità;
- b) convoca e presiede il Consiglio di amministrazione, determinando l'ordine del giorno delle sedute;
- c) sovrintende all'esecuzione delle determinazioni del Consiglio;
- d) sviluppa ogni utile iniziativa di collegamento con le amministrazioni pubbliche, con gli operatori privati, con le espressioni organizzate dell'utenza o con altra organizzazione interessata al campo di attività dell'Ente;
- e) assume sotto la propria responsabilità e nei limiti di cui sopra i provvedimenti di competenza propri del Consiglio di amministrazione quando l'urgenza sia tale da non permetterne la tempestiva convocazione, informandone il Consiglio stesso per la ratifica;
- f) per particolari motivi di necessità ed urgenza dispone per l'esecuzione degli atti di competenza dei dipendenti in posizione apicale, dagli stessi non compiuti.

In caso di assenza od impedimento temporaneo del Presidente, per adempiere a competenze urgenti, il vice Presidente ne fa le veci.

TITOLO III

NORME GENERALI DI AMMINISTRAZIONE

Art. 12

Organizzazione dei servizi

L'organizzazione dei servizi è improntata a criteri di economicità di gestione, di responsabilità, di efficacia, di efficienza e di trasparenza.

Art. 13

Organizzazione del personale

La pianta organica, le modalità di assunzione, i doveri, i diritti, le attribuzioni e le mansioni del personale sono stabiliti dai regolamenti interni.

Art. 14

Compiti e funzioni del segretario

Il segretario dell'Ente partecipa alle sedute del Consiglio con le funzioni previste dall'art. 9, comma 4 del D.Lgs. 207/2001 e dai relativi regolamenti di attuazione. È il garante della legittimità degli atti posti in essere dal Consiglio.

Egli provvede a porre in esecuzione le determinazioni assunte dal Consiglio.

Art. 15

Compiti e funzioni del Direttore

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui all'articolo 9 del D.Lgs. 207/2001, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi programmati dal Consiglio di amministrazione e della realizzazione dei programmi e progetti attuativi e del loro risultato, nonché della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa dell'azienda, incluse le decisioni organizzative e di gestione del personale dal punto di vista organizzativo, di direzione, coordinamento, controllo, di rapporti sindacali e di istruttoria dei procedimenti disciplinari.

Il direttore è preposto alla direzione complessiva dell'Ente. Esercita ogni altra competenza attribuitagli dalla legge, dai regolamenti dell'Ente o conferitagli dal Consiglio di Amministrazione.

Ove non nominato, i compiti e le funzioni del Direttore vengono svolti dal Segretario.

Art. 16

Funzioni direttive e gestionali

Alle figure apicali dell'Ente e dei servizi spetta, in conformità alle Decade dall'ufficio chi non partecipa senza giustificato motivo a più di tre sedute consecutive, intrattenga rapporti economici con l'Ente o adotti comportamenti o atti contrari alle finalità ed il decoro dell'Istituto.

La decadenza è pronunciata dal Consiglio di amministrazione, che ne dà immediata comunicazione all'Ente che ha proceduto alla nomina affinché provveda alla sua sostituzione.

Il sostituto resta in carica tanto quanto vi sarebbe rimasto il consigliere sostituito.

Art. 7

Indennità di carica e/o di presenza

Al Presidente, per l'espletamento del mandato, è corrisposta un'indennità di carica mensile nella misura corrispondente a quella determinata, dal Comune di Todi, per il Presidente del Consiglio Comunale

Agli altri consiglieri, è corrisposta una indennità di carica mensile pari ad un quinto di quella spettante al Presidente.

Per particolari esigenze o situazioni, ovvero a fronte di incarichi o deleghe specifiche, il Consiglio potrà deliberare indennità diverse, anche in corso di mandato, purché ciò avvenga con deliberazione motivata e nei limiti di quanto al riguardo stabilito dalla normativa o dagli atti di indirizzo regionali.

Art. 8

Competenze del Consiglio di amministrazione

Il Consiglio di amministrazione è organo di direzione politica.

Definisce gli obiettivi ed i programmi da attuare e verifica la rispondenza dei risultati della gestione amministrativa alle direttive generali impartite.

Il Consiglio di amministrazione inoltre delibera:

1. la nomina del Presidente ed del Vicepresidente;
2. l bilancio preventivo e le relative variazioni;
3. il conto consuntivo;
4. le piante organiche e relativi ampliamenti e trasformazioni;
5. la nomina del Direttore dell'Ente ai sensi di cui all'art. 9 D.lgs.04.05.2001 n. 207, ed assume tutte le determinazioni relative a detto Direttore;
6. le alienazioni, gli acquisti, le permutate di immobili, in generale i contratti che costituiscono, modificano o estinguono diritti reali sugli immobili;
7. i contratti che costituiscono, modificano o estinguono diritti obbligatori sugli immobili;
8. **la promozione di azioni giudiziarie o la resistenza in giudizio, compresa la scelta del difensore, nonché la definizione dei criteri generali per il conferimento di incarichi professionali esterni a periti, consulenti e professionisti in generale;**
9. le allocazioni delle somme provenienti da alienazioni di immobili o titoli;
10. le trasformazioni e ristrutturazioni dell'Istituto;
11. le modifiche statutarie;
12. i regolamenti;
13. *soppresso*
14. gli atti comunque riservati dalla legge allo stesso;
15. l'attribuzione di deleghe specifiche a singoli consiglieri, al direttore **o, se non nominato, al segretario.**

In caso di necessità ed urgenza il Presidente può adottare con proprio decreto da sottoporre a ratifica consiliare, a pena di decadenza del provvedimento, nella prima seduta successiva e, comunque, nei sessanta giorni successivi, le determinazioni **nelle materie indicate nel terzo comma, punto 7., con la precisazione** che il contratto non superi la durata di 1 anno.

Le deliberazioni attinenti la modifica dello statuto debbono essere assunte con il voto favorevole di almeno quattro componenti il Consiglio.

Le deliberazioni relative alla nomina del Presidente e del Vicepresidente sono adottate con il voto favorevole di almeno tre Consiglieri;

Art. 9

Funzionamento del Consiglio di amministrazione

Il Consiglio di amministrazione si insedia dietro convocazione del Presidente uscente, o, in caso di sua impossibilità o rifiuto, del Sindaco del Comune di Todi, entro dieci giorni dall'adozione dell'atto che nomina il Consiglio stesso.

Nella medesima seduta, si procede all'elezione del Presidente e del vice Presidente.

Il Consiglio si riunisce su convocazione del Presidente, di norma una volta al mese, e comunque quando il Presidente lo ritenga opportuno e necessario. E' convocato altresì dal Presidente quando almeno due componenti del Consiglio ne facciano richiesta scritta e motivata, con indicazione dell'ordine del giorno. In questi casi il Presidente deve convocare il Consiglio per una seduta da tenersi entro giorni 15 (quindici) dal ricevimento dell'istanza.

Le sedute, ordinarie e straordinarie, sono convocate dal Presidente mediante invito scritto indicante data, ora e sede della riunione ed elenco degli oggetti da trattare, che deve essere consegnato al domicilio dei consiglieri almeno tre giorni prima della data stabilita per la riunione.

Le convocazioni oltre che inviate per raccomandata postale potranno essere consegnate a mano, ovvero spedite via fax o tramite posta elettronica ai numeri telefonici ed agli indirizzi all'uopo forniti dai Consiglieri.

In caso di urgenza, la convocazione deve pervenire almeno 24 ore prima della seduta.

Il Consiglio di amministrazione può deliberare su argomenti non compresi nell'ordine del giorno se tutti i componenti sono presenti e nessuno si oppone, fatto salvo quanto previsto dalla L. 241/1990.

Le sedute del Consiglio di amministrazione non sono valide senza la presenza di almeno la metà più uno dei componenti il Consiglio; il numero legale deve perdurare e ove venga a mancare nel corso dell'adunanza, il Presidente lo rileva, ne ordina la menzione nel verbale e dichiara chiusa la seduta.

Le sedute del Consiglio di amministrazione non sono pubbliche.

Alle sedute del Consiglio di amministrazione partecipa il segretario dell'Ente, con funzioni anche di segretario verbalizzante.

Il Presidente del Consiglio di amministrazione può invitare alle sedute chiunque per chiarimenti o comunicazioni relative agli argomenti da trattare.

Art. 10

Deliberazioni del Consiglio di amministrazione

Le deliberazioni del Consiglio debbono essere prese a maggioranza dei voti degli intervenuti, tranne quelle riguardanti le modificazioni statutarie nonché l'elezione del Presidente e del vice Presidente.

Per la validità della seduta non è computato chi, avendo interesse, giusto l'art. 4 del D.Lgs. 4 maggio 2001, n. 207, non può prendere parte alla deliberazione.

Le votazioni si fanno **in forma palese e per alzata di mano** o a voti segreti; hanno sempre luogo a voti segreti quando si tratti di questioni concernenti persone.

I verbali delle sedute del Consiglio di amministrazione sono stesi dal Segretario e firmati **dallo stesso e da chi** ha presieduto la riunione.

Ciascun consigliere ha diritto che nel verbale si facciano constatare eventuali motivazioni di voto da lui addotte.

Ogni proposta di deliberazione sottoposta al Consiglio deve essere corredata da parere in ordine alla regolarità tecnica, contabile e di legittimità da parte del Segretario. Il testo dei pareri è inserito nella deliberazione.

Le deliberazioni del Consiglio sono pubblicate nell'Albo pretorio online del comune di Todi per quindici giorni consecutivi, salvo specifiche disposizioni di legge.

Le deliberazioni del Consiglio sono immediatamente esecutive, se non è diversamente disposto.

Tutti coloro che ne hanno interesse e diritto possono ottenere a proprie spese copia degli atti deliberativi dell'Ente.

Art. 11

Funzioni del Presidente

Il Presidente esercita le funzioni che gli sono attribuite dalla legge, dai regolamenti statali e regionali, dal presente statuto e dai regolamenti interni.

In particolare:

- a) ha la rappresentanza legale dell'Ente e cura i rapporti con gli altri enti ed autorità;
- b) convoca e presiede il Consiglio di amministrazione, determinando l'ordine del giorno delle sedute;
- c) sovrintende all'esecuzione delle determinazioni del Consiglio;

d) sviluppa ogni utile iniziativa di collegamento con le amministrazioni pubbliche, con gli operatori privati, con le espressioni organizzate dell'utenza o con altra organizzazione interessata al campo di attività dell'Ente;

e) assume sotto la propria responsabilità e nei limiti di cui sopra i provvedimenti di competenza propri del Consiglio di amministrazione quando l'urgenza sia tale da non permetterne la tempestiva convocazione, informandone il Consiglio stesso per la ratifica;

f) per particolari motivi di necessità ed urgenza dispone per l'esecuzione degli atti di competenza dei dipendenti in posizione apicale, dagli stessi non compiuti.

In caso di assenza od impedimento temporaneo del Presidente, per adempiere a competenze urgenti, il vice Presidente ne fa le veci.

TITOLO III

NORME GENERALI DI AMMINISTRAZIONE

Art. 12

Organizzazione dei servizi

L'organizzazione dei servizi è improntata a criteri di economicità di gestione, di responsabilità, di efficacia, di efficienza e di trasparenza.

Art. 13

Organizzazione del personale

La pianta organica, le modalità di assunzione, i doveri, i diritti, le attribuzioni e le mansioni del personale sono stabiliti dai regolamenti interni.

Art. 14

Compiti e funzioni del segretario

Il segretario dell'Ente partecipa alle sedute del Consiglio con le funzioni previste dall'art. 9, comma 4 del D.Lgs. 207/2001 e dai relativi regolamenti di attuazione. È il garante della legittimità degli atti posti in essere dal Consiglio.

Egli provvede a porre in esecuzione le determinazioni assunte dal Consiglio.

Art. 15

Compiti e funzioni del Direttore

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui all'articolo 9 del D.Lgs. 207/2001, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi programmati dal Consiglio di amministrazione e della realizzazione dei programmi e progetti attuativi e del loro risultato, nonché della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa dell'azienda, incluse le decisioni organizzative e di gestione del personale dal punto di vista organizzativo, di direzione, coordinamento, controllo, di rapporti sindacali e di istruttoria dei procedimenti disciplinari.

Il direttore è preposto alla direzione complessiva dell'Ente. Esercita ogni altra competenza attribuitagli dalla legge, dai regolamenti dell'Ente o conferitagli dal Consiglio di Amministrazione.

Ove non nominato, i compiti e le funzioni del Direttore vengono svolti dal Segretario.

Art. 16

Funzioni direttive e gestionali

Alle figure apicali dell'Ente e dei servizi spetta, in conformità alle direttive generali stabilite dal Consiglio di amministrazione, la gestione delle attività e delle risorse proprie di ciascuna area e la responsabilità dei relativi risultati.

Le figure apicali adottano tutti gli atti e provvedimenti amministrativi che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, non ricompresi espressamente dal presente statuto tra le competenze e funzioni del Consiglio di Amministrazione e del Presidente e non rientranti tra i compiti e funzioni del direttore o, se non nominato, del segretario.

Compito specifico delle figure apicali è anche quello di comunicare al Consiglio, nell'ambito delle specifiche attribuzioni, situazioni di non conformità a leggi, regolamenti, ovvero di nocimento per l'Ente, assumendo le decisioni opportune e necessarie, se rientranti nelle funzioni e comunque nei limiti attribuiti, ovvero suggerendo al Consiglio i provvedimenti da adottare.

Art. 17

Amministrazione e Contabilità

Il Consiglio di amministrazione adotta gli atti regolamentari necessari per rendere coerente il suo ordinamento con le leggi nazionali e regionali vigenti e con gli atti di programmazione nazionale, regionale e zonale.

Nell'esercizio di tale funzione il Consiglio deve orientare tutte le sue scelte in modo tale che vengano garantite nella più ampia misura possibile la trasparenza, l'efficienza, l'efficacia e la semplificazione delle sue azioni e delle sue attività.

Speciali atti regolamentari dovranno essere assunti per:

- l'utilizzazione di procedure semplificate per la conclusione di contratti per l'acquisizione di forniture di beni e di servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria;
- disciplinare l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo e per individuare le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di amministrazione;
- disciplinare le modalità di formazione e di approvazione dei conti consuntivi;
- sancire l'obbligo della tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati per attuare un passaggio ad un sistema contabile basato sul principio della competenza economica;
- sancire l'obbligo di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità;
- disciplinare i servizi di esazione e di cassa;
- rendere obbligatoria la formazione dei piani annuali e poliennali di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso dismissioni e conferimenti.

Art. 18

Collegio dei Revisori dei Conti

E' facoltà del Comune di Todi nominare un Collegio di tre Sindaci Revisori effettivi che avranno diritto ad un emolumento annuo (oltre alle spettanze accessorie di legge ed ai rimborsi delle spese di viaggio) pari ad Euro 1.800,00 spettante al Presidente e ad Euro 1.500,00 per i componenti; detti importi saranno rivalutati annualmente in base alla variazione dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati verificatasi nell'anno precedente, salvo diversa determinazione da parte del Comune di Todi al momento della nomina.

Tutti i sindaci effettivi dovranno essere scelti fra le persone iscritte nel ruolo dei Revisori dei Conti.

I Sindaci provvedono al controllo della gestione, ai riscontri di cassa, alla verifica dei bilanci preventivi e delle carte contabili e predispongono le relazioni di accompagnamento al bilancio preventivo ed al conto consuntivo prima che gli indicati documenti contabili vengano sottoposti alla definitiva approvazione del Consiglio di Amministrazione.

È facoltà dei Sindaci Revisori partecipare alle sedute del Consiglio di Amministrazione.

Art. 19

Servizio di tesoreria

Il servizio di cassa è svolto da un Istituto di credito ed è regolato da un apposito contratto.

Gli ordinativi di incasso e i mandati di pagamento non costituiscono titolo legale per il tesoriere se non recano la firma del responsabile del servizio finanziario o suo sostituto.

Norma transitoria

Il Consiglio ed il Presidente attualmente nominati rimarranno in carica fino allo scadere dei cinque anni dalla data dell'insediamento. Il Consiglio provvederà ad adottare le delibere necessarie per adeguarsi al presente Statuto.

Art. 21

Norme finali

Le disposizioni del presente statuto che fanno riferimento al decreto legislativo 207/2001, saranno interpretate ed applicate in armonia e nel rispetto della normativa statale e regionale vigente.

Per quanto non previsto nel presente Statuto, si applicheranno i principi generali dell'ordinamento e la normativa dettata dalle leggi statali e regionali in quanto applicabili.

DGR 7.10.14, n. 1211 - L.R. 27.07.1998, n. 22 articolo 24, comma 2. Libera circolazione sui servizi di Trasporto Pubblici di Linea Provinciale e Regionale per i cittadini in situazione di grave disagio economico e sociale. Assegnazione fondi 2014

PRIVATO SOCIALE

LAZIO

DGR 30.9.14, n. 638 - Approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa tra Regione Lazio e Comunità di Sant'Egidio - ACAP Onlus finalizzato all'istituzione di un rapporto di cooperazione per l'individuazione e la realizzazione di azioni congiunte sui temi dell'emigrazione e della cooperazione allo sviluppo. (BUR n. 82 del 14.10.14)

Note

PREMESSA

Leggi regionali n.19/2000 e n.25/2008 concernono rispettivamente sulla cooperazione allo sviluppo e sulla promozione e attivazione della cultura della pace.

Tra i compiti statutari della Regione Lazio vi è anche quello di promuovere la pace e l'amicizia tra i popoli e sostenere ogni iniziativa volta a favorire la loro realizzazione e, ispirandosi al principio di solidarietà, perseguire l'obiettivo della tutela delle fasce più deboli della popolazione, operando per il superamento degli squilibri sociali, anche di carattere generazionale, presenti nel proprio territorio e promuovendo iniziative dirette ad assicurare ad ogni persona condizioni per una vita libera e dignitosa.

Per il raggiungimento dei propri fini di sviluppo civile e sociale, la Regione, tra l'altro:

favorisce l'integrazione degli stranieri, regolarmente soggiornanti, nel rispetto delle loro culture, nonché le relative associazioni e comunità; favorisce e rinsalda i legami culturali con gli emigrati laziali all'estero e le loro associazioni e comunità; opera per realizzare un sistema integrato di interventi e servizi di prevenzione, cura e assistenza socio-sanitaria adeguato alle esigenze della popolazione ed informato al principio del pieno rispetto della dignità della persona e, in particolare, dei minori, degli anziani e dei disabili.

La Regione favorisce e sostiene la cooperazione allo sviluppo, come previsto dalle leggi nazionali e dalla normativa regionale, essa pertanto promuove e sostiene la cooperazione decentrata e non governativa; assume iniziative proprie e favorisce interventi di enti locali, organismi associativi, istituzioni culturali, gruppi di volontariato, organismi di cooperazione internazionale, Organizzazioni Non Governative (ONG) presenti nella regione, privilegiando il metodo della concertazione per partecipare alle attività che il territorio esprime nei confronti della solidarietà-

LA COMUNITA' DI S. EGIDIO

La Comunità di S. Egidio - ACAP Onlus ha condotto importanti sperimentazioni ed acquisito conoscenze di dimostrata validità ed efficacia nelle aree del disagio e dell'esclusione sociale, con particolare riguardo a persone anziane, cittadini stranieri, popolazioni dei Paesi in via di sviluppo colpite da grandi calamità e pandemie, acquisendo in tali ambiti una grande esperienza a livello regionale, nazionale e internazionale, anche attraverso l'attivazione di importanti azioni finalizzate al contrasto alla povertà, coniugata con l'individuazione di nuovi modelli di intervento.

LA COLLABORAZIONE

Risulta opportuno provvedere all'avvio di una collaborazione sinergica tra la Regione Lazio e la Comunità di S. Egidio - ACAP Onlus finalizzata alla costituzione di un rapporto di cooperazione per la individuazione e la realizzazione di azioni congiunte sui temi dell'emigrazione del disagio sociale e della cooperazione allo sviluppo.

IL PROTOCOLLO

Per le finalità sopra enunciate viene sottoscritto un Protocollo di intesa tra Regione Lazio e Comunità di S. Egidio - ACAP Onlus.

PROTOCOLLO DI INTESA

TRA

COMUNITÀ DI S.EGIDIO-ACAP ONLUS

E

REGIONE LAZIO

PREMESSO

- che la Regione Lazio (di seguito denominata “*Regione*”) provvede alla programmazione e al coordinamento degli interventi di volontariato, della cooperazione internazionale e decentrata e dell'associazionismo sociale;
 - che in particolare le Leggi regionali n. 19/2000 e n. 20/2003 prevedono azioni di studio, coordinamento e proposta sui temi dell'aiuto allo sviluppo, della pace, della libertà, dei diritti umani e della solidarietà tra i popoli, nonché l'elaborazione di piani e progetti in partenariato con enti locali, enti e istituzioni pubbliche e private, ONG, consorzi, associazioni di ONG e di volontariato e Organismi Non Lucrativi di Utilità Sociale (ONLUS), istituzioni scolastiche, universitarie e culturali, rappresentanze sindacali, imprenditoriali e delle piccole e medie imprese, associazioni di immigrati e forze economiche e sociali presenti nel territorio regionale;
 - che, nella prospettiva dello sviluppo e della crescita di ogni società e di quelle dei PVS in particolare, nessun piano o programma può oggi immaginare di poter avviare o sostenere processi virtuosi senza l'attivazione sinergica di azioni di natura diversa, in capo a soggetti giuridici e sociali differenti, chiamati a contribuire in maniera originale ma convergente al miglioramento delle condizioni di vita di specifici gruppi sociali o di interi popoli, in un orizzonte di interdipendenza e di mutua collaborazione, nel rispetto delle competenze e delle finalità di ognuno;
 - che tale complessità di approccio esige forme nuove di riflessione e di azione al servizio di politiche locali e nazionali coerenti;
 - che la Comunità di S.Egidio-ACAP *Onlus* (di seguito denominata “*Comunità*”), ONG riconosciuta e autorizzata dal Ministero degli Affari Esteri italiano ad operare nei PVS sin dal 1989, ha condotto importanti sperimentazioni e acquisito conoscenze di dimostrata validità ed efficacia con particolare riguardo a popolazioni di Paesi in via di sviluppo colpite da emergenze, calamità naturali e pandemie, acquisendo in tali ambiti una grande esperienza a livello nazionale e internazionale, anche attraverso l'attivazione di azioni sui temi specifici dell'emigrazione e dello sviluppo, coniugando ricerca e azione e sperimentando nuovi modelli di intervento.
 - che risulta opportuno pertanto provvedere all'avvio di una collaborazione sinergica tra la *Regione* e la *Comunità* sui temi dell'emigrazione e della cooperazione allo sviluppo;
- Tutto ciò premesso e considerato, le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente Protocollo d'Intesa.

LA COMUNITÀ DI S.EGIDIO-ACAP ONLUS

E

LA REGIONE LAZIO

CONVENGONO QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1

Obiettivi del protocollo

1. La *Regione* e la *Comunità* si impegnano ad avviare un rapporto di cooperazione per la individuazione e la realizzazione di azioni congiunte sui temi dell'emigrazione e della cooperazione allo sviluppo.

ARTICOLO 2

Impegni delle parti

1. Le parti si impegnano ad avviare nuove iniziative di carattere umanitario atte a contrastare le cause di povertà estrema e di esclusione di gruppi sociali o etnici deboli o indeboliti da emergenze umanitarie o pandemie di particolari gravità quali l'HIV-AIDS. In particolare, conformemente alle priorità indicate nelle *Linee-guida della Cooperazione allo Sviluppo 2013-2015* e nel Rapporto “*La politica dell'Italia in Africa*” redatto dall'ISPI per il Ministero degli Esteri italiano, le parti si impegnano a:

- sostenere lo sviluppo umano, con particolare riferimento a salute e istruzione/formazione (salute materno-infantile, formazione personale sanitario, accesso universale alla salute) nei Paesi in via di sviluppo
- diffondere un'educazione di qualità per tutti
- garantire il rispetto dei Diritti umani
- sostenere la democrazia, la *good governance*, la pace e la sicurezza
- diffondere forme sostenibili di *empowerment* femminile
- garantire il rispetto dei diritti del migrante e sostenere ogni tipo di azione volta all'integrazione
- raccontare l'Africa di oggi (*Linea Info*)

Aree geografiche:

Africa sub-sahariana

Italia (Linea *Info*)

ARTICOLO 3

Sedi e personale

1. Le parti concorrono alla realizzazione di quanto definito all'articolo 2 come qui di seguito indicato:

- La *Comunità* mette a disposizione gratuitamente alcuni locali siti in Roma - Via di San Gallicano 25a, come sede operativa, unitamente a mezzi e materiali necessari a garantire la realizzazione gli impegni di cui all'art. 2;
- La *Regione* mette a disposizione unità di personale qualificato, anche dipendenti da Aziende Sanitarie locali della *Regione* in possesso di comprovata esperienza nel campo della cooperazione allo sviluppo e dell'integrazione, anche in rapporto alle comunità di immigrati presenti nella *Regione*.

ARTICOLO 4

Compiti del personale regionale

1. Il personale qualificato incaricato di eseguire le attività di cui al precedente art. 2 avrà i seguenti compiti da svolgere in ambito regionale e internazionale:

Ambito regionale

- avviare e gestire studi e ricerche sulle tematiche proprie del presente Protocollo;
- avviare attività di censimento, promozione e facilitazione delle "reti" presenti nel territorio regionale nel campo della cooperazione allo sviluppo e dell'integrazione;
- avviare attività di formazione e aggiornamento sulle tematiche proprie del presente Protocollo rivolta ad operatori e attori del settore, al fine di facilitare lo scambio di esperienze e buone pratiche sui temi indicati;
- partecipare alle principali attività di coordinamento e formazione attuate dalla *Regione* sulle tematiche di cui al precedente art. 2.

Ambito internazionale

- pianificazione e programmazione degli interventi sociali e sanitari nei Paesi in via di sviluppo, volti al miglioramento delle capacità locali di gestione di sistemi sanitari complessi, sulla base di analisi e studio di interventi tesi all'individuazione delle aree di criticità sanitaria e sociale;
- formazione a Roma e presso i Paesi in via di sviluppo di personale sanitario e personale sociale locale ed italiano che dovrà essere impiegato in loco (medici, infermieri, terapisti, tecnici di laboratorio, coordinatori di centri);
- introduzione di tecnologie informatiche da applicare per la gestione di centri sanitari dei Paesi in via di sviluppo;
- sperimentazione ed adozione di tecniche di formazione a distanza mediante utilizzo di tecnologie applicate alla telemedicina;
- organizzazione e promozione di campagne di comunicazione e sensibilizzazione della popolazione italiana sulle tematiche del Sud del mondo;
- partecipazione a seminari e workshop nazionali ed internazionali sulla salute e su tematiche di Global Health;
- monitoraggio e valutazione degli interventi di cooperazione internazionale mediante missioni di valutazione e supervisione;
- creazione di interscambi tra organismi regionali, Università e organismi sanitari dei Paesi in via di sviluppo tesi allo trasferimento di know how per la pianificazione e attuazione di una rete di servizi per le patologie infettive prevalenti nei paesi in via di sviluppo;
- ricerca operativa per determinare le componenti predittive delle malattie e della mortalità nonché di ottimizzare gli approcci terapeutici;
- sviluppo di tecniche di management sanitario ed amministrativo dei programmi di cooperazione sanitaria;
- collaborazione alle principali attività di formazione attuate dalla *Regione* sulle tematiche della cooperazione internazionale;
- analisi di possibili interscambi e trasferimento di know how tecnologico tra Paesi in via di sviluppo e la *Regione*, negli ambiti sanitari e di sviluppo umano;

ARTICOLO 5

Istituzione del Gruppo di Lavoro

1. La *Regione* istituisce una struttura denominata “Gruppo di Lavoro”, con riferimento all’art. 58 , comma 3 secondo le modalità di cui al comma 6 del “ Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale”.
2. La struttura è istituita presso l’Area Politiche per la Cooperazione Decentrata della Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport.

ARTICOLO 6

Commissione paritetica

E’ nominata, entro due mesi dalla stipula del presente atto, una commissione paritetica, composta da due rappresentanti per ciascuna delle due parti.

Detta Commissione assume compiti di indirizzo nell’individuazione delle priorità di azione e degli ambiti di ricerca del Gruppo di Lavoro; approva la pubblicazione di contributi scientifici e di ogni altro contributo destinato alla diffusione al pubblico.

Le determinazioni della Commissione possono essere assunte, ove lo si ritenga opportuno, sia in videoconferenza sia con altri mezzi di comunicazione a distanza.

In caso di mancata costituzione o di temporanea impossibilità dei suoi membri a svolgere le attività cui è preposta, queste sono esercitate direttamente dal Direttore Regionale della Direzione Regionale competente, che può delegare il Responsabile dell’Area Politiche della Cooperazione decentrata per la *Regione* e dal rappresentante legale della *Comunità*.

ARTICOLO 7

Sede operativa presso la Comunità di Sant’Egidio e personale addetto

Si conviene che presso la *Comunità*, in Via di San Gallicano 25a, vengano predisposte, in comodato d’uso, postazioni di lavoro, unitamente a mezzi e materiali necessari, idonee ad ospitare almeno tre addetti in servizio presso l’area Politiche della Cooperazione decentrata- assegnati d’intesa tra la *Regione* e la *Comunità* - per realizzarvi una sede operativa del Gruppo di Lavoro. I costi di eventuali missioni di valutazione, supervisione e monitoraggio sono a carico della *Comunità*.

ARTICOLO 8

Monitoraggio delle attività

1. Ogni 6 mesi il Gruppo di Lavoro produrrà report concernenti il lavoro svolto in merito agli obiettivi dichiarati ed agli specifici compiti assegnati (art. 1 e 3 del presente Protocollo), nonché documenti o pubblicazioni eventualmente discendenti dalle attività di cui ai citati articoli.

ARTICOLO 9

Disposizioni in materia di utilizzo del personale

1. Il personale interessato alle attività è tenuto a rispettare, oltre gli obblighi derivanti dal proprio status, anche le disposizioni di legge e le norme generali di disciplina e sicurezza vigenti negli ambienti e sedi di lavoro presso cui sono svolte le attività.
2. Le parti, in materia di assicurazione del personale, si attengono ciascuna ai propri ordinamenti.

ARTICOLO 10

Entrata in vigore, durata e termine del Protocollo

1. La durata del presente Protocollo è di 3 anni (tre), con decorrenza dalla data della sottoscrizione, eventualmente rinnovabile. Il Protocollo può essere modificato e/o integrato con un atto scritto per concorde volontà dei soggetti.
2. In conformità all’art. 1456 c.c. (clausola risolutiva espressa), il Protocollo potrà essere in qualsiasi momento risolto da una delle parti in caso di inadempimento a quanto previsto nel presente atto.
3. Qualora, a giudizio di entrambe le parti, l’oggetto del Protocollo fosse ritenuto superato o si ritenessero più opportune altre forme di collaborazione, il presente protocollo può essere risolto anticipatamente, senza alcuna penalità.

ARTICOLO 11

Controversie e foro competente

1. Le parti concordano di definire amichevolmente qualsiasi controversia che potesse nascere dal presente protocollo.
2. Nei casi in cui non sia possibile raggiungere in questo modo l’accordo, per ogni eventuale vertenza sarà competente in via esclusiva il Foro di Roma.

ARTICOLO 12

Registrazione dell'atto

1. Il presente atto verrà registrato solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, 2° comma, del D.P.R. 26/10/1973, n.634 e successive modifiche a cura e spese della parte richiedente.

2. Il presente Protocollo viene redatto in triplice copia, di cui una per ciascuna delle parti contraenti ed una ai fini della registrazione.

ARTICOLO 13**Domicilio**

1. Per l'esecuzione del presente Protocollo e per ogni altro effetto di legge i firmatari del presente protocollo eleggono il proprio domicilio presso le proprie sedi legali

Letto, confermato e sottoscritto

Roma,

Per la Regione Lazio

Il Presidente

Nicola Zingaretti

Per la Comunità di S.Egidio-ACAP Onlus

Il Consigliere Delegato

Prof. Marco Impagliazzo

MARCHE

Decreto n. 188 del 29/09/2014 - L.R. 34/2001 - art. 8. Modifica ed integrazione del Decreto 310/PRES/2011 – Sostituzione e nomina di un componente del Comitato Tecnico Consultivo per la cooperazione sociale. (BUR n. 95 del 9.10.14)

DGR 29.9.14, n. 1078 - Revoca della DGR n. 484 del 28/04/2014 di designazione di un rappresentante regionale in seno al Comitato di gestione fondo speciale per il Volontariato. (BUR n. 95 del 9.10.14)

SANITÀ

ABRUZZO

DCR 16.9.14, n. 5/11 - Risoluzione: Atri – Punto nascite Ospedale San Liberatore

«Il Consiglio Regionale

PREMESSO che l'Ospedale di Atri rappresenta il fondamentale punto di riferimento sanitario di un'area vasta in cui vivono oltre 150.000 persone, che si estende dalla costa fino all'hinterland, includendo i Comuni di Montesilvano e Città Sant'Angelo, collocato in una posizione strategica rispetto alle Municipalità della Vallata del Fino;

CONSIDERATA la decisione della Conferenza Stato-Regioni che impone di chiudere quei punti nascita che non superino le 500 nascite nell'arco di un anno e che il punto nascite dell'Ospedale San Liberatore di Atri ha registrato 490 nascite nell'anno 2013 con una media nell'ultimo quinquennio di 514 parti;

RITENUTO che il predetto servizio rischierebbe, conseguentemente, di essere soppresso dalla Regione in virtù del percorso di razionalizzazione del servizio sanitario abruzzese;

RITENUTO altresì, che l'applicazione di parametri quantomeno schematici affiderebbe il destino di una struttura efficiente ed altamente qualificata, come nel caso della struttura di Atri, a tabelle e statistiche che non tengono in alcun modo conto del contesto reale e del rapporto di necessità tra la struttura ed il bacino di utenza e che la chiusura del punto nascite avrebbe, col tempo, ripercussioni negative anche sul reparto di pediatria;

CONSIDERATA, altresì, l'esplicita dichiarazione del Presidente D'Alfonso contenuta nel documento programmatico di governo regionale che richiama la ferma volontà del predetto vertice regionale a voler garantire ai cittadini abruzzesi "salute e benessere ... con strutture di prossimità territoriale efficienti";

IMPEGNA

il Presidente della Giunta regionale e l'Assessore delegato in materia

- a voler intervenire tempestivamente al fine di prodigarsi per scongiurare la chiusura del punto nascite dell'Ospedale San Liberatore di Atri, evitando così di penalizzare, a causa di un dato numerico

puramente ragioneristico e risicato, sia i cittadini del comprensorio che i lavoratori di una struttura collocata in posizione strategica;

- impegna altresì la Giunta regionale ad istituire un tavolo di confronto con i soggetti istituzionali interessati in rappresentanza del territorio.»

DCR 30.9.14, n. 6/2 - Documento: Interventi della Regione in materia di prestazioni riabilitative sottoposte a compartecipazioni. Documento: Interventi della Regione in materia di prestazioni riabilitative sottoposte a compartecipazioni.

«Il Consiglio regionale

CONSIDERATO che:

- l'odierna seduta straordinaria è stata convocata quale dichiarato indirizzo del Consiglio regionale volto ad impedire l'applicazione della compartecipazione alle prestazioni riabilitative in Abruzzo;

- a differenza di quanto accaduto in passato, in meno di cento giorni il governo regionale, grazie all'azione dell'assessore al Bilancio e Sanità, ha individuato le risorse necessarie per far fronte alla quota di compartecipazione tale da garantire la gratuità delle prestazioni riabilitative per le fasce di reddito più basse rendendo possibile la contribuzione diretta ai Comuni;

- le risorse individuate derivano da fondi di bilancio in quanto le prestazioni riabilitative non possono gravare sulle spese sanitarie, circostanza non consentita che determinerebbe, in caso contrario, distrazione dei fondi della sanità;

PRESO ATTO che l'attuale bilancio, approvato dalla precedente amministrazione regionale, pur a fronte dell'obbligo della compartecipazione, non aveva individuato colpevolmente alcuna risorsa da destinare ai Comuni lasciando di fatto soli i disabili e le famiglie rispetto all'obbligo di compartecipazione, rendendosi così necessaria una urgente variazione di bilancio;

RITENUTO necessario garantire le risorse nella programmazione anche per il futuro quale prioritario vincolo di bilancio, circostanza che impone una rigorosa analisi delle risorse disponibili anche alla luce delle grave situazione potenzialmente debitoria della Regione emersa dall'attività di ricognizione posta in essere e resa evidente con delibera di Giunta regionale n. 558 del 09.09.2014, avente ad oggetto: Curriculum vitae della Regione: ricognizione sulla consistenza dell'esposizione debitoria e/o potenzialmente debitoria. Presa d'atto da parte debitoria. Presa d'atto da parte della Giunta regionale, dalla quale emerge una posizione potenzialmente debitoria della Regione di oltre ottocento milioni di euro;

RITENUTO necessario, a tal fine, procedere ad ulteriore puntuale ricognizione delle posizioni debitorie delle società partecipate ed Enti della Regione Abruzzo;

CONDIVISA la necessità di raggiungere in tempi brevi l'uscita dal Commissariamento della sanità recuperando così piena legittimità ed autonomia decisoria in ordine alla programmazione sanitaria;

IMPEGNA

il Presidente della Giunta regionale, l'Assessore al Bilancio e alla Sanità e l'intera Giunta regionale

1. ad assumere quale prioritario vincolo di bilancio la copertura della quota di prestazioni riabilitative sottoposte a compartecipazione, garantendo anzitutto le fasce di reddito più basse;

2. a procedere ad una rigorosa ricostruzione della verità di bilancio al fine di individuare risorse certe attraverso la ricognizione di tutte le situazioni debitorie e potenzialmente debitorie, dirette ed indirette, ovvero afferenti ad Enti regionali e società partecipate;

3. a dare comunicazione alla Corte dei Conti delle risultanze riscontrate e delle condotte assunte anche in ordine alla modalità di partecipazione e di approvazione dei bilanci di Enti regionali e società partecipate;

4. a porre in essere ogni utile atto per accelerare l'uscita dalla condizione di commissariamento della sanità recuperando autonomia decisionale e programmatoria».

BASILICATA

DGR 23.9.14, n. 1148 - Approvazione schema di Protocollo d'Intesa tra il Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata e la Injenia S.r.l. per la realizzazione del Progetto: "Programmazione e monitoraggio delle vaccinazioni antiinfluenzale e antipneumococcica". (BUR n. 39 del 14.10.14)

DGR 23.9.14, n. 1134 - D.G.R. 2060 del 22.12.2008 e D.G.R. 217 del 9.02.2010 - Aggiornamento Registro Regionale delle Autorizzazioni Sanitarie - Strutture Sanitarie Private - ed integrazione ai sensi dell'art. 41, D.Lgs. 33/2013, aggiornato al 30.06.2014. (BUR n. 39 del 14.10.14)

Note

Viene aggiornato, in attuazione delle indicazioni operative di cui alla D.G.R. 2060/08, il Registro Regionale delle Autorizzazioni Sanitarie - strutture sanitarie private di cui alla D.G.R. 2250 del 29.12.2010, alla data del 30 giugno 2014, integrato ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 41, comma 4, del D.Lgs. 33/2013, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale.

CALABRIA

L. R. 7.10.14, n. 27 - Norme in tema di donazione degli organi e tessuti. (BUR n. 51 delo 16.10.14)IL Art. 1

(Dichiarazione di volontà)

1. Fatto salvo quanto previsto dalla normativa nazionale vigente sulla dichiarazione di volontà in materia di donazione di organi e tessuti, ogni cittadino maggiorenne potrà esprimere il proprio consenso o diniego presso l'Ufficio Anagrafe del proprio Comune di appartenenza in sede di rilascio o rinnovo del documento d'identità.

2. L'ufficiale dell'anagrafe ha l'obbligo di informare, al momento del rilascio e del rinnovo della carta di identità, il cittadino maggiorenne della possibilità di effettuare una dichiarazione di volontà volta ad esprimere il proprio consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti post mortem, mediante la compilazione di un apposito modulo che gli verrà fornito nella stessa sede.

3. Qualora il cittadino sia favorevole a rilasciare la propria dichiarazione, l'ufficiale dell'anagrafe gli fornisce il modulo di cui al comma precedente, avendo cura che lo stesso sia compilato e sottoscritto dal cittadino.

4. L'ufficiale dell'anagrafe provvede immediatamente ad inserire le informazioni fornite dal cittadino all'interno del quadro dei dati utilizzati nella procedura informatizzata per l'emissione della carta d'identità, provvedendo ad inviare telematicamente la dichiarazione di volontà direttamente al Sistema Informativo Trapianti (SIT) mediante specifici programmi informatici. Successivamente alla risposta del SIT l'operatore comunale provvede a vidimare il modulo ricevuto dall'utente, conservando copia vidimata presso i propri uffici e rilasciandone copia al cittadino contestualmente al rilascio del documento di identità. La copia del modulo della dichiarazione di volontà debitamente vidimato, rilasciata al cittadino, vale a tutti gli effetti come ricevuta. In qualunque momento ogni cittadino può chiedere il rilascio di copie della propria dichiarazione di volontà.

5. La dichiarazione di volontà può essere modificata in ogni momento mediante una dichiarazione successiva che può essere resa presso la propria ASL o semplicemente mediante una dichiarazione scritta in carta semplice da portare sempre con sé.

FRIULI V.G.

L.R. 16.10.14, n. 17 - Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria. (BUR n. 42 del 22.10.14)

INDICE

TITOLO I - OGGETTO, FINALITÀ E OBIETTIVI

CAPO I - OGGETTO, FINALITÀ E OBIETTIVI

Art. 1 oggetto

Art. 2 finalità e obiettivi

TITOLO II - ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I - ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 3 enti del Servizio sanitario regionale

Art. 4 integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università

Art. 5 Aziende per l'assistenza sanitaria

Art. 6 ambiti territoriali delle Aziende per l'assistenza sanitaria

Art. 7 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

CAPO II - DISPOSIZIONE ATTUATIVE

Art. 8 incarichi e assetti organizzativi

Art. 9 definizione degli atti aziendali

Art. 10 trasferimento dei beni mobili e immobili

Art. 11 incarichi di direzione degli enti del Servizio sanitario regionale

TITOLO III - ASSETTO ORGANIZZATIVO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**CAPO I - ASSETTO ORGANIZZATIVO**

Art. 12 direzione strategica

Art. 13 Conferenza dei sindaci

TITOLO IV - LIVELLI ORGANIZZATIVI DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**CAPO I - PRINCIPI ORGANIZZATIVI**

Art. 14 principi organizzativi

Art. 15 ruolo dell'Università

Art. 16 cooperazione sanitaria transfrontaliera

CAPO II - ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Art. 17 dipartimento di prevenzione

CAPO III - ASSISTENZA DISTRETTUALE**SEZIONE I - PRINCIPI DELL'ASSISTENZA PRIMARIA E STANDARD ORGANIZZATIVI**

Art. 18 principi dell'assistenza primaria e standard organizzativi

SEZIONE II - ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Art. 19 distretto

Art. 20 organizzazione dell'assistenza medica primaria

Art. 21 assistenza domiciliare

Art. 22 dipartimento di salute mentale

10 bollettino ufficiale della regione autonoma friuli venezia giulia 22 ottobre 2014

Art. 23 strutture intermedie

Art. 24 strutture e interventi a rilevanza sociosanitaria

CAPO IV - ASSISTENZA OSPEDALIERA**SEZIONE I - PRINCIPI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Art. 25 principi dell'assistenza ospedaliera

SEZIONE II - PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

Art. 26 programmazione ospedaliera

SEZIONE III - ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Art. 27 tipologia di presidi ospedalieri

Art. 28 la rete dei presidi ospedalieri

Art. 29 presidi ospedalieri di base

Art. 30 presidi ospedalieri di primo livello

Art. 31 presidi ospedalieri di secondo livello

Art. 32 criteri operativi e organizzativi

Art. 33 case di cura private e poliambulatori privati accreditati

Art. 34 riconversione di strutture ospedaliere

Art. 35 modello organizzativo del presidio ospedaliero

Art. 36 gestione economico-finanziaria dei presidi ospedalieri

TITOLO V - PIANIFICAZIONE E ORGANISMI REGIONALI**CAPO I - PIANIFICAZIONE REGIONALE**

Art. 37 pianificazione regionale

Art. 38 rete dell'emergenza-urgenza

CAPO II - ORGANISMI REGIONALI

Art. 39 reti di patologia

Art. 40 attività del personale sanitario

Art. 41 centri di riferimento e di specializzazione regionale

CAPO III - PRINCIPI GESTIONALI

Art. 42 modalità gestionali

Art. 43 informatizzazione del Servizio sanitario regionale

Art. 44 comunicazione al cittadino

Art. 45 formazione del personale

Art. 46 valorizzazione delle professioni sanitarie

Art. 47 benchmarking

TITOLO VI - AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI

CAPO I - AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI

Art. 48 autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie

Art. 49 accreditamento di strutture sanitarie e sociosanitarie

Art. 50 accordi contrattuali

Art. 51 controlli sulle prestazioni erogate

Art. 52 sanzioni amministrative

TITOLO VII - FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I - FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 53 finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale

Art. 54 norma finanziaria

TITOLO VIII - NORME FINALI

CAPO I - NORME FINALI

Art. 55 norme transitorie

Art. 56 abrogazioni

Art. 57 norma di rinvio

TITOLO I - OGGETTO, FINALITÀ E OBIETTIVI

CAPO I - OGGETTO, FINALITÀ E OBIETTIVI

Art. 1 oggetto

1. La presente legge, ai sensi dell'articolo 5, primo comma, n. 16, dello Statuto speciale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e in conformità ai principi contenuti nel 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), dà attuazione alla legge regionale 11 novembre 2013, n. 17 (Finalità e principi per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale).

2. La presente legge, in attuazione del comma 1, nonché degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di cui al decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e al decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ridetermina l'assetto organizzativo dei servizi ospedalieri e distrettuali del Servizio sanitario regionale.

Art. 2 finalità e obiettivi

1. La presente legge, al fine di realizzare i principi di cui all'articolo 2 della legge regionale 17/2013 e di superare le diseguaglianze, riconosce e valorizza come fondamentali risorse del Servizio sanitario regionale le professionalità impegnate nella salvaguardia della salute delle persone e provvede al riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, attraverso i seguenti obiettivi:

a) potenziare l'assistenza primaria, rendendola il più possibile vicina alle esigenze e ai bisogni dei cittadini, nonché facilmente accessibile e fruibile dai medesimi;

b) determinare un riequilibrio delle risorse tra i settori nei quali viene espletata l'attività del Servizio sanitario regionale;

c) valorizzare il ruolo e la partecipazione dell'Università alle attività assistenziali e le connesse funzioni di didattica e ricerca;

d) rafforzare la collaborazione con le comunità e gli enti locali;

e) valorizzare il ruolo e il coinvolgimento dei cittadini e dei loro rappresentanti;

f) mantenere una pianificazione calibrata sui bisogni delle persone senza soluzione di continuità tra i diversi luoghi della prevenzione, della tutela e della cura, in relazione al diritto del cittadino di manifestare il proprio consenso sulle procedure diagnostiche e sugli interventi terapeutici scientificamente consolidati;

g) migliorare l'attrattività e la competitività del Servizio sanitario regionale.

2. La presente legge assicura principi, criteri e standard per la programmazione sanitaria e sociosanitaria dei seguenti livelli essenziali di assistenza (LEA):

- a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) assistenza distrettuale;
- c) assistenza ospedaliera.

TITOLO II ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I - ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 3 enti del Servizio sanitario regionale

1. Per assicurare una piena e completa presa in carico della salute del cittadino e garantire la continuità dell'assistenza, nonché una maggiore efficienza, efficacia e uniformità nella gestione dei fattori produttivi, a decorrere dall'1 gennaio 2015 sono enti del Servizio sanitario regionale:

- a) le Aziende per l'assistenza sanitaria di cui all'articolo 5;
- b) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine;
- c) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano;
- d) l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi.

2. Le aziende di cui al comma 1, lettera b), assicurano un approccio integrato per una gestione sinergica della propria attività istituzionale con l'attività istituzionale rispettivamente dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" di cui all'articolo 5.

Art. 4 integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università

1. Ai fini di cui all'articolo 3, comma 2, a decorrere dall'1 gennaio 2015 e per il periodo massimo di due anni:

- a) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico commissario straordinario;
- b) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico commissario straordinario.

2. In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" incorporano, rispettivamente, l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine subentrando nelle relative funzioni, secondo modalità definite con protocolli d'intesa tra la Regione e le Università interessate, da stipularsi ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), e successive modifiche. La Regione addivene alla stipula definitiva dei suddetti protocolli sentita la Commissione consiliare competente. All'esito dell'incorporazione, le aziende assumono il nome, rispettivamente, di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine" e, sulla base di quanto previsto dai citati protocolli d'intesa, esercitano, in modo unitario, coordinato e inscindibile, sia negli ospedali ad alta specializzazione che nelle attività distrettuali, dipartimentali e territoriali, le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché quelle di didattica e di ricerca, garantendo in particolare la continuità delle cure. Ciò al fine di migliorare il servizio pubblico di tutela della salute, accrescere la qualità dei processi formativi, sviluppare le conoscenze biomediche e l'innovazione tecnologica, nonché valorizzare in modo paritario, nel rispetto dei rispettivi ruoli e mandati, le funzioni e le attività del personale ospedaliero, del distretto e dell'Università.

3. I protocolli d'intesa di cui al comma 2 devono avere la finalità di integrazione delle funzioni, evitando la duplicazione di reparti ospedaliero-universitari lì dove non sia necessitata da documentate esigenze epidemiologiche e/o organizzative.

Art. 5 Aziende per l'assistenza sanitaria

1. Sono Aziende per l'assistenza sanitaria:

- a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina", con sede legale a Trieste;

- b) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", con sede legale a Gorizia, istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";
- c) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e di parte dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli", con sede legale a Gemona del Friuli;
- d) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", con sede legale a Udine;
- e) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", istituita mediante accorpamento dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, con sede legale a Pordenone.

2. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

- a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" succede nell'intero patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina", che viene contestualmente soppressa, e in parte del patrimonio dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste;
- b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina", e parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste;
- c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" e parte delle funzioni svolte dall'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste, come indicato al comma 3, sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina".

3. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività del servizio punto prelievo svolte presso l'ospedale Maggiore di Trieste. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" le funzioni relative alle attività del servizio punto prelievo svolte presso l'ospedale Maggiore di Trieste.

4. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

- a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" succede nell'intero patrimonio delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana", che vengono contestualmente sopresse;
- b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo alle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";
- c) tutte le funzioni svolte dalle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina".

5. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

- a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" succede nel patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli", che viene contestualmente soppressa, e in parte del patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";
- b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";
- c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte delle funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli".

6. Sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", oltre al territorio dei comuni attualmente già compresi nell'ambito territoriale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli", anche il territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli, ivi compreso il relativo presidio ospedaliero, e di Codroipo. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività delle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente

compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" le funzioni relative alle attività delle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compreso negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo.

7. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

- a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", succede in parte del patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli", che viene contestualmente soppressa;
- b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" sono trasferiti parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";
- c) parte delle funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale".

8. Non sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" i territori dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Codroipo e di San Daniele del Friuli, nonché il presidio ospedaliero ivi insistente. Non sono compresi nel patrimonio della medesima azienda i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività svolte nelle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Codroipo e di San Daniele del Friuli. Non sono comprese nelle funzioni della medesima azienda quelle relative alle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni degli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo.

9. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

- a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" succede nel patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, che vengono contestualmente sopresse;
- b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e all'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone;
- c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dall'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale".

10. Alle Aziende per l'assistenza sanitaria si applica la disciplina delle aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992.

11. La costituzione dei nuovi enti del Servizio sanitario regionale è disposta con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale.

12. Le Aziende per l'assistenza sanitaria che comprendono nei propri ambiti territoriali i comuni o le frazioni di essi indicati nella tabella di cui all'articolo 4 della legge 23 febbraio 2001, n. 38 (Norme a tutela della minoranza linguistica slovena della regione Friuli-Venezia Giulia), devono garantire i diritti previsti dall'articolo 8 della stessa legge.

Art. 6 ambiti territoriali delle Aziende per l'assistenza sanitaria

1. Gli ambiti territoriali delle Aziende per l'assistenza sanitaria sono definiti come di seguito indicato:

- a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" comprende i seguenti comuni: Duino-Aurisina/Devin Nabrežina, Monrupino/Repentabor, Muggia, San Dorligo della Valle-Dolina, Sgonico/Zgonik, Trieste;
- b) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" comprende i seguenti comuni: Capriva del Friuli, Cormons, Doberdò del Lago/Doberdob, Dolegna del Collio, Farra d'Isonzo, Fogliano Redipuglia, Gorizia, Gradisca d'Isonzo, Grado, Mariano del Friuli, Medea, Monfalcone, Moraro, Mossa, Romans d'Isonzo, Ronchi dei Legionari, Sagrado, San Canzian d'Isonzo, San Floriano del Collio/Števerjan, San Lorenzo Isontino, San Pier d'Isonzo, Savogna d'Isonzo/Sovodnje ob Soči, Staranzano, Turriaco, Villesse, Aiello del Friuli, Aquileia, Bagnaria Arsa, Bicinicco, Campolongo Tapogliano, Carlino, Cervignano, Chiopris-Viscone, Fiumicello, Gonars, Latisana, Lignano Sabbiadoro, Marano Lagunare, Muzzana del Turgnano, Palazzolo dello Stella, Palmanova, Pocenia, Porpetto, Precenico, Rivignano Teor, Ronchis, Ruda, San Giorgio di Nogaro, Santa Maria La Longa, San Vito al Torre, Terzo d'Aquileia, Torviscosa, Trivignano Udinese, Villa Vicentina, Visco;

c) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" comprende i seguenti comuni: Amaro, Ampezzo, Arta Terme, Artegna, Basiliano, Bertiole, Bordano, Buja, Camino al Tagliamento, Castions di Strada, Cavazzo Carnico, Cercivento, Chiusaforte, Codroipo, Colloredo di Monte Albano, Comeglians, Coseano, Dignano, Dogna, Enemonzo, Fagagna, Flaibano, Forgaria nel Friuli, Forni Avoltri, Forni di Sopra, Forni di Sotto, Gemona, Lauco, Lestizza, Ligosullo, Majano, Malborghetto, Mereto di Tomba, Moggio, Montenars, Mortegliano, Moruzzo, Osoppo, Ovaro, Paluzza, Paularo, Pontebba, Prato Carnico, Preone, Ragogna, Ravascletto, Raveo, Resia, Resiutta, Rigolato, Rive d'Arcano, San Daniele del Friuli, San Vito di Fagagna, Sauris, Sedegliano, Socchieve, Sutrio, Talmassons, Tarvisio, Tolmezzo, Trasaghis, Treppo Carnico, Treppo Grande, Varmo, Venzona, Verzegnis, Villa Santina, Zuglio;

d) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" comprende i seguenti comuni: Attimis, Buttrio, Campofornido, Cassacco, Cividale del Friuli, Corno di Rosazzo, Drenchia, Faedis, Grimacco, Lusevera, Magnano in Riviera, Manzano, Martignacco, Moimacco, Nimis, Pagnacco, Pasian di Prato, Pavia di Udine, Povoletto, Pozzuolo del Friuli, Pradamano, Premariacco, Prepotto, Pulfero, Reana del Rojale, Remanzacco, San Giovanni al Natisone, San Leonardo, San Pietro al Natisone, Savogna, Stregna, Taipana, Tarcento, Tavagnacco, Torreano, Tricesimo, Udine;

e) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" comprende i seguenti comuni: Andreis, Arba, Arzene, Aviano, Azzano Decimo, Barcis, Brugnera, Budoia, Caneva, Casarsa della Delizia, Castelnovo del Friuli, Cavasso Nuovo, Chions, Cimolais, Claut, Clauzetto, Cordenons, Cordovado, Erto e Casso, Fanna, Fiume Veneto, Fontanafredda, Frisanco, Maniago, Meduno, Montebelluna, Morsano al Tagliamento, Pasiano di Pordenone, Pinzano al Tagliamento, Polcenigo, Porcia, Pordenone, Prata di Pordenone, Pravisdomini, Roveredo in Piano, Sacile, San Giorgio della Richinvelda, San Martino al Tagliamento, San Quirino, San Vito al Tagliamento, Sequals, Sesto al Reghena, Spilimbergo, Tramonti di Sopra, Tramonti di Sotto, Travesio, Vajont, Valvasone, Vito d'Asio, Vivaro, Zoppola.

2. Le perimetrazioni degli ambiti territoriali delle Aziende per l'assistenza sanitaria potranno essere ridefinite in relazione al riordino del sistema delle autonomie locali, all'individuazione degli ambiti territoriali ottimali per l'esercizio associato delle funzioni da parte delle unioni dei Comuni, nonché a seguito della verifica, decorsi due anni dalla data di entrata in vigore, dello stato di attuazione della presente legge.

Art. 7 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

1. Al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia del Servizio sanitario regionale, a decorrere dall'1 gennaio 2015 è istituito l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, con sede legale a Udine.

2. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi è dotato di personalità giuridica pubblica ed è disciplinato dalle vigenti disposizioni di legge concernenti le aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992.

3. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge, per conto degli enti del Servizio sanitario regionale, anche su indicazione della Regione, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi, nonché funzioni accentrate di supporto tecnico, amministrative e gestionali.

4. Le funzioni accentrate amministrative consistono nelle attività finalizzate agli acquisti di beni e servizi, allo svolgimento di funzioni di stazione appaltante dei lavori pubblici e all'attività amministrativa standardizzata inerente al personale, ivi compresa la formazione.

5. Le funzioni accentrate gestionali riguardano la logistica del servizio di magazzino e le altre attività individuate con le modalità indicate al comma 7.

6. Le funzioni accentrate di supporto tecnico sono svolte in favore degli enti del Servizio sanitario regionale e della funzione di programmazione della Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia.

7. La Giunta regionale individua in dettaglio le funzioni di cui ai commi 3, 4, 5 e 6, nonché le date a decorrere dalle quali le funzioni stesse sono svolte in via esclusiva dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi e riferisce annualmente alla Commissione consiliare competente sull'attività dell'ente.

8. Il direttore generale dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge le proprie funzioni coadiuvato dai direttori amministrativo e sanitario di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 502/1992.

Ai fini della programmazione strategica delle relative attività, il direttore generale è affiancato da un

comitato di indirizzo che, con regolamento interno, definisce le proprie modalità operative. Il comitato di

indirizzo è composto dal direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che lo presiede, e dai direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale, o loro delegati. Le decisioni del comitato di indirizzo sono recepite dagli enti del Servizio sanitario regionale.

9. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi è dotato di personale proprio, cui viene applicata la disciplina giuridica, economica e previdenziale del personale del Servizio sanitario nazionale.

10. Il direttore generale dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi definisce l'organizzazione aziendale, mediante l'adozione della proposta di atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992.

11. Le funzioni svolte dall'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine tramite il Dipartimento Servizi Condivisi sono trasferite all'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, che subentra nella titolarità dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi i rapporti di lavoro, in continuità e neutralità con le funzioni precedentemente svolte.

CAPO II - DISPOSIZIONE ATTUATIVE

Art. 8 incarichi e assetti organizzativi

1. Fatto salvo quanto previsto agli articoli 4 e 11, gli incarichi e gli assetti organizzativi in essere alla data del 31 dicembre 2014 negli enti del Servizio sanitario regionale oggetto di variazione di configurazione giuridica per effetto della presente legge proseguono fino all'approvazione dell'atto aziendale dei nuovi enti, salvo che siano incompatibili con le modifiche strutturali, organizzative e gestionali necessarie per concretizzare il valore aggiunto derivante dall'istituzione degli stessi.

2. Con il cessare delle funzioni di cui all'articolo 7, comma 7, il personale degli enti di cui all'articolo 3 adibiti precedentemente alle medesime funzioni, viene posto in disponibilità per essere trasferito all'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, con le modalità previste dai contratti collettivi nazionali di lavoro di riferimento e dalla normativa vigente.

Art. 9 definizione degli atti aziendali

1. Nel rispetto dei principi e criteri adottati con deliberazione della Giunta regionale, gli organi di vertice dei nuovi enti definiscono l'organizzazione aziendale mediante l'adozione delle proposte di atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992, sulla base della programmazione e delle direttive regionali.

2. Le proposte di atto aziendale sono approvate con decreto del direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. L'atto aziendale è adottato in via definitiva dall'organo di vertice dell'ente.

Art. 10 trasferimento dei beni mobili e immobili

1. Per effetto del riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale di cui alla presente legge, il trasferimento della proprietà dei beni mobili e immobili, nonché di ogni altro rapporto giuridico attivo e passivo, avviene a titolo gratuito.

2. Gli organi di vertice degli enti del Servizio sanitario regionale provvedono a redigere un atto ricognitivo dei beni mobili e immobili oggetto del trasferimento.

3. Per l'attuazione di quanto stabilito all'articolo 5, commi 2 e 3, al direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste sono affidate le funzioni preparatorie relative agli atti di ricognizione, con il coordinamento della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che sono successivamente sottoposti alla Giunta regionale per il recepimento.

4. Per l'attuazione di quanto stabilito all'articolo 5, commi 5, 6, 7 e 8, al direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono affidate le funzioni preparatorie relative agli atti di ricognizione, con il coordinamento della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che sono successivamente sottoposti alla Giunta regionale per il recepimento.

5. Per l'attuazione di quanto stabilito all'articolo 7, comma 11, al direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine sono affidate le funzioni preparatorie relative agli atti di ricognizione, con il coordinamento della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che sono successivamente sottoposti alla Giunta regionale per il recepimento.

6. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 502/1992, costituisce titolo per la trascrizione nei pubblici registri mobiliari e immobiliari il decreto del Presidente della Regione, da adottarsi previa

deliberazione della Giunta regionale, di recepimento dell'atto ricognitivo di cui al comma 2.

7. L'utilizzo in qualsiasi forma, da parte dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, dei beni mobili e immobili degli altri enti del Servizio sanitario regionale per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, avviene a titolo gratuito.

Art. 11 incarichi di direzione degli enti del Servizio sanitario regionale

1. A decorrere dall'1 gennaio 2015 decadono gli incarichi di direttore generale delle Aziende per i servizi sanitari n. 1, 2, 3, 4, 5, 6, nonché dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste, dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine e dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone. Decadono inoltre gli incarichi di direttore sanitario, di direttore amministrativo, tutti gli organi e organismi dei predetti enti, ivi incluso il coordinatore sociosanitario.

Al fine di garantire il processo di integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università, gli organi di indirizzo delle Aziende ospedaliero-universitarie decadono alla data di costituzione delle nuove aziende di cui all'articolo 4, comma 2, e sono successivamente individuati secondo la normativa vigente.

2. Con effetto a decorrere dall'1 gennaio 2015 sono nominati gli organi di vertice delle aziende di cui all'articolo 3, comma 1, lettere a) e b), con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale.

3. Con effetto a decorrere dall'1 gennaio 2015 viene nominato l'organo di vertice dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, secondo le medesime modalità previste per le aziende di cui al comma 2.

4. Con effetto a decorrere dall'1 gennaio 2015 viene nominato un unico commissario straordinario per l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste e per l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina", con le modalità previste dalla legge regionale 21 luglio 2004, n. 20 (Riordino normativo dell'anno 2004 per il settore dei servizi sociali), per le finalità di cui all'articolo 4 della presente legge.

5. Con effetto a decorrere dall'1 gennaio 2015 viene nominato un unico commissario straordinario per l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine e per l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", con le modalità previste dalla legge regionale 20/2004, per le finalità di cui all'articolo 4 della presente legge.

TITOLO III - ASSETTO ORGANIZZATIVO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I - ASSETTO ORGANIZZATIVO

Art. 12 direzione strategica

1. Presso le Aziende per l'assistenza sanitaria n. 1, 2, 3, 4 e 5 operano, quali organi, il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione.

2. Presso le Aziende ospedaliero-universitarie di Trieste e di Udine, oltre al direttore generale, nominato d'intesa con l'Università, il collegio sindacale e il collegio di direzione, opera, quale organo, anche l'organo di indirizzo.

3. Per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico si applica la legge regionale 10 agosto 2006, n. 14 (Disciplina dell'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano).

4. Presso l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi operano, quali organi, il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione.

5. La direzione strategica, quale articolazione delle aziende di cui al comma 1, è composta, oltre che dal direttore generale, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo, di cui al decreto legislativo 502/1992, nonché dal coordinatore sociosanitario.

6. Il coordinatore sociosanitario coadiuva il direttore generale nel governo dell'azienda svolgendo attività di supporto per la programmazione e l'indirizzo delle attività sociosanitarie ed esercitando funzioni di promozione, raccordo e relazione interdistrettuale nelle medesime materie.

7. Il coordinatore sociosanitario è nominato dal direttore generale, previo parere della Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 13, da esprimersi entro dieci giorni dalla formale richiesta, ed è individuato preferibilmente tra il personale appartenente alla dirigenza degli enti del Servizio sanitario regionale o a quella dei servizi sociali dei Comuni, che abbia acquisito competenze o maturato esperienze per almeno

cinque anni nei settori sociale o sociosanitario. Il coordinatore sociosanitario può essere altresì individuato tra personale laureato diverso da quello indicato al primo periodo del presente comma, purché in possesso delle medesime competenze ed esperienze. Nei suoi riguardi valgono le norme previste, anche con riferimento al trattamento giuridico, economico e previdenziale, per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo, in quanto applicabili.

8. Nei casi in cui l'Azienda per l'assistenza sanitaria assuma la gestione di attività e servizi socio-assistenziali, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 502/1992, il coordinatore sociosanitario svolge anche le funzioni di direzione dei suddetti servizi e attività; in tale caso, il coordinatore è nominato d'intesa con la Conferenza dei sindaci, da esprimersi entro dieci giorni dalla formale richiesta.

9. Per la quota di attività rapportabile alle funzioni di cui al comma 8, l'onere relativo agli emolumenti spettanti al coordinatore sociosanitario è a carico degli enti locali.

10. Il direttore generale risponde, per la propria Azienda per l'assistenza sanitaria, dei risultati conseguenti all'attuazione della finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b), coerentemente con gli obiettivi della programmazione annuale.

Art. 13 Conferenza dei sindaci

1. La Conferenza dei sindaci è l'organismo attraverso il quale i Comuni svolgono le seguenti funzioni:

a) esprimono i bisogni di salute delle rispettive comunità locali e li rappresentano alla Regione e alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, di cui all'articolo 1 della legge regionale 9 marzo 2001, n. 8 (Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali);

b) esprimono parere obbligatorio ed eventuali osservazioni sul Piano attuativo locale nei termini e con le modalità stabiliti dagli articoli 16 e 20 della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49 (Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria);

c) esercitano, con riguardo ai procedimenti riferiti ai direttori generali le funzioni di cui all'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del decreto legislativo 502/1992;

d) verificano l'andamento generale dell'attività delle Aziende per l'assistenza sanitaria;

e) esprimono parere o intesa sulla nomina del coordinatore sociosanitario, con le modalità indicate all'articolo 12;

f) designano uno dei componenti il collegio sindacale delle Aziende per l'assistenza sanitaria n. 1, 2, 3, 4 e 5, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge regionale 26 luglio 2013, n. 6 (Assestamento del bilancio 2013).

2. Le modalità di funzionamento della Conferenza dei sindaci sono stabilite dalla conferenza stessa con regolamento approvato a maggioranza assoluta.

TITOLO IV - LIVELLI ORGANIZZATIVI DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I - PRINCIPI ORGANIZZATIVI

Art. 14 principi organizzativi

1. Le Aziende per l'assistenza sanitaria sono articolate su tre livelli organizzativi, corrispondenti ai tre livelli erogativi dei livelli essenziali di assistenza:

a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

b) assistenza distrettuale;

c) assistenza ospedaliera.

2. Le risorse finanziarie previste a livello regionale per i tre livelli organizzativi sono ripartite secondo il seguente vincolante obiettivo il cui mancato raggiungimento deve essere dettagliatamente motivato dalla Giunta regionale in fase di adozione delle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale:

a) per almeno il 5 per cento all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

b) per almeno il 50 per cento all'assistenza distrettuale.

3. Comunque il limite previsto dal comma 2, lettera a), non può essere in nessun caso inferiore al 5 per cento.

Art. 15 ruolo dell'Università

1. La Regione individua le Università di Trieste e di Udine quali risorse e partner per garantire un miglioramento continuo dello stato di salute della popolazione regionale.

2. Le Università, in particolare attraverso le attività di didattica, ricerca e assistenza del settore biomedico,

e la Regione operano in stretto raccordo perseguendo l'eccellenza in tutte le attività e definendo su base annuale obiettivi misurabili e risorse adeguate rispetto:

- a) alla formazione di base, specialistica e continua post-lauream del personale del Servizio sanitario regionale;
- b) alla ricerca clinica, traslazionale, di base, epidemiologica e organizzativa, anche individuando tematiche e risorse per lo sviluppo di settori di comune interesse;
- c) alle attività assistenziali da garantire e sviluppare nel rispetto delle esigenze del Servizio sanitario regionale e delle funzioni universitarie di didattica e ricerca, anche adottando specifici modelli organizzativi innovativi;
- d) alla promozione dell'innovazione in una prospettiva internazionale finalizzata a favorire il miglioramento della salute e la crescita sociale ed economica dell'intera comunità regionale.

3. Per l'implementazione degli obiettivi previsti dai commi 1 e 2, la Regione promuove altresì una collaborazione costante con la Scuola internazionale superiore di studi avanzati (SISSA) di Trieste e gli enti e istituti scientifici di ricerca presenti nel territorio regionale.

4. La Regione e le Università monitorano con una apposita commissione paritetica su base annuale l'impatto socio sanitario, scientifico, formativo ed economico dei programmi condivisi e definiscono ulteriori eventuali piani di sviluppo.

5. La Regione e le Università disciplinano quanto previsto al comma 2, lettere a), b) e d), con apposito protocollo d'intesa, e quanto previsto al comma 2, lettera c), con il protocollo d'intesa di cui all'articolo 4, comma 2.

Art. 16 cooperazione sanitaria transfrontaliera

1. La Regione incentiva lo sviluppo della cooperazione transfrontaliera in ambito sanitario come parte integrante della propria programmazione sanitaria.

2. In particolare nelle aziende che insistono sui territori di confine, la cooperazione sanitaria con la Slovenia e l'Austria è individuata come indirizzo strategico della programmazione sanitaria ai fini di una integrazione dei relativi sistemi sanitari. A questo scopo la Regione promuove, attraverso l'adozione di un progetto obiettivo sulla sanità transfrontaliera da adottarsi con apposita deliberazione della Giunta regionale, l'integrazione tra la programmazione sanitaria e i documenti di programmazione della cooperazione territoriale tra Italia, Slovenia e Austria. Verrà sviluppata anche una collaborazione con la Croazia.

3. Il progetto obiettivo di cui al comma 2 si coordina con le attività regionali aventi a oggetto la sanità transfrontaliera e in particolare con i programmi operativi interregionali.

4. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge è predisposto un piano di integrazione socio sanitaria che individua priorità e tempi per la progressiva integrazione dei sistemi socio sanitari italiani e sloveni.

CAPO II - ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Art. 17 dipartimento di prevenzione

1. Il dipartimento di prevenzione è la struttura operativa delle Aziende per l'assistenza sanitaria preposta a svolgere le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica a livello aziendale o sovra aziendale.

Persegue gli obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita secondo criteri di equità e sostenibilità. Il dipartimento di prevenzione concorre alla promozione e tutela della salute, anche attraverso la valutazione e il controllo dei fattori di rischio, tenendo conto costantemente del contesto in cui opera e dei mutamenti in corso, in particolare abitudini di vita, invecchiamento della popolazione, modifiche dell'ambiente e del contesto sociale e produttivo, e loro impatto sulla salute. Il dipartimento di prevenzione attua programmi di sanità pubblica supportati da dimostrate evidenze di efficacia, secondo criteri di priorità, nonché sulla base del principio di precauzione, anche mediante la promozione di corretti comportamenti che garantiscano la salute del cittadino e della collettività.

2. Il dipartimento di prevenzione ha autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile, è organizzato in centri di costo e di responsabilità e svolge le seguenti funzioni:

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

- c) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- d) collabora con l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA) per la tutela della salute con riferimento ai fattori ambientali;
- e) medicina legale;
- f) medicina dello sport;
- g) sanità animale;
- h) igiene degli alimenti di origine animale;
- i) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

3. Nell'ambito delle funzioni di cui al comma 2, l'Azienda per l'assistenza sanitaria individua con l'atto aziendale le strutture complesse o semplici.

4. I dipartimenti di prevenzione sono organizzati in modo da garantire:

- a) l'analisi dei fattori di rischio per la salute pubblica e delle loro ricadute sulla popolazione di riferimento;
- b) interventi unitari in rapporto alle esigenze e alle caratteristiche del territorio per contrastare i fattori di rischio, con particolare attenzione ai gruppi di popolazione più esposti;
- c) decentramento nell'erogazione delle prestazioni;
- d) utilizzo flessibile e condiviso delle risorse economiche, professionali e strumentali;
- e) organizzazione e differenziazione di gruppi tecnici per competenza che tengano conto di un bacino di utenza regionale.

5. Il dipartimento di prevenzione collabora con il livello distrettuale allo sviluppo della continuità assistenziale e dei percorsi assistenziali per le malattie croniche degenerative.

6. Il direttore del dipartimento di prevenzione è scelto dal direttore generale tra i direttori di struttura complessa del dipartimento e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

7. L'attività delle professioni sanitarie nel dipartimento di prevenzione è svolta in equipe multi professionale con la finalità di privilegiare la centralità del cittadino, nel rispetto dell'autonomia prevista dalla legge 251/2000 e dalla legge regionale 10/2007, in coordinamento con le altre professioni sanitarie.

CAPO III - ASSISTENZA DISTRETTUALE

SEZIONE I - PRINCIPI DELL'ASSISTENZA PRIMARIA E STANDARD ORGANIZZATIVI

Art. 18 principi dell'assistenza primaria e standard organizzativi

1. La rete dei servizi di assistenza sanitaria primaria garantisce l'erogazione del livello essenziale di assistenza distrettuale e opera secondo i seguenti principi, modalità operative e strumenti:

- a) promozione della salute della comunità assistita;
- b) assistenza integrata delle patologie prevalenti;
- c) presa in carico dei problemi di salute della popolazione mediante percorsi assistenziali integrati;
- d) valutazione multidimensionale dei problemi di salute e definizione di percorsi assistenziali personalizzati;
- e) coinvolgimento degli assistiti e dei familiari nella definizione dei percorsi assistenziali personalizzati;
- f) alta qualificazione professionale e organizzativa per ottenere l'efficacia dei trattamenti;
- g) alto livello di appropriatezza clinico assistenziale dei trattamenti;
- h) efficienza nell'uso delle risorse professionali, strumentali e di beni di consumo;
- i) riferimento a standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi nazionali;
- j) organizzazione di prossimità nell'erogazione dei servizi;
- k) integrazione dei servizi sanitari con il sociale;
- l) continuità assistenziale e delle cure.

2. Con deliberazione della Giunta regionale sono individuati il fabbisogno delle strutture e gli standard organizzativi della rete dei servizi di assistenza sanitaria primaria.

3. La deliberazione di cui al comma 2 è adottata previo parere della Commissione consiliare competente, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, decorsi i quali si prescinde dal parere.

SEZIONE II - ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Art. 19 distretto

1. Il distretto costituisce il livello privilegiato per coinvolgere in modo strutturato i cittadini, anche mediante le organizzazioni dei rappresentati, con la finalità di aumentare la consapevolezza, la responsabilità e il controllo della salute individuale e della comunità, mediante:

- a) la condivisione del profilo epidemiologico di salute della comunità;
 - b) la partecipazione alla programmazione e al monitoraggio dei percorsi assistenziali delle patologie prevalenti;
 - c) la valutazione dei risultati in tema di esito e di processo dei percorsi assistenziali.
- 2.** Il distretto è l'articolazione dell'Azienda per l'assistenza sanitaria preposto ad assicurare una risposta unitaria, coordinata e continua ai bisogni della comunità. A tal fine persegue l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, sociosanitari nonché con i Servizi sociali dei Comuni, così come disciplinati dalla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).
- 3.** Il distretto coordina le attività aziendali svolte per la popolazione di riferimento. Tale funzione viene esercitata attraverso l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali cui partecipano tutti i servizi aziendali di riferimento. L'ufficio fa capo al direttore di distretto.
- 4.** L'integrazione è riferita, in particolare, all'ambito istituzionale, professionale, sociale e sanitario, con particolare riferimento alle seguenti aree di intervento:
- a) anziani;
 - b) persone con disabilità;
 - c) salute mentale;
 - d) dipendenze;
 - e) materno-infantile.
- 5.** Con riferimento ai compiti e settori di intervento il distretto svolge le seguenti funzioni:
- a) di committenza;
 - b) di produzione;
 - c) di integrazione.
- 6.** La funzione di committenza del distretto consiste nella definizione, congiuntamente con il livello ospedaliero e degli enti locali, dei servizi necessari per rispondere ai bisogni dei cittadini utenti e viene svolta attraverso un processo programmatico che prevede:
- a) una fase di valutazione dei bisogni della popolazione di riferimento;
 - b) una fase di individuazione delle modalità di risposta in termini di offerta integrata dei servizi;
 - c) una fase attuativa di monitoraggio del livello di efficacia e di efficienza dei servizi;
 - d) una fase di valutazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione, nonché di controllo quali-quantitativo degli erogatori interni ed esterni.
- 7.** La funzione di produzione consiste nelle seguenti attività:
- a) assistenza medica primaria, comprensiva della continuità assistenziale e implicante lo sviluppo dell'integrazione tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizio di continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale, riabilitazione;
 - b) erogazione delle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria, se delegate, in particolare nei settori materno-infantile, della disabilità, degli anziani fragili, delle dipendenze, della salute mentale, della non autosufficienza.
- 8.** La funzione di integrazione del distretto viene espletata:
- a) tra strutture sanitarie e servizi sociali dei Comuni;
 - b) nei settori operativo e organizzativo, con l'individuazione di obiettivi comuni, progettazioni, percorsi e processi;
 - c) nel settore diagnostico-assistenziale e tra i diversi livelli di cura;
 - d) a livello logistico, con condivisione di spazi, sistemi di supporto, tecnologie e strumenti operativi;
 - e) nei sistemi informativi.
- 9.** Allo scopo di garantire una maggiore uniformità di offerta agli assistiti e, nel contempo, conseguire una maggiore efficienza, il distretto coincide con uno o più ambiti dei Servizi sociali dei Comuni. L'articolazione dei distretti viene determinata tenendo conto di un bacino di utenza compreso tra 50.000 e 100.000 residenti, fermo restando che condizioni geomorfologiche o la bassa densità della popolazione possono consentire eventuali deroghe.
- 10.** L'effettiva articolazione del territorio in distretti deve essere coincidente, multiplo o frazione del territorio di uno o più ambiti del Servizio sociale dei Comuni e deve comunque garantire una capillare organizzazione dei servizi sul territorio e la vicinanza ai bisogni del cittadino.
- 11.** Il distretto è una struttura aziendale dotata di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile

ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. L'attività delle professioni sanitarie nel distretto è svolta in equipe multiprofessionale con la finalità di privilegiare la centralità della persona, nel rispetto dell'autonomia prevista dalla legge 251/2000 e dalla legge regionale 10/2007, in coordinamento con le altre professioni sanitarie.

12. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale, ai sensi dell'articolo 3 sexies, comma 3, del decreto legislativo 502/1992, a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi distrettuali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 502/1992, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria. L'incarico può essere affidato anche a personale esterno alle aziende nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente.

13. Il direttore del distretto è responsabile dell'elaborazione del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 7 della legge regionale 17 agosto 2004, n. 23 (Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale), e rappresenta l'azienda, unitamente al coordinatore sociosanitario di cui all'articolo 12, nel procedimento di elaborazione del Piano di zona di cui all'articolo 24 della legge regionale 6/2006.

14. In ogni distretto sono assicurate almeno le seguenti funzioni organizzate con riferimento alle seguenti aree:

- a) assistenza medica primaria, relativamente alla medicina convenzionata (medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medici dell'emergenza territoriale), alla pediatria convenzionata, alla specialistica ambulatoriale, alla riabilitazione ambulatoriale e protesica, alle cure palliative e terapia del dolore negli adulti e nell'età evolutiva;
- b) assistenza domiciliare integrata, relativamente all'assistenza infermieristica domiciliare, all'assistenza riabilitativa domiciliare e all'assistenza programmata dei medici di medicina generale;
- c) assistenza farmaceutica tramite le farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, assistenza farmaceutica integrativa regionale, relativamente alla distribuzione di farmaci e di presidi sanitari, funzione di farmacia dei servizi, con particolare riferimento alla promozione della salute, anche mediante l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita e la gestione attiva e integrata delle patologie croniche prevalenti. Le farmacie svolgono le attività previste dalla normativa sulla farmacia dei servizi. Il Servizio sanitario regionale può stipulare con i rappresentanti delle farmacie pubbliche e private accordi convenzionali che provvedono alla identificazione e alla codifica dei servizi;
- d) assistenza materno-infantile tramite l'area distrettuale materno-infantile e del consultorio familiare relativamente all'assistenza ostetrico-ginecologica, all'assistenza pediatrica, all'assistenza psicosociale ed educativa, alla tutela e al sostegno psicologico e sociale alle famiglie e alle persone nelle diverse fasi del ciclo di vita, agli interventi sociosanitari integrati;
- e) neurologia dello sviluppo relativamente alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi dello sviluppo e dei disturbi neurologici e neuropsicologici in età evolutiva, nonché salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza (0-17 anni) relativamente alla diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici dei bambini e degli adolescenti. Tali funzioni, integrate con l'area materno-infantile dei distretti e degli ospedali di riferimento, sono espressione della struttura operativa complessa aziendale multidisciplinare di neurologia dello sviluppo e salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, che garantisce la presa in carico nei diversi contesti distrettuale, sovra distrettuale e ospedaliero all'interno dell'organizzazione dipartimentale aziendale;
- f) i dipartimenti aziendali o sovra aziendali per le dipendenze garantiscono la promozione e la tutela della salute in tema di dipendenza patologica nella popolazione di riferimento. Governano tale funzione mediante la gestione dei fattori produttivi. Sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile e sono organizzati in centri di costo e di responsabilità. I dipartimenti per le dipendenze assicurano ai cittadini gli interventi specialistici di competenza, a livello di assistenza distrettuale e sovra distrettuale, con prestazioni ambulatoriali, territoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali. L'integrazione delle funzioni con le altre strutture distrettuali nonché la sinergia con l'ospedale è assicurata dal distretto;
- g) sanità penitenziaria, relativamente al coordinamento delle attività di prevenzione e alla diagnosi, cura e riabilitazione rivolte ai detenuti e internati;

h) strutture intermedie (strutture semiresidenziali e residenziali delle residenze sanitarie assistenziali, hospice, strutture di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ospedale di comunità, moduli ad alta intensità assistenziale), relativamente all'assistenza sanitaria, all'assistenza tutelare, alla riabilitazione residenziale, ai moduli respiro, alle cure palliative residenziali, alla post acuzie, alle unità di assistenza protratta;

i) servizio di coordinamento della rete delle cure palliative, relativamente all'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, domiciliare e residenziale anche a valenza sovra distrettuale;

j) centro di salute mentale (articolazione complessa strutturata nel dipartimento di salute mentale), relativamente alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rivolta a persone con problemi di salute mentale, alla continuità assistenziale e terapeutica, agli interventi psicosociali, all'attività di inserimento lavorativo, all'accoglienza residenziale e semiresidenziale temporanea, dell'abitare assistito, alle attività per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, agli interventi sociosanitari integrati (unità di valutazione distrettuale);

k) coordinamento della rete per le persone adulte con disabilità per gli interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi nei diversi setting assistenziali, domiciliare, ambulatoriale e residenziale, garantendo inoltre la continuità dell'assistenza sanitaria nel passaggio tra l'età evolutiva e l'età adulta;

l) centrale unica operativa aziendale, con funzione di identificazione dei bisogni di salute e assistenziali e di integrazione tra i servizi distrettuali, di prevenzione, ospedalieri e i Servizi sociali dei Comuni, con lo scopo di assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale della popolazione servita. La centrale operativa è attiva nell'arco delle ventiquattro ore e sette giorni su sette;

m) anziani, relativamente al coordinamento degli interventi e all'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie (screening sociosanitario, raccordo operativo, attuazione e verifica programmi assistenziali, formazione e informazione utenti e famiglie e care giver), con particolare riguardo a tutte le misure utili a ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero e all'istituzionalizzazione di lunga durata.

15. L'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale è organo rappresentativo dei Comuni e svolge le funzioni previste dall'articolo 20 della legge regionale 6/2006.

16. Almeno due volte all'anno è convocata un'assemblea aperta alle associazioni e alla cittadinanza per l'espressione di un parere consultivo sulle principali azioni del distretto e sui servizi.

Art. 20 organizzazione dell'assistenza medica primaria

1. L'assistenza medica primaria, a regime, è assicurata dai medici con rapporto di convenzione con il Servizio sanitario regionale, è organizzativamente incardinata nel distretto sanitario, partecipando alle attività del medesimo tramite l'ufficio distrettuale per la medicina generale, e opera in stretto collegamento funzionale con i livelli assistenziali della prevenzione e ospedaliero. Le forme organizzative dell'assistenza medica primaria sono:

a) le aggregazioni funzionali territoriali (AFT);

b) la medicina di gruppo;

c) i centri di assistenza primaria che svolgono le funzioni delle unità complesse di cure primarie;

d) i presidi ospedalieri per la salute.

2. Durante la fase transitoria mantengono la loro operatività le forme associative finora operanti denominate medicina di gruppo e medicina in rete, che confluiscono progressivamente nelle nuove forme organizzative secondo appositi accordi.

3. Le AFT hanno lo scopo di coordinare la risposta appropriata ai bisogni assistenziali dei pazienti. Con le AFT si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza. Ogni centro di assistenza primaria è funzionalmente collegato a una AFT della medicina generale e della pediatria. Le aziende individuano le AFT in relazione ai seguenti criteri:

a) riferimento al distretto;

b) popolazione assistita con un numero di abitanti compreso tra 20.000 e 30.000;

c) caratteristiche del territorio (urbano, rurale, montano).

4. La medicina di gruppo ha la finalità di ampliare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di assicurare una migliore continuità assistenziale, di attuare iniziative di promozione della salute e di prevenzione, di perseguire l'integrazione assistenziale con l'ospedale e gli altri servizi coinvolti nei processi di cura e di attuare interventi di razionalizzazione della spesa, nonché di promuovere un

miglioramento degli standard tecnici, al fine di garantire un facile accesso ai locali adibiti a sale d'aspetto e ambulatori, in particolare alle persone con limitata capacità motoria o sensoriale. La medicina di gruppo si realizza gradualmente attraverso l'attivazione di una sede unica oppure attraverso il coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi, in modo da garantire da otto a dodici ore giornaliere, determinate sulla base delle esigenze della popolazione, da integrarsi con la continuità assistenziale per una copertura di sette giorni su sette alla settimana, per l'effettuazione di visite ambulatoriali, di visite domiciliari, per gli accessi di assistenza programmata domiciliare e integrata, per la gestione del fascicolo sanitario elettronico e l'adozione di percorsi assistenziali personalizzati. La medicina di gruppo è costituita da almeno sei medici, salvo deroghe decise in considerazione di variabili organizzative e/o orogeografiche individuate in ogni Azienda per l'assistenza sanitaria dal comitato di azienda. Tale modello organizzativo può avvalersi, secondo la normativa vigente, delle prestazioni di collaboratori di studio e di personale infermieristico.

5. Il centro di assistenza primaria è costituito dall'aggregazione di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta, di medici di continuità assistenziale, di specialisti, di personale dipendente dei medici di medicina generale, e di altro personale proveniente sia dal distretto che dall'ospedale che operano nella stessa sede, preferibilmente nelle strutture distrettuali dell'azienda. Sulla base della programmazione regionale, può avere una sede unica o in alternativa una sede di riferimento collegata con altre sedi dislocate nel territorio del distretto. Il centro di assistenza primaria:

- a) assicura l'erogazione delle prestazioni di assistenza primaria (di medicina generale, infermieristiche, ambulatoriali, domiciliari e specialistiche);
- b) garantisce la continuità dell'assistenza, mediante l'uso della prescrizione dematerializzata nonché mediante l'utilizzo e l'aggiornamento del fascicolo sanitario elettronico;
- c) ha un bacino di utenza di norma compreso tra 20.000 e 30.000 abitanti;
- d) ospita, oltre agli ambulatori medici, punti prelievo, diagnostica strumentale di primo livello, ambulatori specialistici, servizi di salute mentale, servizi distrettuali di prenotazione e amministrativi;
- e) garantisce l'attività assistenziale nell'arco delle ventiquattro ore per tutti i giorni della settimana, tramite il coordinamento delle varie figure professionali che lo compongono;
- f) è centro di riferimento dell'assistenza domiciliare e di integrazione con i Servizi sociali dei Comuni.

6. Presso le strutture di Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago, Sacile e l'ospedale Maggiore di Trieste sono garantite, oltre alle attività assicurate dai centri di assistenza primaria, le attività residenziali di assistenza primaria realizzate in residenze sanitarie assistenziali ovvero presso gli ospedali di comunità, organizzate come indicato all'articolo 34.

7. Le forme organizzative della medicina generale sono proposte dalle Aziende per l'assistenza sanitaria e approvate dal direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. Con l'attivazione delle AFT le forme di partecipazione dei medici di medicina generale alla direzione del distretto sono assunte dai coordinatori delle AFT. Le modalità di individuazione dei coordinatori di AFT sono definite dall'accordo integrativo regionale.

Art. 21 assistenza domiciliare

1. La cronicità e la non autosufficienza hanno, quale modalità prioritaria di intervento sociosanitario, l'assistenza domiciliare.

2. L'assistenza domiciliare si poggia sulla valutazione multiprofessionale e multidisciplinare, sulla presa in carico della persona e sulla redazione di un piano assistenziale individuale. Comprende prestazioni professionali mediche, infermieristiche e riabilitative, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici per persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati. Il responsabile clinico dell'assistenza domiciliare è il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta. Il distretto assicura e coordina tramite propria articolazione organizzativa l'attuazione dei piani assistenziali.

3. L'assistenza domiciliare si basa:

- a) sull'infermiere di famiglia e di comunità, che opera in collaborazione con il medico di famiglia, con il medico distrettuale e altre figure professionali;
- b) sull'attività domiciliare riabilitativa;
- c) sulla formazione e il sostegno organizzativo dei familiari;
- d) sulla telemedicina, che costituisce uno strumento indispensabile per garantire la continuità informativa nonché il monitoraggio assistenziale domiciliare.

4. Le tipologie di assistenza domiciliare sono le seguenti:

- a) cure domiciliari prestazionali, prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato, comprese le visite programmate del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
- b) cure domiciliari integrate, con presa in carico dei problemi di salute complessivi;
- c) cure domiciliari di elevata intensità e palliative per malati terminali, caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, erogata da un'equipe in possesso di specifiche competenze, di cui fa parte il medico di medicina generale e il medico distrettuale;
- d) assistenza domiciliare integrata con i servizi sociali.

Art. 22 dipartimento di salute mentale

1. Il dipartimento strutturale di salute mentale garantisce la promozione e la tutela della salute mentale e la presa in carico nella popolazione di riferimento a livello aziendale o sovra aziendale. Governa tale funzione mediante la gestione dei fattori produttivi. È dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

2. Le strutture organizzative complesse del dipartimento strutturale di salute mentale che afferiscono al livello di assistenza distrettuale sono i centri di salute mentale. I servizi psichiatrici di diagnosi e cura, che trovano ubicazione nelle strutture ospedaliere deputate, costituiscono le articolazioni ospedaliere del dipartimento. L'integrazione delle funzioni con le altre strutture distrettuali, nonché la sinergia con l'ospedale, sono assicurate dal distretto.

3. Il dipartimento strutturale di salute mentale svolge le sue funzioni attraverso:

- a) l'integrazione, a livello aziendale o interaziendale, delle discipline che si occupano della salute mentale della popolazione adulta e dell'anziano;
- b) la predisposizione delle linee di indirizzo assistenziale per specifici programmi di intervento relativi ad aree critiche della popolazione, al fine di dare omogeneità ai percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei centri di salute mentale distrettualizzati;
- c) la promozione di programmi atti a garantire l'offerta di appropriato e competente trattamento psicologico, anche presso i presidi ospedalieri, ai portatori di gravi patologie organiche e/o all'interno di programmi neuroriabilitativi;
- d) la promozione di processi di inserimento, sociale, lavorativo, di sostegno abitativo e domiciliare, al fine di evitare l'istituzionalizzazione e il ricorso al ricovero;
- e) il coordinamento delle attività di tutela della salute mentale rivolta ai detenuti e internati nell'istituto penitenziario di competenza territoriale e ai minori sottoposti a provvedimenti giudiziari;
- f) la promozione delle azioni di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari;
- g) la promozione dell'integrazione tra il sanitario e il sociale, tra il pubblico e il privato sociale nonché l'associazionismo;
- h) l'incentivazione delle iniziative orientate a contrastare la marginalità sociale e a promuovere l'inclusione sociale;
- i) la promozione dei programmi di valorizzazione degli operatori e lo sviluppo delle competenze professionali;
- j) il monitoraggio delle risposte ai bisogni di salute mentale;
- k) la garanzia dei flussi informativi definiti a livello regionale e statale.

4. Il responsabile del dipartimento strutturale di salute mentale si raccorda, per lo svolgimento delle funzioni di programmazione e pianificazione strategica, coordinamento e monitoraggio dei risultati raggiunti, con i responsabili del distretto e per quanto di competenza con i responsabili dei servizi di assistenza ospedaliera.

Art. 23 strutture intermedie

1. Le strutture intermedie costituiscono articolazioni operative del sistema sanitario dell'assistenza primaria integrate nella rete dei servizi distrettuali. Svolgono una funzione intermedia fra l'ospedale, riservato alle patologie acute e complesse, e i servizi domiciliari e ambulatoriali, destinata alla presa in carico del paziente affetto prevalentemente da malattie croniche, che necessita di assistenza o monitoraggio continui al di fuori dell'ospedale, al fine di assicurare la continuità delle cure qualora non si sia verificato il completo recupero dell'autonomia o non vi siano le condizioni per il trattamento ambulatoriale o domiciliare.

L'accesso alle strutture intermedie, al fine di una uniforme applicazione sul territorio regionale,

avviene previa verifica dell' idoneità dell' intervento medesimo mediante strumenti di valutazione multi professionale e multidisciplinare.

2. Nell' ambito del Servizio sanitario regionale operano le seguenti tipologie di strutture intermedie:

- a) le residenze sanitarie assistenziali (RSA), destinate a fornire assistenza continuativa a elevato contenuto sanitario e a prevalente indirizzo riabilitativo a soggetti anziani non autosufficienti, a soggetti temporaneamente non autosufficienti, a soggetti affetti da disabilità di carattere fisico e psichico, esclusi i minori;
- b) gli hospice, strutture della rete delle cure palliative deputate ad assicurare il livello di assistenza residenziale e a ciclo diurno, ossia l' insieme degli interventi sanitari, sociosanitari e assistenziali nelle cure palliative erogate ininterrottamente da equipe multidisciplinari;
- c) le strutture di riabilitazione funzionale ai sensi dell' articolo 26 della legge 833/1978, eroganti prestazioni finalizzate a prevenire, ritardare e ridurre le conseguenze di esiti disabilitanti, che richiedono, in riferimento ai bisogni clinico-funzionali e socio-assistenziali, una presa in carico multiprofessionale che si qualifica con la formulazione di un progetto abilitativo/riabilitativo individuale;
- d) gli ospedali di comunità, per rispondere alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute di solito risolvibili a domicilio ma che, per particolari pazienti, in condizioni di particolare fragilità sociale e sanitaria, richiedono l' assistenza in un ambiente sanitario protetto; la responsabilità clinica e la gestione complessiva del paziente spettano al medico di medicina generale.

3. Le strutture a più elevato livello assistenziale sono le speciali unità di assistenza protratta (SUAP) e i nuclei di residenze sanitarie assistenziali per pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti assistenziali intensivi, caratterizzate da standard qualificanti il servizio coerenti con i bisogni assistenziali delle persone accolte.

4. L' integrazione e il coordinamento delle strutture intermedie viene attuata a livello distrettuale. L' unità di valutazione distrettuale (UVD) di cui all' articolo 25 della legge regionale 19 maggio 1998, n. 10 (Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all' articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali), dotata di competenze multiprofessionali e multidisciplinari, legge e condivide le esigenze dei cittadini con bisogni complessi sanitari e sociali e garantisce la tempestiva presa in carico e la risposta assistenziale terapeutica, riabilitativa più appropriata.

Art. 24 strutture e interventi a rilevanza sociosanitaria

1. Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle Aziende per l' assistenza sanitaria e sono comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria. In particolare vengono garantite le prestazioni sanitarie di assistenza medica primaria, infermieristica, riabilitativa e farmaceutica presso le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, per i disabili, per i minori, per le persone con disturbi della salute mentale e per le persone con dipendenze.

2. La Regione, entro centottanta giorni dall' entrata in vigore della presente legge, procede alla revisione dei servizi e degli interventi attualmente erogati e determina:

- a) gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni sociosanitarie nonché il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, per disabili, per i minori, per le persone con disturbi della salute mentale e per le persone con dipendenze;
- b) gli indirizzi volti a omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare come punto unico per indirizzare il cittadino al percorso sociosanitario e socio-assistenziale e l' articolazione del piano di lavoro personalizzato, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), e successive modifiche.

CAPO IV - ASSISTENZA OSPEDALIERA

SEZIONE I - PRINCIPI DELL' ASSISTENZA OSPEDALIERA

Art. 25 principi dell' assistenza ospedaliera

1. L' assistenza ospedaliera si basa sui seguenti principi, modalità e strumenti operativi:

- a) sicurezza del paziente;
- b) appropriatezza organizzativa;
- c) alta qualificazione professionale ed efficacia dei trattamenti;

- d) alto livello di appropriatezza clinico assistenziale dei trattamenti;
- e) separazione organizzativa fra attività urgente e programmata;
- f) concentrazione dell'urgenza in pochi centri adeguatamente strutturati;
- g) efficienza nell'uso delle risorse professionali, strumentali e dei beni di consumo;
- h) riferimento a standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi nazionali;
- i) continuità assistenziale e delle cure.

SEZIONE II - PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

Art. 26 programmazione ospedaliera

1. Il Servizio sanitario regionale adotta, quale standard per la definizione del numero dei posti letto ospedalieri accreditati, il valore di 3 posti letto per mille abitanti per acuti, e di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione, di cui 0,3 nelle strutture ospedaliere e 0,4 nelle aree delle residenze intermedie, di cui all'articolo 23, comma 2, lettera a). Tali valori sono raggiunti secondo la gradualità stabilita dagli atti regionali di pianificazione, garantendo la contestualità degli interventi di riduzione dei posti letto per acuti con l'implementazione delle aree di residenza intermedia.

2. I valori di cui al comma 1 sono comprensivi anche dei posti letto presso strutture private.

SEZIONE III - ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Art. 27 tipologia di presidi ospedalieri

1. L'ospedale è la struttura operativa dell'ente deputata all'assistenza dei soggetti affetti da una patologia a insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, nonché alla gestione di attività programmabili richiedenti un setting tecnologicamente e organizzativamente complesso. L'ospedale risponde alla domanda tramite un modello organizzato in rete in base a tre livelli di complessità crescente.

2. Le tipologie dei presidi ospedalieri sono le seguenti:

- a) presidi ospedalieri di base "spoke";
- b) presidi ospedalieri "hub" di primo livello;
- c) presidi ospedalieri "hub" di secondo livello;
- d) presidi ospedalieri specializzati.

3. Per ogni presidio ospedaliero pubblico sono definiti, in attuazione della presente legge, per ciascuna funzione ospedaliera:

- a) l'elenco delle funzioni assistenziali per le aree funzionali mediche, chirurgiche, materno-infantile, di riabilitazione;
- b) il numero dei posti letto ordinari e di day hospital per le aree funzionali mediche, chirurgiche, materno-infantile, di riabilitazione;
- c) il relativo modulo organizzativo inerente all'articolazione dirigenziale, con riferimento alla tipologia e alla quantità.

4. Per ogni presidio ospedaliero privato sono definiti, per ciascuna funzione ospedaliera, gli elementi di cui al comma 3, lettere a) e b).

5. Quanto previsto ai commi 3 e 4 viene definito con deliberazione della Giunta regionale, da adottarsi previa acquisizione del parere della Commissione consiliare competente, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, decorsi i quali si prescinde dal parere.

Art. 28 la rete dei presidi ospedalieri

1. La rete ospedaliera regionale viene rideterminata facendo riferimento alla classificazione delle strutture ospedaliere di cui all'articolo 27.

2. La rete regionale dei presidi ospedalieri pubblici è organizzata secondo il modello "hub and spoke" e si compone di quattro presidi ospedalieri "spoke", di tre presidi ospedalieri "hub" e di tre presidi ospedalieri specializzati.

3. I presidi ospedalieri di base "spoke", con bacino di utenza tra 80.000 e 150.000 abitanti, sono i seguenti:

- a) Gorizia e Monfalcone;
- b) Latisana e Palmanova;
- c) San Daniele del Friuli e Tolmezzo;
- d) San Vito al Tagliamento e Spilimbergo.

4. I presidi ospedalieri "hub", di primo o secondo livello, con bacino di utenza maggiore di 300.000 abitanti,

sono:

- a) “Santa Maria degli Angeli” di Pordenone, presidio ospedaliero di primo livello;
- b) “Santa Maria della Misericordia” di Udine, presidio ospedaliero di secondo livello;
- c) “Cattinara e Maggiore” di Trieste, presidio ospedaliero di secondo livello.

5. I presidi ospedalieri specializzati sono i seguenti:

- a) Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico “Burlo Garofolo” di Trieste, specializzato nell’area materno-infantile;
- b) Istituto di medicina fisica e riabilitazione “Gervasutta” di Udine, specializzato nell’area della riabilitazione;
- c) Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico “Centro di riferimento oncologico” di Aviano, specializzato nell’area oncologica.

6. La rete ospedaliera pubblica è integrata con i posti letto delle case di cura private accreditate.

7. Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati si integrano con la rete ospedaliera pubblica.

Art. 29 presidi ospedalieri di base

1. I presidi ospedalieri di base svolgono di norma le seguenti funzioni, articolate in unità operative di degenza: pronto soccorso e medicina d’urgenza con posti di osservazione breve e semi-intensivi, anestesia e rianimazione con posti intensivi che possono essere organizzati in area comune di emergenza, medicina interna, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ginecologia e ostetricia con punto nascita, riabilitazione. I posti letto intensivi e semi-intensivi sono organizzati in un’area comune di degenza e sono gestiti dai medici dei reparti di pronto soccorso, medicina d’urgenza, cardiologia, anestesia e rianimazione sulla base delle problematiche cliniche specifiche del paziente accolto.

2. I presidi ospedalieri di base svolgono di norma le seguenti attività, articolate in servizi: oncologia, emodialisi, farmacia e, attivabili sulle ventiquattro ore, radiologia, cardiologia, gastroenterologia, laboratorio d’urgenza ed emoteca e garantiscono, tramite la telemedicina, le attività di laboratorio di analisi, di microbiologia, di medicina trasfusionale e di anatomia patologica.

Art. 30 presidi ospedalieri di primo livello

1. I presidi ospedalieri di primo livello sono strutture sede di dipartimento di emergenza urgenza e accettazione di primo livello e svolgono, oltre alle funzioni che caratterizzano i presidi ospedalieri di base, di norma, le seguenti ulteriori funzioni, articolate in unità operative di degenza: medicina d’urgenza, pediatria, cardiologia con unità coronarica ed emodinamica-elettrofisiologia, gastroenterologia, neurologia con “stroke-unit”, oncologia, pneumologia, servizio psichiatrico di diagnosi e cura, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, servizio di medicina trasfusionale, odontostomatologia/maxillo-facciale.

2. I presidi ospedalieri di primo livello svolgono, oltre alle attività che caratterizzano i presidi ospedalieri di base, di norma, le seguenti ulteriori attività, articolate in servizi: pronto soccorso con posti di osservazione temporanea o breve, anatomia patologica, laboratorio di analisi, microbiologia e virologia.

Art. 31 presidi ospedalieri di secondo livello

1. I presidi ospedalieri di secondo livello sono strutture sede di dipartimento di emergenza urgenza e accettazione di secondo livello e svolgono, di norma, oltre alle funzioni che caratterizzano i presidi ospedalieri di primo livello, le seguenti ulteriori funzioni: ematologia, neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, neonatologia, terapia intensiva pediatrica, radioterapia e neuroradiologia. Nella sede di Trieste le funzioni dell’area pediatrica sono assicurate dall’Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico “Burlo Garofolo”. Nella sede di Udine le funzioni dell’area riabilitativa sono assicurate dall’Istituto di medicina fisica e riabilitazione “Gervasutta”.

Art. 32 criteri operativi e organizzativi

1. I presidi ospedalieri possono svolgere le funzioni in più sedi operative e con mandati differenziati per stabilimento ancorché integrati funzionalmente.

2. I presidi ospedalieri possono svolgere anche funzioni caratterizzanti, di norma, i presidi ospedalieri di più elevato livello. Tali funzioni sono confermate dove già attivate alla data di entrata in vigore della presente legge e possono essere mantenute laddove la pianificazione sanitaria ne individui esigenze, requisiti e adeguato bacino di utenza.

3. Non vengono attivate le funzioni dei presidi ospedalieri svolte, nel medesimo bacino di utenza, dai presidi ospedalieri specializzati.

4. Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, per la specialità di afferenza, svolgono funzione unica di riferimento per i presidi ospedalieri di primo e secondo livello nell'area territoriale di riferimento, coordinandosi con le aziende di cui all'articolo 4, comma 2, al fine di garantire il miglior servizio pubblico di tutela della salute e l'alta specializzazione delle cure, lo sviluppo delle conoscenze biomediche e l'innovazione tecnologica, secondo modalità coerenti con il raggiungimento della sostenibilità economica del sistema sanitario regionale.

5. Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati svolgono attività specialistica coordinandosi con gli altri enti del Servizio sanitario regionale.

Art. 33 case di cura private e poliambulatori privati accreditati

1. Le case di cura private e i poliambulatori privati accreditati svolgono funzioni complementari o integrative del Servizio sanitario regionale, relativamente al territorio di appartenenza o all'intero territorio regionale, secondo i fabbisogni del Servizio sanitario regionale medesimo e in base a specifici accordi contrattuali di cui all'articolo 50.

2. I posti letto delle case di cura private accreditate concorrono alla dotazione complessiva dei posti letto del territorio di appartenenza.

3. Le funzioni assistenziali delle case di cura private accreditate sono definite ai sensi dell'articolo 27, comma 4.

Art. 34 riconversione di strutture ospedaliere

1. I presidi ospedalieri di Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago e Sacile, nonché parte del presidio ospedaliero "Maggiore" di Trieste, sono riconvertiti per lo svolgimento di attività distrettuali sanitarie e sociosanitarie. Tali presidi si rapportano, per l'erogazione dell'attività, con l'ospedale di riferimento e supportano, se necessario, le attività del medesimo.

2. Le strutture di cui al comma 1 sono denominate "Presidi ospedalieri per la salute".

3. Presso le strutture di cui al comma 1 sono mantenuti, sotto la responsabilità organizzativa distrettuale, come specificato all'articolo 20, comma 6, tutti i servizi ambulatoriali presenti, comprese la dialisi e la radiologia tradizionale; inoltre viene assicurata la presenza di un punto di primo intervento sulle dodici/ventiquattro ore e la postazione di un mezzo di soccorso sulle ventiquattro ore.

4. Presso le strutture di cui al comma 1, oltre ai servizi distrettuali già attivi, devono essere gradualmente realizzate in collaborazione con l'ospedale di riferimento tutte le forme avanzate di assistenza primaria e di gestione della cronicità, di riabilitazione, nonché la residenzialità, in particolare riabilitativa e di lungo termine, compresi gli ospedali di comunità; tali strutture diventano anche luoghi di integrazione sociosanitaria con spazi destinati alle associazioni dei malati.

Art. 35 modello organizzativo del presidio ospedaliero

1. L'organizzazione dei presidi ospedalieri è realizzata mediante la collaborazione in equipe multi professionali con la finalità di privilegiare la centralità del paziente nel rispetto e nella valorizzazione delle competenze e responsabilità delle professioni mediche e delle altre professioni sanitarie.

2. L'attività clinico assistenziale è organizzata in strutture operative complesse o semplici, dove prestano servizio medici appartenenti a una determinata disciplina, altri dirigenti e operatori sanitari, organizzate in dipartimenti strutturali e funzionali. I dipartimenti hanno lo scopo di condividere le competenze per organizzare percorsi clinico assistenziali secondo criteri di evidenza clinica.

3. L'attività delle professioni sanitarie è organizzata in aree assistenziali o tecnico sanitarie, di norma raggruppate in piastre, composte da professionisti delle professioni sanitarie e da altri operatori dell'assistenza, ed è caratterizzata dalle professioni infermieristica, tecnico sanitaria e tecnica della riabilitazione.

Le aree assistenziali o tecnico assistenziali hanno anche lo scopo di condividere risorse professionali, posti letto, ambulatori, beni di consumo e tecnologie. Esse sono svolte in autonomia gestionale.

Le direzioni generali delle aziende individuano all'interno dei presidi ospedalieri le aree d'intervento e le strutture in cui applicare con gradualità il modello operativo sopra citato.

4. Costituiscono specifiche indicazioni organizzative e requisiti di qualità dei presidi ospedalieri:

- a) il coinvolgimento della famiglia nel percorso assistenziale;
- b) il rispetto dei diritti del paziente;
- c) la sicurezza del paziente;
- d) la continuità dell'assistenza con dimissioni protette e programmate;
- e) l'organizzazione dell'assistenza per intensità di cure secondo le modalità previste dal comma 3;

- f) l'utilizzo flessibile dei posti letto ordinari e di day hospital;
- g) week surgery;
- h) day service;
- i) l'utilizzo condiviso degli ambulatori;
- j) l'utilizzo condiviso delle sale operatorie, allocate in uno o più blocchi operatori in base alle dimensioni del presidio ospedaliero, e il loro pieno utilizzo nell'arco della settimana;
- k) il funzionamento dei servizi diagnostici e delle grandi attrezzature diagnostiche e terapeutiche su doppio turno per almeno sei giorni la settimana;
- l) la centralizzazione della gestione delle risorse che assicurano l'assistenza;
- m) l'informatizzazione della documentazione sanitaria;
- n) la gestione informatizzata e centralizzata delle agende di prenotazione delle prestazioni sanitarie, comprese quelle di libera professione;
- o) l'accreditamento internazionale volontario.

Art. 36 gestione economico-finanziaria dei presidi ospedalieri

1. I presidi ospedalieri sono dotati di autonomia economico-finanziaria e gestionale mediante l'attribuzione, da parte del direttore generale, di uno specifico budget.
2. Il direttore generale individua il responsabile di budget del presidio ospedaliero che risponde dei risultati affidati.

TITOLO V - PIANIFICAZIONE E ORGANISMI REGIONALI

CAPO I - PIANIFICAZIONE REGIONALE

Art. 37 pianificazione regionale

1. Fermo restando quanto previsto al Capo III della legge regionale 23/2004, i piani settoriali regionali, nel rispetto della sicurezza e della sostenibilità economica, definiscono l'organizzazione e la distribuzione delle strutture e dei servizi sanitari con riferimento a determinate funzioni con il fine di assicurare equità di accesso e omogeneità di trattamento a tutta la popolazione.

2. I piani regionali di cui al comma 1 vengono emanati nei seguenti settori:

- a) prevenzione;
- b) assistenza primaria;
- c) dipendenze;
- d) emergenza-urgenza;
- e) materno-infantile;
- f) riabilitazione;
- g) salute mentale;
- h) sangue;
- i) cronicità;
- j) eventuali altri individuati dalla Giunta regionale.

3. I piani regionali sono approvati con deliberazione della Giunta regionale, previa acquisizione del parere della Commissione consiliare competente, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, decorsi i quali si prescinde dal parere; essi mantengono efficacia fino all'approvazione del piano successivo.

Art. 38 rete dell'emergenza-urgenza

1. La riorganizzazione della rete di offerta dei servizi sanitari e sociosanitari richiede un efficace sistema dell'emergenza-urgenza garantito attraverso la centrale operativa 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.
2. Il piano dell'emergenza-urgenza di cui all'articolo 37 ridefinisce ruoli e compiti della centrale operativa e della rete territoriale di soccorso, ivi compresi le postazioni territoriali, l'elisoccorso sanitario, le elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali e i punti di primo intervento, nonché la rete ospedaliera dell'emergenza.

CAPO II - ORGANISMI REGIONALI

Art. 39 reti di patologia

1. Le reti di patologia sono reti professionali che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività distrettuale e/o integrano le diverse attività territoriali distrettuali, sovra distrettuali o sovra aziendali, con l'obiettivo di assicurare la continuità assistenziale e definire modalità di presa in carico e trattamento dei pazienti su tutto il territorio regionale, facendo partecipare attivamente anche

i rappresentanti di cittadini o pazienti, per favorire una umanizzazione dei percorsi dell'assistenza e una modalità organizzativa dei servizi coerente con i loro bisogni di assistenza.

2. Le reti di patologia assicurano il costante confronto tra i professionisti che operano nel Servizio sanitario regionale e svolgono i seguenti compiti:

- a) definiscono le modalità di trattamento appropriate per le diverse tipologie di casistica, secondo le migliori evidenze scientifiche;
- b) facilitano la diffusione delle competenze anche attraverso iniziative di formazione;
- c) partecipano alle iniziative di valutazione delle tecnologie d'interesse;
- d) assicurano la continuità assistenziale tramite raccordi professionali fra le strutture presenti nel territorio della regione;
- e) implementano strumenti informativi comuni per consentire il lavoro in rete delle strutture regionali;
- f) assicurano i flussi informativi regionali e nazionali;
- g) monitorano la sostenibilità professionale delle strutture regionali per determinate attività;
- h) valutano, anche attraverso azioni di benchmark, i livelli di qualità erogati dalle strutture regionali, compresi gli esiti previsti dal programma nazionale;
- i) valutano, anche attraverso azioni di benchmark, la congruità dei costi sostenuti dalle singole strutture regionali, in rapporto all'attività espletata.

3. Le principali reti di patologia sono le seguenti:

- a) emergenze cardiologiche;
- b) ictus ed emorragia cerebrale;
- c) trauma;
- d) bronco-pneumopatia cronico ostruttiva;
- e) cure palliative e terapia del dolore;
- f) demenze;
- g) diabete e nutrizione clinica;
- h) insufficienze d'organo e trapianti;
- i) malattia oncologica;
- j) malattia reumatica;
- k) malattie rare e patologie connatali o ad esordio in età evolutiva che determinano disabilità persistente;
- l) esordi psichiatrici e disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva ed età adulta;
- m) comorbidità tra disturbi psichiatrici e dipendenze;
- n) stati vegetativi e di minima coscienza;
- o) altre di interesse epidemiologico-organizzativo.

4. L'organizzazione delle reti di patologia viene definita con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 40 attività del personale sanitario

1. In considerazione dell'evoluzione tecnologica, delle conoscenze del personale e delle nuove modalità erogative dei servizi, anche in conseguenza dei percorsi formativi del personale delle professioni sanitarie, è necessario adeguare al nuovo contesto assistenziale le attività operative, svolte dai medici e dalle professioni sanitarie secondo criteri dettati dalla evidence based medicine e dalle linee guida internazionali, nel rispetto dei livelli qualitativi e di sicurezza, nonché della normativa vigente.

2. Presso la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia sono costituiti dei gruppi di lavoro composti da dirigenti medici e/o sanitari delle discipline specialistiche e personale delle professioni sanitarie, con il compito di procedere alla disamina degli specifici settori di attività all'interno dei percorsi clinico assistenziali per le diverse patologie.

3. La Regione promuove iniziative formative, anche con l'apporto dell'Università, per la definizione dei nuovi settori di attività professionale e la formazione continua delle diverse professioni nell'ambito delle rispettive competenze.

Art. 41 centri di riferimento e di specializzazione regionale

1. Con deliberazione della Giunta regionale possono essere individuate, sulla base di criteri predeterminati, strutture funzionali al Servizio sanitario regionale cui viene affidato il compito di:

- a) riferimento clinico;
- b) supporto alla programmazione regionale;
- c) supporto nell'elaborazione di linee guida o di percorsi assistenziali;

d) osservatorio regionale.

2. Le strutture di cui al comma 1 svolgono i relativi compiti nell'ambito delle attività cui sono istituzionalmente e funzionalmente preposti, senza la corresponsione di compensi o maggiorazioni retributive.

3. La deliberazione di cui al comma 1 determina anche la durata dei compiti assegnati.

CAPO III - PRINCIPI GESTIONALI

Art. 42 modalità gestionali

1. Nella gestione del Servizio sanitario regionale si devono perseguire principi e metodi di efficacia ed efficienza, ricorrendo a:

- a) strumenti operativi che consentano le misurazioni di alti livelli di assistenza, sia dal punto di vista qualitativo che di esito assistenziale;
- b) metodi e strumenti operativi che perseguano un uso efficiente delle risorse, riducendo gli sprechi, adottando metodologie di analisi dei costi e analisi delle organizzazioni;
- c) indicatori appropriati per valutare la bontà delle relazioni intra aziendali anche ai fini della valutazione dei direttori generali.

2. La Regione sostiene specifiche iniziative di formazione permanente per il personale del Servizio sanitario regionale al fine di promuovere le nuove modalità e approcci gestionali.

Art. 43 informatizzazione del Servizio sanitario regionale

1. La Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia sviluppa e realizza il programma di informatizzazione completa del Servizio sanitario regionale, anche attraverso la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), riguardante tutte le attività sanitarie e sociosanitarie, quale strumento indispensabile per perseguire:

- a) l'elevata sicurezza dell'assistenza, fornendo ai professionisti le necessarie informazioni in ogni momento per percorso assistenziale;
- b) l'uniformità qualitativa dei servizi, garantendo l'integrazione dei processi assistenziali e socio-assistenziali;
- c) la riduzione dei costi gestionali, favorendo la concentrazione e l'uniformità organizzativa;
- d) la trasparenza, favorendo il cittadino nell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari.

Art. 44 comunicazione al cittadino

1. La Regione attua una apposita operatività per promuovere e sostenere la comunicazione al cittadino sulla propria salute:

- a) informando il cittadino, tramite la messa a disposizione di dati e di altri supporti informativi;
- b) coinvolgendo il cittadino con accesso ai suoi dati FSE, alle modalità amministrative per curarsi, riducendo il ricorso inutile agli uffici;
- c) dando autonomia al cittadino di comunicare con i servizi ed erogatori pubblici e privati;
- d) diventando partner con i servizi e l'assistenza, partecipando alla cogestione della malattia utilizzando gli stessi dati e formati del personale sanitario;
- e) supportando la comunità fornendo le informazioni dell'assistenza erogata, centrata sul paziente a domicilio, mettendo a disposizione una struttura operativa e strumenti tecnologici per comunicare e gestire il paziente a domicilio.

2. Nel rispetto dei principi e del disposto della legge 15 dicembre 1999, n. 482 (Norme in materia di tutela delle minoranze linguistiche storiche), e della legge 38/2001, nonché della legge regionale 16 novembre 2007, n. 26 (Norme regionali per la tutela della minoranza linguistica slovena), della legge regionale 18 dicembre 2007 n. 29 (Norme per la tutela, valorizzazione e promozione della lingua friulana), e della legge regionale 20 novembre 2009, n. 20 (Norme di tutela e promozione delle minoranze di lingua tedesca del Friuli Venezia Giulia), di tutela e valorizzazione delle comunità linguistiche e nazionali, la Regione promuove le attività di cui al comma 1 anche nelle lingue minoritarie ufficialmente riconosciute.

3. La Regione attua quanto disposto dal presente articolo con gli strumenti di cui all'articolo 43.

Art. 45 formazione del personale

1. La Regione riconosce e promuove la formazione permanente del personale quale strumento fondamentale per mantenere elevati e crescenti i livelli di qualità nella erogazione di prestazione dei servizi sanitari e sociosanitari a tutela della salute pubblica.

2. La Regione direttamente o tramite gli enti del Servizio sanitario regionale e l'Università promuove e

sostiene iniziative formative per accompagnare la realizzazione della presente legge, per sostenere programmi di umanizzazione delle cure, per valorizzare e qualificare le competenze manageriali della dirigenza sanitaria, amministrativa e professionale, per sostenere e favorire lo sviluppo dei quadri intermedi.

3. La Regione sostiene l'attività di formazione dei medici di medicina generale per il corso triennale di formazione specifica e quella dei farmacisti operanti nelle farmacie convenzionate del territorio, inerente alle attività della farmacia dei servizi.

4. La Regione promuove lo sviluppo dei rapporti con le farmacie convenzionate, sviluppando con esse azioni integrate e affidando compiti di servizio. Nell'ambito degli accordi di convenzione con le farmacie possono essere previsti momenti formativi dei farmacisti operanti nelle farmacie convenzionate del territorio.

Art. 46 valorizzazione delle professioni sanitarie

1. La Regione, in attuazione della normativa vigente, promuove a livello locale e regionale nell'ambito del Servizio sanitario regionale, la valorizzazione, lo sviluppo e la responsabilizzazione delle professioni sanitarie per contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di cambiamento in atto dell'assetto sanitario regionale, all'integrazione e continuità socio-sanitaria e al miglioramento dell'organizzazione multiprofessionale del lavoro.

2. A livello locale, in ogni Azienda per l'assistenza sanitaria e negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, sono istituiti i servizi delle professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica), e alla legge regionale 16 maggio 2007, n. 10 (Disposizioni in materia di valorizzazione nell'ambito del Servizio sanitario regionale delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale, in materia di ricerca e conduzione di studi clinici, nonché in materia di personale operante nel sistema integrato di interventi e servizi sociali).

Art. 47 benchmarking

1. L'Assessore alla salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia è delegato ad attuare un sistema di benchmarking nei confronti del personale di comparto, della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa e dirigenza medica e veterinaria di tutte le professioni sanitarie e non, al fine di rendere omogeneo il numero degli operatori dedicati ai medesimi servizi sul territorio regionale.

TITOLO VI - AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI

CAPO I - AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI

Art. 48 autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie

1. In attuazione dell'articolo 8 ter del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche, nonché dell'atto di intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, con regolamento regionale, da adottarsi entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti:

a) i requisiti, i criteri e le evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie e per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie specifici per le diverse tipologie di struttura;

b) la procedura per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione delle strutture e all'esercizio dell'attività.

2. L'autorizzazione per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie e l'autorizzazione per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie necessitano di preventiva verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione in rapporto con il fabbisogno complessivo regionale e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale. Nelle more della riclassificazione delle strutture residenziali per anziani e delle strutture di cui all'articolo 24, comma 2, lettera a), il parere sul fabbisogno è vincolante. L'autorizzazione per la realizzazione delle strutture è rilasciata dal Comune. L'autorizzazione per l'esercizio delle attività è rilasciata dalle Aziende per l'assistenza sanitaria sulla base dei requisiti e delle procedure stabiliti con il regolamento di cui al comma 1. Il rilascio delle autorizzazioni per la realizzazione delle strutture e per l'esercizio delle attività non determina, in alcun modo, l'accreditamento delle strutture e la sussistenza degli accordi contrattuali di cui agli articoli 49 e 50.

3. Quanto disposto ai commi 1 e 2 si applica alla costruzione di nuove strutture e a qualsiasi intervento sulle strutture esistenti, ivi compreso il trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate. Fermo

restando quanto stabilito al comma 2, nelle more dell'adozione del regolamento di cui al comma 1, trovano applicazione i requisiti e le procedure, in quanto compatibili, stabiliti con il regolamento adottato sulla base della previgente normativa. Quanto disposto al comma 2 viene applicato anche per le strutture il cui procedimento per il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione o dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività è avviato o concluso entro la data di entrata in vigore della presente legge e comunque entro il 31 ottobre 2014 sulla base della previgente normativa.

Art. 49 accreditamento di strutture sanitarie e sociosanitarie

1. In attuazione dell'articolo 8 quater del decreto legislativo 502/1992 con regolamento regionale sono stabiliti:

- a) i requisiti ulteriori di qualificazione rispetto a quelli stabiliti ai sensi dell'articolo 48, nonché ai sensi dell'atto di intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012;
- b) la procedura per il rilascio e il mantenimento dell'accreditamento istituzionale.

2. L'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie è rilasciato dalla Regione, Direzione centrale competente in materia, subordinatamente alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

3. Fermo restando quanto stabilito al comma 2, nelle more dell'adozione del regolamento di cui al comma 1, trovano applicazione i requisiti e le procedure, in quanto compatibili, stabiliti con il regolamento adottato sulla base della previgente normativa.

Art. 50 accordi contrattuali

1. Gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992 sono definiti in coerenza con la programmazione regionale, che determina il fabbisogno e le risorse sulla base di requisiti e valutazioni di comparazione della qualità e dei costi.

2. Con apposite deliberazioni la Giunta regionale stabilisce le procedure attuative di cui al comma 1.

3. I rapporti economici con gli erogatori privati di servizi sanitari si regolano tramite repertori prestazionali o nomenclatori tariffari per singola prestazione o, in alternativa, per specifici percorsi assistenziali omnicomprensivi. Le strutture sociosanitarie si remunerano per giornata di ospitalità connessa con l'intensità assistenziale dell'ospite tenendo anche conto della situazione reddituale.

4. I documenti di cui al comma 3 sono approvati con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 51 controlli sulle prestazioni erogate

1. Ai fini della appropriatezza e della qualità delle prestazioni la Giunta regionale adotta con deliberazione i criteri e le modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate sia dalle strutture pubbliche che dalle strutture private di cui all'articolo 50.

Art. 52 sanzioni amministrative

1. In caso di violazione della normativa vigente in materia di esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria trovano applicazione, per la parte compatibile con le disposizioni di cui al presente Capo, gli articoli 4 bis e 4 ter della legge regionale 8/2001.

TITOLO VII - FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I - FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 53 finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale

1. La quantificazione delle risorse da destinare agli enti del Servizio sanitario regionale è effettuata in coerenza con le risorse finanziarie programmate dalla Regione nel rispetto dei parametri fissati dallo Stato per i livelli essenziali di assistenza. La quantificazione delle risorse viene effettuata, anno per anno, con gli atti di pianificazione e programmazione, secondo il principio della gradualità.

2. La ripartizione delle risorse agli enti in parte corrente viene effettuata sulla base di criteri standard per livello essenziale di assistenza, tenendo conto della popolazione degli ambiti territoriali di riferimento, corretta per età, indice di morbosità, esito assistenziale e indice di dipendenza socio-assistenziale e, per l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, in coerenza con i costi relativi alle funzioni allo stesso affidate.

3. Gli enti possono essere ulteriormente finanziati per specifiche funzioni assistenziali individuate dalla programmazione nonché per specifici obiettivi o progetti.

4. La Regione finanzia gli investimenti in conto capitale per le strutture sanitarie e sociosanitarie.

32 bollettino ufficiale della regione autonoma friuli venezia giulia 22 ottobre 2014

Art. 54 norma finanziaria

1. Gli oneri derivanti dalla applicazione della presente legge sono posti a carico del fondo sanitario regionale.

TITOLO VIII - NORME FINALI

CAPO I - NORME FINALI

Art. 55 norme transitorie

1. Tenuto conto del nuovo assetto istituzionale previsto dal Titolo II, in prima applicazione della presente legge, in deroga a quanto previsto dall'articolo 20 della legge regionale 49/1996, i termini per l'adozione del programma annuale e del bilancio preventivo degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015 sono prorogati al 31 marzo.

2. Per il periodo massimo di un anno a decorrere dall'1 gennaio 2015, per l'espletamento delle funzioni amministrative e contabili, ivi compresa la gestione del personale, l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi si avvale a titolo gratuito dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine.

Art. 56 abrogazioni

1. Sono abrogate le norme regionali in contrasto con quanto previsto dalla presente legge e, in particolare:

a) la legge regionale 15 giugno 1993, n. 41 (Norme propedeutiche e principi per il riordino della disciplina in materia sanitaria in applicazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502);

b) l'articolo 124 della legge regionale 17 giugno 1993, n. 47 (modificativo della legge regionale 41/1993);

c) la legge regionale 30 agosto 1994, n. 12 (Disciplina dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale regionale);

d) l'articolo 69 della legge regionale 25 ottobre 1994, n. 14 (modificativo della legge regionale 12/1994);

e) l'articolo 10 della legge regionale 8 agosto 1996, n. 29 (modificativo della legge regionale 12/1994);

f) l'articolo 56 della legge regionale 49/1996 (modificativo della legge regionale 12/1994);

g) gli articoli 6 e 17 della legge regionale 9 settembre 1997, n. 32 (modificativi della legge regionale 12/1994);

h) il comma 1 dell'articolo 131 della legge regionale 9 novembre 1998, n. 13 (modificativo della legge regionale 12/1994);

i) il comma 1 dell'articolo 5 e i commi 1, 2, 3, 4, 5 e 7 dell'articolo 17 della legge regionale 23/2004 (modificativi della legge regionale 12/1994);

j) l'articolo 10 della legge regionale 26 ottobre 2006, n. 19 (modificativo della legge regionale 12/1994);

k) la lettera b) del comma 17 dell'articolo 10 della legge regionale 23 luglio 2009, n. 12 (modificativa della legge regionale 12/1994);

l) l'articolo 262 della legge regionale 21 dicembre 2012, n. 26 (modificativo della legge regionale 12/1994);

m) il comma 8 dell'articolo 8 della legge regionale 6/2013 (modificativo della legge regionale 12/1994);

n) la legge regionale 27 febbraio 1995, n. 13 (Revisione della rete ospedaliera regionale);

o) l'articolo 12 della legge regionale 5 settembre 1995, n. 37 (modificativo della legge regionale 13/1995);

p) gli articoli 4 e 5 della legge regionale 8/2001;

q) la lettera d) del comma 13 dell'articolo 12 della legge regionale 15 maggio 2002, n. 13 (modificativa della legge regionale 8/2001);

r) il comma 2 dell'articolo 19 della legge regionale 23/2004 (modificativo della legge regionale 8/2001).

2. Le abrogazioni di cui al comma 1, lettere da a) a o), decorrono dall'1 gennaio 2015.

Art. 57 norma di rinvio

1. Per quanto non previsto dalla presente legge, si applicano il decreto legislativo 502/1992, il decreto legislativo 517/1999, nonché le altre norme statali e regionali vigenti

NOTE

Avvertenza

Il testo delle note qui pubblicate è stato redatto ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 13 maggio 1991, n. 18, come da ultimo modificato dall'articolo 85, comma 1, della legge regionale 30/1992, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio.

Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Nota all'articolo 2

- Il testo dell'articolo 2 della legge regionale 11 novembre 2013, n. 17, è il seguente:

Art. 2 finalità

1. L'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale viene ridefinito per:

- a) porre la persona al centro del percorso di assistenza e di coinvolgimento nella tutela e promozione della salute;
- b) perseguire l'erogazione delle prestazioni essenziali tramite un Servizio sanitario regionale ad accesso universale;
- c) favorire, sia nell'area sociosanitaria che in quella socioassistenziale, l'attivazione di percorsi socioassistenziali e diagnostico-terapeutico-riabilitativi, anche attraverso un approccio multi professionale e personalizzato, che assicurino, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'integrazione e la continuità della presa in carico del problema di salute del paziente cittadino;
- d) favorire il superamento della frammentazione e della duplicazione delle strutture organizzative esistenti, anche attraverso processi di aggregazione in dipartimenti e di integrazione operativa e funzionale;
- e) garantire appropriate politiche di prevenzione e promozione della salute che coinvolgano fattivamente le comunità;
- f) perseguire l'appropriata integrazione tra l'ospedale, l'assistenza primaria e quella territoriale;
- g) favorire l'omogenea offerta di servizi sul territorio regionale nonché l'uniformità dei livelli di assistenza, anche perseguendo l'omogeneità organizzativa;
- h) semplificare il sistema istituzionale e organizzativo;
- i) garantire la sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale attraverso la riorganizzazione e l'impiego efficiente delle risorse strutturali e delle competenze professionali, nonché l'ideale assegnazione delle risorse finanziarie;
- j) riorganizzare le linee amministrative delle aziende per i servizi sanitari, delle aziende ospedaliere e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici secondo un modello di gestione unitario;
- k) sviluppare e attuare un sistema che garantisca la trasparenza dei sistemi organizzativi e delle attività, nonché la partecipazione dei cittadini;
- l) promuovere l'innovazione clinica, gestionale e organizzativa sviluppando la ricerca biomedica e sanitaria e la formazione del personale sanitario.

Nota all'articolo 5

- Il testo dell'articolo 4 della legge 23 febbraio 2001, n. 38, è il seguente:

Art. 4 ambito territoriale di applicazione della legge

1. Le misure di tutela della minoranza slovena previste dalla presente legge si applicano alle condizioni e con le modalità indicate nella legge stessa, nel territorio in cui la minoranza è tradizionalmente presente. In tale territorio sono considerati inclusi i comuni o le frazioni di essi indicati in una tabella predisposta, su richiesta di almeno il 15 per cento dei cittadini iscritti nelle liste elettorali o su proposta di un terzo dei consiglieri dei comuni interessati, dal Comitato entro diciotto mesi dalla sua costituzione, ed approvata con decreto del Presidente della Repubblica.

2. Qualora il Comitato non sia in grado di predisporre nel termine previsto la tabella di cui al comma 1, la tabella stessa è predisposta nei successivi sei mesi dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, sentite le amministrazioni interessate e tenendo conto del lavoro svolto dal Comitato, fermo restando quanto stabilito dall'articolo 25 della presente legge.

Nota all'articolo 7

- Il testo dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è il seguente:

Art. 3 organizzazione delle unità sanitarie locali

1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali.

L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

1-ter. [Le aziende di cui ai commi 1 e 1-bis informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale di cui al comma 1-bis].

1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

1-quinquies. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

2. [L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale].

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione.

L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

4. [Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma].

5. Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:

- a) [la riduzione, sentite le province interessate, delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione prevede ambiti territoriali di estensione diversa];
- b) [l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti];
- c) [i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali];
- d) [il finanziamento delle unità sanitarie locali che tenga conto della natura aziendale delle stesse nonché del bacino d'utenza da servire e delle prestazioni da erogare];
- e) [le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali];
- f) [il divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'art. 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:
 - 1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;

2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione];

g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale.

Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20, D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. [Il direttore generale è nominato, previo specifico avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, dalla regione, tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità di cui al comma 10] (32). [La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale e comunque non oltre il 30 aprile 1994]. [Scaduto tale termine, qualora la regione non vi abbia provveduto, la nomina del direttore generale è effettuata previa diffida, dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità]. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. [Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età]. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. [Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale]. [In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità]. [Le regioni determinano in via generale i parametri di valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi assegnati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari].

7. [Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario sono nominati con provvedimento motivato del direttore generale].

[Al rapporto di lavoro si applica la disciplina di cui al comma 6]. [Essi cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati]. [Per gravi motivi, il direttore amministrativo ed il direttore sanitario possono essere sospesi o dichiarati decaduti dal direttore generale con provvedimento motivato]. Il direttore sanitario è un medico [in possesso della idoneità nazionale di cui all'art. 17] che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.

Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale [e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza]. [Le regioni disciplinano le funzioni del coordinatore dei servizi sociali in analogia alle disposizioni previste per i direttori sanitario e amministrativo]. Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliere-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8. [Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dall'interessato. Qualora il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto].

9. [Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi ed ai direttori sanitari. La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni].

10. [Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da una commissione nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, che la presiede, dal direttore generale della Direzione generale del Ministero della sanità che cura la tenuta dell'elenco e da altri cinque membri, individuati tra soggetti estranei all'amministrazione statale e regionale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, rispettivamente uno dal Presidente del Consiglio dei Ministri, uno dal CNEL, uno dal Ministro della sanità e due dal presidente della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

Nella provincia autonoma di Bolzano e nella regione Valle d'Aosta i direttori generali sono individuati tra gli iscritti in apposito elenco, rispettivamente provinciale e regionale, predisposto da una commissione nominata dal presidente della provincia autonoma di Bolzano e della regione Valle d'Aosta ed i cui membri sono nominati con le stesse modalità previste per la commissione nazionale. Gli elenchi sono predisposti nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e, per la provincia autonoma di Bolzano, di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. I predetti elenchi provinciale e regionale sono costituiti con l'osservanza dei principi e dei criteri fissati per gli elenchi nazionali ed hanno validità limitata ai territori provinciale e regionale. La commissione provvede alla costituzione ed all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere, a domanda, i candidati che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno inque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello dell'iscrizione. Il predetto elenco deve essere altresì integrato ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 270].

11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

- a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;
- b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;
- c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'art. 15 della L. 3 agosto 1988, n. 327, e dall'art. 14, L. 19 marzo 1990, n. 55;
- d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria.

Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13. [Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, scelto tra i funzionari della Ragioneria generale dello Stato ed uno designato dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali]. [Il predetto collegio è integrato da altri due membri, dei quali uno designato dalla regione ed uno designato dal Ministro del tesoro scelto tra i funzionari della Ragioneria generale dello Stato, per le unità sanitarie locali il cui bilancio di previsione comporti un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi]. [I revisori, ad eccezione della rappresentanza del Ministero del tesoro, sono scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'art. 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88]. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti. [Il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento]. [Il collegio accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'unità sanitaria locale]. [I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo].

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale.

Nota all'articolo 9

- Per il testo dell'articolo 3 del decreto legislativo 502/1992, vedi nota all'articolo 7.

Nota all'articolo 10

- Il testo dell'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 5 patrimonio e contabilità

- omissis -

2. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della regione. I beni mobili e immobili che le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli

istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma, del codice civile.

- omissis -

Nota all'articolo 12

- Per il testo dell'articolo 3 del decreto legislativo 502/1992, vedi nota all'articolo 7.

Note all'articolo 13

- Il testo dell'articolo 1 della legge regionale 9 marzo 2001, n. 8, è il seguente:

Art. 1 Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale

1. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, di seguito denominata Conferenza, ha la seguente composizione:

a) i Presidenti delle Conferenze dei sindaci, di cui all'articolo 13 della legge regionale 30 agosto 1994, n. 12 (Disciplina dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale regionale), e successive modifiche, o loro delegati;

b) (ABROGATA)

c) i Presidenti delle Assemblee dei sindaci di ambito distrettuale di cui all'articolo 20 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), e successive modifiche, qualora non già Presidenti delle Conferenze suddette, o loro delegati.

2. Ai lavori della Conferenza partecipano, senza diritto di voto, un rappresentante dell'ANCI, uno dell'UPI e uno di Federsanità-ANCI.

3. Ai medesimi lavori partecipano inoltre, senza diritto di voto e limitatamente alla trattazione di argomenti afferenti alla materia sociale, tre rappresentanti del terzo settore, individuati con apposito provvedimento della Giunta regionale nell'ambito dei nominativi segnalati dalle associazioni maggiormente rappresentative del terzo settore presenti a livello regionale; la predetta individuazione tiene conto, di preferenza, delle indicazioni effettuate congiuntamente.

Trascorsi quarantacinque giorni dalla richiesta dei nominativi avanzata dall'Amministrazione regionale, si procede alla nomina sulla base delle designazioni pervenute, fatta salva la possibilità di successive integrazioni entro il suddetto limite di tre unità.

4. La mancata attuazione di quanto previsto al comma 3 non incide sulla validità dei lavori della Conferenza.

5. I componenti di cui al comma 1 sono componenti di diritto e sono segnalati al presidente della Conferenza al fine della loro convocazione. La Conferenza elegge al suo interno il presidente. Qualora la carica di presidente sia vacante, sino alla nuova nomina le relative funzioni sono svolte dal componente più anziano per età.

6. Le modalità di funzionamento della Conferenza sono stabilite dalla Conferenza stessa, entro novanta giorni dall'insediamento, con regolamento approvato a maggioranza assoluta. In mancanza, provvede la Giunta regionale entro i novanta giorni successivi.

7. La Conferenza svolge i seguenti compiti:

a) esprime parere sulla proposta di Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali;

b) esprime parere sulla proposta di Piano sanitario e sociosanitario regionale;

c) esprime parere sui progetti obiettivi regionali di carattere sociosanitario;

d) esprime parere sulle linee annuali di gestione di cui all'articolo 12, comma 2, della legge regionale 49/1996;

d bis) esprime parere su schemi di regolamenti e proposte di provvedimenti e di programmazione della Giunta regionale riguardanti le funzioni attribuite dalla legge al Servizio sociale dei Comuni di cui all' articolo 17 della legge regionale 6/2006, qualora non di competenza del Consiglio delle autonomie locali;

e) (ABROGATA)

f) esprime parere obbligatorio ed eventuali osservazioni sul Piano attuativo ospedaliero (PAO) nei termini e con le modalità stabiliti dagli articoli 16 e 20 della legge regionale 49/1996 e successive modifiche;

g) partecipa alla verifica della realizzazione dei PAO delle Aziende ospedaliere, delle Aziende ospedaliere- universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e del Policlinico universitario di Udine, i quali, a tal fine, trasmettono alla Conferenza, entro quindici giorni dalla loro adozione, il bilancio di esercizio e il rendiconto finanziario annuale corredati della relazione del Collegio sindacale; sui predetti atti la Conferenza formula le proprie osservazioni e le invia, entro i successivi trenta giorni, alla Giunta regionale per il tramite dell'Agenzia regionale della sanità;

h) (ABROGATA)

i) esercita, con riguardo ai restanti procedimenti riferiti ai Direttori generali di cui alla lettera h), le funzioni di cui all'articolo 3 bis, commi 6 e 7, 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), come inserito dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 229/1999;

l) designa uno dei componenti il Collegio sindacale delle Aziende ospedaliere e uno dei componenti il Collegio sindacale delle Aziende ospedaliere-universitarie.

8. Al fine di garantire il necessario coordinamento con il settore delle autonomie locali nelle materie di comune interesse, la Conferenza si raccorda con il Consiglio delle autonomie locali di cui al Capo I, Titolo III, della legge regionale 9 gennaio 2006, n. 1 (Principi e norme fondamentali del sistema Regione - autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia), secondo modalità stabilite di concerto tra i rispettivi presidenti.

9. Decorso inutilmente il termine di quindici giorni dal ricevimento della richiesta i pareri di cui ai commi che precedono si hanno per resi.

9 bis. La Conferenza ha sede presso il Consiglio delle autonomie locali e si avvale della medesima struttura di supporto per l'espletamento delle proprie funzioni istituzionali.

9 ter. L'Amministrazione regionale è autorizzata a sostenere gli oneri per il funzionamento della Conferenza. Gli oneri fanno carico al medesimo capitolo relativo al funzionamento del Consiglio delle autonomie locali.

10.(ABROGATO)

11.(ABROGATO)

12.(ABROGATO)

- Il testo degli articoli 16 e 20 della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49, è il seguente:

Art. 16 adozione, consolidamento e verifica degli atti di programmazione triennale

1. Il programma e il bilancio di previsione pluriennali sono adottati dal Direttore generale, entro il 31 ottobre dell'anno precedente il triennio di validità, al termine della negoziazione con l'Agenzia regionale della sanità. Sugli atti suddetti, prima della negoziazione, interviene, entro quindici giorni dal ricevimento della relativa documentazione da parte dei suoi componenti, il parere della Conferenza dei sindaci ovvero della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale.

1 bis. Entro tre giorni dall'adozione, il programma e il bilancio di previsione pluriennali sono trasmessi all'Agenzia regionale della sanità, alla Conferenza dei sindaci ovvero alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale e al Collegio sindacale.

2. La Conferenza dei sindaci e il Collegio dei revisori esaminano entro quindici giorni dal ricevimento il programma ed il bilancio pluriennale e trasmettono le proprie osservazioni al Direttore generale ed alla Giunta regionale per il tramite dell'Agenzia regionale della sanità.

3. L'Agenzia regionale della sanità adotta, entro il 31 dicembre dell'anno precedente il periodo di validità della programmazione triennale, il bilancio pluriennale consolidato di previsione ed il programma pluriennale consolidato e li trasmette alla Giunta regionale, corredati dei singoli atti delle Aziende e dell'Agenzia stessa.

4. Il programma pluriennale consolidato rappresenta la sintesi dei programmi pluriennali delle singole Aziende, evidenziando in modo esplicito per ciascuna di esse:

- a) gli obiettivi strategici a livello aziendale;
- b) il programma pluriennale degli investimenti.

5. La Giunta regionale verifica, entro il termine di quaranta giorni dal ricevimento, la coerenza degli atti trasmessi dall'Agenzia regionale della sanità con gli indirizzi della pianificazione regionale. Nel caso in cui gli atti o parti di essi siano ravvisati incongruenti, la Giunta regionale stabilisce le variazioni da apportare con atto motivato. Decorso il termine di quaranta giorni gli atti si intendono giudicati coerenti.

6. Il programma ed il bilancio di previsione pluriennali hanno la stessa durata e sono aggiornati annualmente in relazione ai risultati ottenuti ed alle evoluzioni della normativa nazionale e regionale.

Art. 20 Adozione, consolidamento e verifica degli atti di programmazione annuale

1. Entro il 31 dicembre di ogni anno, i Direttori generali trasmettono, previa acquisizione del parere della Conferenza dei sindaci ovvero della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, da rendersi entro quindici giorni dal ricevimento della relativa documentazione da parte dei rispettivi componenti, le proposte di programma annuale e di bilancio preventivo, nonché l'eventuale revisione del programma e del bilancio pluriennale di cui all'articolo 13, comma 2, all'Agenzia regionale della sanità per la negoziazione.

2. Il programma annuale ed il bilancio preventivo, nonché l'eventuale revisione del programma e il bilancio pluriennale, sono adottati dal Direttore generale al termine della negoziazione entro il 30 novembre di ogni anno e sono trasmessi entro tre giorni dall'adozione all'Agenzia regionale della sanità, alla Conferenza dei sindaci e al Collegio dei revisori.

3. La Conferenza dei sindaci e il Collegio dei revisori esaminano entro quindici giorni dal ricevimento gli atti di cui al comma 2 e trasmettono le proprie osservazioni al Direttore generale e alla Giunta regionale per il tramite dell'Agenzia regionale della sanità.

4. L'Agenzia regionale della sanità adotta e trasmette alla Giunta regionale, entro il 31 dicembre di ciascun anno, il programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato, nonché l'eventuale atto di revisione del programma e del bilancio pluriennale di previsione consolidato, corredandoli dei singoli atti delle Aziende e dell'Agenzia stessa.

5. Il programma preventivo annuale consolidato rappresenta la sintesi dei programmi annuali delle singole Aziende, evidenziando in modo esplicito per ciascuna di esse:

- a) gli obiettivi annuali a livello aziendale;
- b) gli investimenti da effettuare nell'anno, la loro valutazione e le modalità di finanziamento.

6. La Giunta regionale verifica, entro quaranta giorni dal ricevimento, la coerenza degli atti trasmessi dall'Agenzia regionale della sanità con i contenuti della pianificazione regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento di cui all'articolo 12. Nel caso in cui gli atti o parti di essi siano ravvisati incongruenti, la Giunta regionale stabilisce le variazioni da apportare con provvedimento motivato. Decorso il termine di quaranta giorni gli atti si intendono giudicati coerenti.

- Il testo dell'articolo 3 bis del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 3-bis Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario

1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.

2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-octies.

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

4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.

5. Al fine di assicurare una omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, le regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrono gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il Sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.

12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.

13. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, si applica il comma 5 del presente articolo.

14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi

- Il testo dell'articolo 8, comma, 4 della legge regionale 26 luglio 2013, n. 6, è il seguente:

Art. 8 finalità 7 - Sanità pubblica

- omissis -

4. I componenti del collegio sindacale delle aziende per i servizi sanitari sono designati due dall'Amministrazione regionale, che individua anche il componente cui attribuire le funzioni di presidente, e uno dalla Conferenza dei sindaci, di cui all'articolo 13 della legge regionale 30 agosto 1994, n. 12 (Disciplina dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale regionale).

- omissis -

Note all'articolo 19

- Il testo dell'articolo 3 sexies del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 3-sexies Direttore di distretto

1. Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.

2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

4. La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3-quater, comma 3, e 3-quinquies, commi 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni.

- Il testo dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 8 disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

0a) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Servizio sanitario nazionale, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale;

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;

b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori;

b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare, anche per il tramite del distretto sanitario, forme di finanziamento a budget;

b-quater) definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste alla lettera b-bis);

b-quinques) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali;

b-sexies) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle forme aggregative di cui alla lettera b-bis) e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lettera b-ter);

b-septies) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);

e) [garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio];

f) [prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto];

f-bis) prevedere la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica, secondo modalità e in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) prevedere che l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e a quelli in possesso di titolo equipollente, ai sensi dell'articolo 30 del medesimo decreto. Ai medici forniti dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti, con l'attribuzione di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma;

h-bis) prevedere che l'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali;

h-ter) disciplinare l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale secondo graduatorie provinciali alle quali sia consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente alla branca d'interesse;

i) regolare la partecipazione dei medici convenzionati a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

- l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;
- m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione;
- m-bis) promuovere la collaborazione interprofessionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, in riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione;
- m-ter) prevedere l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione, al Sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

- omissis -

- Il testo dell'articolo 7 della legge regionale 17 agosto 2004, n. 23, è il seguente:

Art. 7 strumenti di programmazione

1. In attuazione dei principi contenuti nel decreto legislativo 502/1992, come modificato dal decreto legislativo 229/1999, nella legge 328/2000 e nella legislazione regionale di settore, gli strumenti della programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria sono i seguenti:

- a) il Piano sanitario e sociosanitario regionale;
- b) il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali;
- c) il Piano attuativo locale (PAL) e il Piano attuativo ospedaliero (PAO);
- d) il Programma delle attività territoriali (PAT);
- e) il Piano di zona (PDZ).

2. Per la predisposizione degli strumenti di cui al comma 1, lettere d) ed e), la Giunta regionale emana apposite linee guida, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con le quali vengono altresì individuate modalità di elaborazione congiunta.

3. Entro il 30 giugno di ciascun anno, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione sullo stato di salute della popolazione della regione, che evidenzia il grado di raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria.

4. Con successivi provvedimenti, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale disciplina la partecipazione consultiva al processo di programmazione e verifica da parte delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni rappresentative dei cittadini, degli utenti e delle altre parti sociali, regolamentando il percorso di concertazione e definendo i criteri per l'individuazione dei soggetti chiamati a prendervi parte.

- Il testo dell'articolo 24 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6, è il seguente:

Art. 24 Piano di zona

1. Il Piano di zona (PDZ) è lo strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti distrettuali. Il PDZ costituisce inoltre mezzo di partecipazione degli attori sociali al sistema integrato.

2. Il PDZ è definito in coerenza con la programmazione regionale ed è coordinato con la programmazione locale in materia sanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali.

3. Il PDZ è informato ai principi di responsabilità, solidarietà e sussidiarietà e deve garantire un sistema efficace, efficiente, capace di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale, anche attraverso il coinvolgimento delle risorse locali di solidarietà e di auto-mutuo aiuto.

4. Il PDZ definisce in particolare:

- a) l'analisi del bisogno;
- b) gli obiettivi di sviluppo, tutela e inclusione sociale e i relativi indicatori di verifica;
- c) gli obiettivi di sistema dei servizi e le priorità di intervento;
- d) le modalità organizzative dei servizi;
- e) le attività di tipo integrato previste dagli articoli 55, 56 e 57;
- f) le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e servizi sociali locali e le quote rispettivamente a carico dell'Azienda per i servizi sanitari e dei Comuni necessarie per l'integrazione sociosanitaria;
- g) le modalità di coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;
- h) le modalità di collaborazione tra servizi e soggetti impegnati nelle diverse forme di solidarietà sociale;
- i) le forme di concertazione con l'Azienda per i servizi sanitari, per garantire la cooperazione nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria;
- j) le forme e gli strumenti comunicativi per favorire la conoscenza e la valutazione partecipata dei cittadini in merito alle attività, alle prestazioni e ai servizi disponibili, compresa la redazione, da parte degli enti e organismi gestori, del bilancio sociale.

5. Il PDZ può prevedere progetti di comunità riguardanti azioni e attività di prevenzione sociosanitaria e di promozione di adeguati stili di vita, diretti a gruppi a rischio sociale o sanitario, nonché a fasce di popolazione interessate da problematiche connesse ai cicli vitali dell'individuo e della famiglia.

6. Il PDZ è definito dai Comuni associati di cui al comma 1, con il concorso delle Aziende per i servizi sanitari, delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, delle Province e di tutti i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000, attivi nella programmazione e delle organizzazioni dei cittadini e delle loro associazioni, sentito il parere delle rappresentanze territoriali delle associazioni e degli organismi di cui all'articolo 27, comma 3, lettere h), i), o), q), r), s), t) e u). Il parere è reso entro trenta giorni dalla richiesta. Decorso inutilmente tale termine, si prescinde dal parere.

7. Il PDZ è approvato con accordo di programma, promosso dal Presidente dell'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale e sottoscritto dallo stesso, dai sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale di pertinenza e, in materia di integrazione sociosanitaria, dal Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari. È sottoscritto altresì dai Presidenti delle Aziende pubbliche di servizi alla persona e delle Province, nonché dai soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000, i quali partecipano alla conferenza finalizzata alla stipulazione dell'accordo di programma e concorrono all'attuazione degli obiettivi del PDZ con risorse proprie.

8. Il PDZ ha validità triennale e viene aggiornato annualmente nei limiti e secondo le modalità stabilite con l'accordo di programma di cui al comma 7.

9. Le attività sociosanitarie previste dal PDZ devono essere coincidenti con le omologhe previsioni del Programma delle attività territoriali (PAT).

- Il testo dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

Art. 26 prestazioni di riabilitazione

Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Sono altresì garantite le prestazioni protesiche nei limiti e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'art. 3.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono approvati un nomenclatore tariffario delle protesi ed i criteri per la sua revisione periodica.

- Il testo dell'articolo 20 della legge regionale 6/2006, è il seguente:

Art. 20 Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale

1. In ogni ambito distrettuale è istituita l'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale.

2. La costituzione dell'Assemblea è promossa per iniziativa del sindaco del Comune più popoloso dell'ambito distrettuale di pertinenza. Essa è composta dai sindaci di tutti i Comuni dell'ambito distrettuale, ovvero dagli assessori o dai consiglieri delegati in via permanente. L'Assemblea elegge al suo interno il Presidente.

3. Alle riunioni dell'Assemblea partecipano, senza diritto di voto, il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari o un suo delegato, il Coordinatore sociosanitario dell'Azienda medesima, il Responsabile del Servizio sociale dei Comuni e il Direttore di distretto. Possono essere invitati alle riunioni i rappresentanti dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000, nonché i rappresentanti di altre amministrazioni pubbliche dell'ambito distrettuale.

4. L'Assemblea è organo di indirizzo e di alta amministrazione del Servizio sociale dei Comuni. Le deliberazioni dell'Assemblea sono vincolanti nei confronti dei soggetti individuati ai sensi dell'articolo 18, comma 2.

5. L'Assemblea svolge le seguenti attività:

a) promuove, tramite il Presidente, la stipulazione della convenzione istitutiva del Servizio sociale dei Comuni;

b) attiva, tramite il Presidente, il processo preordinato alla definizione del Piano di zona di cui all'articolo 24 e alla stipulazione del relativo accordo di programma;

c) elabora le linee di programmazione e progettazione del sistema locale integrato degli interventi e servizi sociali, nonché dei programmi e delle attività del Servizio sociale dei Comuni;

d) esprime indirizzi in merito alla composizione e funzione della dotazione organica del Servizio sociale dei Comuni;

e) partecipa al processo di programmazione territoriale, tramite intesa sul Programma delle attività territoriali (PAT), rispetto al quale concorre inoltre alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute;

f) esprime il parere sulla nomina del Direttore di distretto e sulla sua conferma. Qualora l'Azienda per i servizi sanitari gestisca, in delega, anche i servizi socioassistenziali, il parere espresso è vincolante;

g) verifica l'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore di distretto;

h) svolge le ulteriori funzioni attribuite dai Comuni dell'ambito distrettuale.

6. L'Assemblea può individuare al suo interno una più ristretta rappresentanza per compiti attuativi di determinazioni collegialmente assunte o per l'elaborazione di progettualità specifiche.

7. Il funzionamento dell'Assemblea è disciplinato da un regolamento interno, approvato dall'Assemblea medesima, con il voto favorevole della maggioranza dei componenti.

8. Qualora l'ambito distrettuale comprenda il territorio di un solo Comune o di parte di esso, i compiti dell'Assemblea sono attribuiti al sindaco del Comune medesimo, salve restando le funzioni consultive dei soggetti di cui al comma 3.

Note all'articolo 23

- Per il testo dell'articolo 26 della legge 833/1978, vedi note all'articolo 19.

- Il testo dell'articolo 25 della legge regionale 19 maggio 1998, n. 10, è il seguente:

Art. 25 Unità di valutazione distrettuale

1. Presso ciascun distretto viene attivata almeno un'Unità di valutazione distrettuale (UVD). L'UVD è l'equipe multidisciplinare attraverso la quale si realizza la programmazione integrata degli interventi nell'ambito degli obiettivi programmatici di carattere generale.

2. L'UVD è stabilmente composta da un medico del territorio, di preferenza geriatra, da un assistente sociale, di norma dipendente degli enti locali, e da una figura infermieristica e viene di volta in volta integrata, in relazione al singolo caso esaminato, dal medico di fiducia del paziente e da altre figure professionali il cui apporto si renda necessario.

3. L'UVD svolge in particolare i seguenti compiti:

a) valutazione dei singoli casi ai fini del riconoscimento, da effettuarsi con il metodo di cui all'articolo 4, comma 2, delle condizioni che danno titolo alla fruizione degli interventi di cui alla sezione II;

b) elaborazione - previo coinvolgimento, ai sensi dell'articolo 13, della famiglia - di un programma assistenziale integrato, personalizzato per ciascun assistito e coerente con le risorse disponibili, ivi comprese quelle del volontariato, per il conseguente avvio agli idonei servizi facenti parte del sistema di cui all'articolo 23; tale avvio si attua nel rispetto del diritto di libera scelta dell'utenza, da esercitarsi nell'ambito delle tipologie assistenziali individuate.

4. L'UVD provvede agli adempimenti di cui al comma 3 entro trenta giorni dalla segnalazione del caso, fatte salve situazioni di particolare urgenza.

5. Con riferimento alle specifiche forme d'intervento di cui agli articoli 26, 28, comma 1, 30 e 31, non vi è obbligo di sottoporre all'UVD i casi in cui sia riconosciuta, a livello di base o in sede di primo screening socio-sanitario integrato, la necessità di ricorrere ad interventi semplici, di tipo esclusivamente sociale o sanitario.

Nota all'articolo 37

- Il Capo III della legge regionale 23/2004 reca: "Programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria".

Nota all'articolo 48

- Il testo dell'articolo 8 ter del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 8-ter autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie

1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione.

Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;

- b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.
2. L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.
3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.
4. L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei principi e criteri direttivi previsti dall'articolo 8, comma 4, del presente decreto. In sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi.
5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni determinano:
- la modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;
 - gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati.

Nota all'articolo 49

- Il testo dell'articolo 8 quater del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 8-quater accreditamento istituzionale

- L'accreditamento 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. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.
- 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. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8-quinquies.
- Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accreditamento dei professionisti, la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per:
 - la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;
 - la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve essere conseguita da parte delle singole strutture sanitarie, e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;
 - le procedure e i termini per l'accreditamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa.
- L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:
 - garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua verifica periodica;
 - garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;
 - assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili e alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;
 - garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;
 - prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;
 - prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;
 - prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-octies;
 - prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) ed f);
 - disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;

- l) indicare i requisiti specifici per l'accreditamento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;
- m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta e ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;
- n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;
- o) indicare i requisiti per l'accreditamento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-ter;
- p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;
- q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture sociosanitarie, ove compatibili.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.

6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e delle altre già operanti.

7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso.

8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, e in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.

Nota all'articolo 50

- Il testo dell'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 8-quinquies Accordi contrattuali

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
- indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati;

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies;

e-bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato.

2-bis. [Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, ai fini di cui al comma 2-ter, sono individuate le categorie destinatarie e le tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari].

2-ter. [Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono individuate, nel rispetto delle indicazioni degli strumenti di programmazione regionale e tenendo conto della localizzazione e della disponibilità di risorse delle altre strutture sanitarie pubbliche esistenti, le strutture sanitarie militari accreditabili, nonché le specifiche categorie destinatarie e le prestazioni ai fini della stipula degli accordi contrattuali previsti dal presente articolo. Gli accordi contrattuali sono stipulati tra le predette strutture sanitarie militari e le regioni nel rispetto della reciproca autonomia.

2-quater. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-bis).

2-quinquies. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso.

Nota all'articolo 52

- Il testo degli articoli 4 bis e 4 ter della legge regionale 8/2001, è il seguente:

Art. 4 bis sanzioni amministrative in materia di esercizio delle attività sanitarie

1. Ferma restando la responsabilità penale e le sanzioni amministrative per l'inosservanza di altre norme statali o regionali, la violazione delle disposizioni in materia di autorizzazione relativa all'esercizio delle attività sanitarie è punita con le sanzioni amministrative di seguito determinate.

2. L'esercizio dell'attività sanitaria in assenza dell'autorizzazione, nonché l'erogazione delle prestazioni sanitarie per le quali non è stata ottenuta la prescritta autorizzazione comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 2.000 euro a 20.000 euro. Si considera senza autorizzazione anche l'attività esercitata durante il periodo di sospensione dell'attività.

3. L'inosservanza di uno o più requisiti stabiliti dalle deliberazioni della Giunta regionale di cui all'articolo 4, comma 1, lettera a), il mancato mantenimento di uno o più requisiti stabiliti dalle medesime deliberazioni o la violazione delle prescrizioni contenute nell'atto di autorizzazione rilasciato dalla competente Azienda per i servizi sanitari, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 10.000 euro.

4. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento a nuovi requisiti introdotti da successive deliberazioni, anche con riferimento ai tempi fissati dall'Azienda per i servizi sanitari per la realizzazione degli adeguamenti, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 10.000 euro. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento comporta la revoca dell'autorizzazione.

5. Nelle fattispecie di cui al comma 3, in aggiunta alla sanzione amministrativa pecuniaria è disposta la sospensione dell'autorizzazione da un minimo di sette giorni a un massimo di sessanta giorni. Il soggetto competente alla determinazione e all'irrogazione della sanzione prescrive, con il provvedimento che dispone la sospensione, l'obbligo di adeguamento alle carenze riscontrate. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento comporta la revoca dell'autorizzazione.

6. Qualora nella fattispecie di cui al comma 3 l'inosservanza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti sia tale da determinare un grave rischio per la salute dei cittadini, in aggiunta alla sanzione amministrativa pecuniaria è disposta la sospensione dell'autorizzazione da un minimo di sessanta giorni a un massimo di centottanta giorni.

Il soggetto competente alla determinazione e all'irrogazione della sanzione prescrive, con il provvedimento che dispone la sospensione, l'obbligo di adeguamento alle carenze riscontrate. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento comporta la revoca dell'autorizzazione.

7. Nelle strutture che erogano prestazioni in diverse branche specialistiche, o la cui configurazione organizzativa preveda più sedi operative, la sospensione potrà riguardare, in relazione al tipo di requisito mancante, generale o specifico, tutta la struttura, una o più branche specialistiche, una o più sedi operative.

8. Il mancato invio, con gli strumenti espressamente individuati, delle comunicazioni, della documentazione, delle certificazioni o dei flussi informativi previsti dalla normativa vigente, ivi compresa l'omessa comunicazione del trasferimento della titolarità della struttura, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 euro a 5.000 euro.

9. In caso di recidiva, le sanzioni previste dal presente articolo sono aumentate fino alla metà. Nelle fattispecie di cui ai commi 5 e 6 è, altresì, disposta la sospensione nei tempi ivi previsti. Per la fattispecie di cui al comma 8 il soggetto competente a irrogare la sanzione può disporre in aggiunta la sospensione dell'attività da un minimo di cinque giorni a un massimo di venti giorni.

10. Ai fini del comma 9 sussiste recidiva qualora nel corso del biennio successivo alla commissione di una violazione amministrativa, accertata con provvedimento esecutivo, lo stesso soggetto commette una violazione della medesima indole. Si considerano della stessa indole le violazioni della medesima disposizione e quelle di disposizioni diverse che, per la natura dei fatti che le costituiscono o per le modalità della condotta, presentano una sostanziale omogeneità o caratteri fondamentali comuni.

11. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è revocata nei seguenti casi:

- a) mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento di cui ai commi 4, 5 e 6;
- b) estinzione o volontaria rinuncia della persona giuridica titolare dell'autorizzazione, nonché volontaria rinuncia della persona fisica titolare dell'autorizzazione;
- c) decesso della persona fisica titolare dell'autorizzazione e mancato trasferimento della struttura ad altra persona fisica o giuridica entro trecentosessantacinque giorni dal decesso;
- d) accertata chiusura o inattività della struttura per un periodo superiore a centottanta giorni, salvo il caso di temporanea e motivata sospensione di una o più attività autorizzate preventivamente comunicata alla competente azienda per i servizi sanitari.

12. All'irrogazione delle sanzioni amministrative disposte dal presente articolo provvedono le Aziende per i servizi sanitari competenti per territorio che ne introitano i relativi proventi.

Art. 4 ter sanzioni amministrative in materia di esercizio delle attività sociosanitarie

1. Ferma restando la responsabilità penale e le sanzioni amministrative per l'inosservanza di altre norme statali o regionali, la violazione delle disposizioni relative all'esercizio delle attività sociosanitarie è punita con le sanzioni amministrative di seguito determinate.

2. L'esercizio dell'attività sociosanitaria in assenza dell'autorizzazione, nonché l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie per le quali non è stata ottenuta la prescritta autorizzazione comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 2.000 euro a 20.000 euro.

3. L'inosservanza di uno o più requisiti previsti per l'esercizio delle attività sociosanitarie o la violazione delle prescrizioni contenute nell'atto di autorizzazione rilasciato dall'organo competente ai sensi della normativa regionale comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 10.000 euro.

4. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento ai nuovi requisiti adottati dall'Amministrazione regionale successivamente al rilascio dell'autorizzazione, anche con riferimento ai tempi fissati per la realizzazione degli adeguamenti, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 10.000 euro.

5. Il mancato invio, con le modalità espressamente individuate, delle comunicazioni, della documentazione, delle certificazioni o dei flussi informativi previsti dalla normativa vigente, ivi compresa l'omessa comunicazione del trasferimento della titolarità dell'attività nonché della sospensione e della cessazione dell'attività, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 euro a 5.000 euro.

6. La pubblicizzazione di false indicazioni sulle rette e sulle prestazioni comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 euro a 5.000 euro.

7. In caso di recidiva, le sanzioni previste dal presente articolo sono aumentate fino alla metà. Sussiste recidiva qualora nel corso del biennio successivo alla commissione di una violazione amministrativa, accertata con provvedimento esecutivo, lo stesso soggetto commette una violazione della medesima indole. Si considerano della stessa indole le violazioni della medesima disposizione e quelle di disposizioni diverse che, per la natura dei fatti che le costituiscono o per le modalità della condotta, presentano una sostanziale omogeneità o caratteri fondamentali comuni.

8. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sociosanitaria è revocata nei seguenti casi:

a) mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento di cui al comma 4;

b) estinzione o volontaria rinuncia della persona giuridica titolare dell'autorizzazione, nonché volontaria rinuncia della persona fisica titolare dell'autorizzazione;

c) decesso della persona fisica titolare dell'autorizzazione e mancato trasferimento della struttura ad altra persona fisica o giuridica entro trecentosessantacinque giorni dal decesso;

d) accertata chiusura o inattività della struttura per un periodo superiore a centottanta giorni, salvo il caso di temporanea e motivata sospensione di una o più attività autorizzate preventivamente comunicata alla competente Azienda per i servizi sanitari.

9. Le Aziende per i servizi sanitari competenti per territorio irrogano le sanzioni amministrative disposte dal presente articolo e ne introitano i relativi proventi.

Nota all'articolo 55

- Per il testo dell'articolo 20 della legge regionale 49/1996, vedi note all'articolo 13.---

LAZIO

DGR 7.10.14, n. 645 - Approvazione dello schema di Protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e la Regione Emilia-Romagna per una collaborazione in ambito di valutazione di tecnologie sanitarie e di esiti delle cure. (BUR n. 82 del 14.10.14)

Note

Nella seduta del 10 luglio 2014 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, è stata sancita l'intesa concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003 n. 131.

Il Ministero della Salute, nell'ambito di un sistema di valutazione della sanità, si avvale di Age.n.a.s. per il monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità (Programma Nazionale Valutazione Esiti – PNE).

Il PNE è un'attività istituzionale del Sistema Sanitario Nazionale che Age.n.a.s. svolge in collaborazione con le Regioni.

La Regione Lazio e la Regione Emilia-Romagna intendono cooperare al fine di perseguire gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità delle politiche sanitarie, in particolare per realizzare un'azione che miri alla promozione di iniziative volte alla valorizzazione ed alla tutela della salute quale bene primario costituzionalmente garantito, nonché alla revisione e qualificazione della spesa sanitaria.

Tra i temi oggetto di interventi comuni, si colloca lo sviluppo di strategie di governo del farmaco e dei dispositivi medici impiantabili, con particolare attenzione all'appropriatezza di impiego e ai meccanismi di acquisizione.

Viene approvato lo schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e la Regione Emilia-Romagna, allegato al presente atto a formarne parte integrante, che avrà la durata di tre anni dalla sua sottoscrizione e riguardante una collaborazione in ambito di valutazione di tecnologie sanitarie ed esiti delle cure;

- di autorizzare la Dott.ssa Flori Degrassi, Direttore della Direzione Regionale "Salute e Integrazione Sociosanitaria" della Regione Lazio alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa.

PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONE LAZIO E LA REGIONE EMILIAROMAGNA PER UNA COLLABORAZIONE IN AMBITO DI VALUTAZIONE DI TECNOLOGIE SANITARIE E DI ESITI DELLE CURE.

L'anno 2014 nel giorno del mese di

TRA

la Regione Lazio, con sede in Roma, Via Cristoforo Colombo n. 212, codice fiscale 80143490581, rappresentata nel presente atto, dalla Dott.ssa Flori Degrassi, Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, nata a Capodistria (SL) il 28 marzo 1951;

E

la Regione Emilia-Romagna, con sede legale in Bologna, Viale Aldo Moro 52, codice fiscale 800620590379, rappresentata nel presente atto, dal Dott. Tiziano Carradori, Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, nato a Fano (PU) il 18 settembre 1957;

PREMESSO CHE

- Con la riforma del titolo V della Costituzione, attuata con legge costituzionale il 18 ottobre 2001, n. 3, recante “Modifiche al titolo V parte seconda della Costituzione” e dalla legge costituzionale 5 giugno 2003, n.131, recante “Disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento della repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3”, sono state assegnate alle regioni nuove e più ampie competenze nell’ambito dell’organizzazione sanitaria. Il presente accordo si rende utile al fine di intraprendere un percorso congiunto, attraverso una fattiva collaborazione/confronto, che valorizzi le esperienze comuni, le forme organizzative, l’informazione, il perseguimento di obiettivi di efficacia ed efficienza ed economicità delle politiche sanitarie, con lo scopo primario di garantire la salute dei cittadini della Regione Lazio e della Regione Emilia-Romagna che condividono competenze tecnico scientifiche specifiche per gli ambiti proposti;

- nella seduta del 10 luglio 2014 è stata sancita l’intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente un nuovo patto per la salute per gli anni 2014 – 2016;

- il Ministero della Salute, nell’ambito di un sistema di valutazione della sanità, si avvale di Age.n.a.s. per il monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità (Programma Nazionale Valutazione Esiti – PNE). Il PNE è un’attività istituzionale del Sistema Sanitario Nazionale che Age.n.a.s. svolge in collaborazione con le Regioni;

14/10/2014 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 82 - Supplemento n. 1

LE PARTI CONVENGONO QUANTO SEGUE

Articolo 1

(Premessa)

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente protocollo d’intesa.

Articolo 2

(Oggetto)

1. Il presente protocollo ha per oggetto lo sviluppo di rapporti di collaborazione tra la Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria della Regione Lazio e la Direzione Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, da realizzarsi attraverso una sinergica azione che miri alla promozione di iniziative comuni volte alla valorizzazione ed alla tutela della salute, quale bene primario costituzionalmente garantito, nonché alla revisione e qualificazione della spesa sanitaria. Tra i temi oggetto di interventi comuni si pongono lo sviluppo di strategie di governo del farmaco e dei dispositivi medici impiantabili, con particolare attenzione all’appropriatezza di impiego e ai meccanismi di acquisizione.

Articolo 3

(Ambiti di intervento)

1. Gli ambiti di intervento sono:

a) produzione di rapporti sull’uso dei farmaci e di dispositivi medici impiantabili e sviluppo di approcci comuni a livello regionale e locale, nel rispetto degli artt. 26 e 27 del Patto per la Salute 2014 – 2016;

b) condivisione di metodologie e strumenti di valutazione degli esiti delle cure, in coerenza con il Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE), con particolare riferimento alla qualità dell’assistenza territoriale;

Articolo 4

(Modalità di svolgimento)

1. Le parti demanderanno l’attuazione del presente Protocollo alle strutture tecnico scientifiche individuate, per il Lazio, nel Dipartimento di Epidemiologia e per l’Emilia-Romagna, nella Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, in collaborazione con l’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale;

2. In particolare si dovranno assicurare:

a) Il coordinamento ed il monitoraggio delle iniziative promosse, dalla fase della proposta alla fase dell’effettiva realizzazione;

b) La scelta delle misure di informazione e comunicazione da adottare, con particolare riferimento all’utilizzo dei loghi istituzionali.

3. In fase di attuazione del presente protocollo, verranno individuate aree prioritarie di lavoro sulla base della rilevanza dei temi per entrambe le Regioni e tali da non comportare carichi aggiuntivi di lavoro per le due istituzioni, ma di promuovere sinergie ed ottimizzazione delle risorse.

4. Le parti, in relazione a specifiche tematiche, potranno, di comune accordo, coinvolgere soggetti terzi.

Articolo 5

(Disposizioni finanziarie)

1. L'attuazione del presente protocollo non comporta oneri finanziari aggiuntivi a carico delle finanze regionali.

Articolo 6

(Durata)

1. Il presente protocollo, decorrerà dalla data di sottoscrizione dello stesso e avrà durata di tre anni;

2. Le parti, di comune accordo, potranno apportare modifiche/integrazioni con le stesse modalità di approvazione del presente atto.

Articolo 7

(Disposizioni finali)

1. Per qualsivoglia controversia dovesse insorgere, nell'interpretazione o nell'esecuzione del presente atto e che non possa essere risolta amichevolmente tra le parti o definita in via amministrativa, l'autorità competente in via esclusiva sarà il Foro di Bologna.

2. Per quanto non espressamente previsto dal presente Protocollo si rinvia alle disposizioni generali previste dalla normativa vigente.

Dott Tiziano Carradori Dott.ssa Flori Degrassi

Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali Direttore Regionale Salute e

Regione Emilia-Romagna Integrazione Sociosanitaria

Regione Lazio

DD 7.10.14, n. G14234 - Costituzione e nomina dei componenti del gruppo di lavoro tecnico-scientifico per la definizione del documento inerente l'organizzazione della rete dei laboratori per le attività di genetica medica. (BUR n. 82 del 14.10.14)

Note

Viene costituito, presso la Direzione Salute e Integrazione Socio sanitaria, il Gruppo di Lavoro tecnico – scientifico per la definizione del documento inerente l'organizzazione della rete dei laboratori per le attività di genetica;

Sono nominati, quali componenti del Gruppo di Lavoro:

Dr. Domenico Di Lallo - Regione Lazio

Prof. Paola Grammatico – A.O. San Camillo Forlanini

Prof. Maurizio Genuardi – Università Cattolica del Sacro Cuore

Prof. Giuseppe Novelli – Università Tor Vergata

Prof. Antonio Pizzuti - Università La Sapienza

Viene attribuita al Dr. Domenico Di Lallo la funzione di Coordinatore del Gruppo di Lavoro;

Il ruolo di Segreteria sarà svolto da personale in servizio presso l'Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca della Direzione.

Il Gruppo di Lavoro potrà essere eventualmente integrato da esperti in altre discipline, che presteranno il loro contributo a titolo esclusivamente gratuito.

Decreto del Commissario ad Acta 3 ottobre 2014, n. U00310 - Recepimento dell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 17 ottobre 2013 relativo alle Strutture Residenziali Psichiatriche. (BUR n. 82 del 14.10.14)

Note

Viene recepito l'Accordo nazionale n.116/CU “Le strutture residenziali psichiatriche” approvato in data 17 ottobre 2013 dalla Conferenza Unificata, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale (Allegato 1) (a cui si rinvia);

CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

13/054/CR7A/C7

LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Indice:

Premessa

1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche
2. Indicazioni sull'assetto organizzativo
3. Il Piano di trattamento individuale e il Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato
4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche
5. Indicazioni per l'accreditamento delle residenze psichiatriche
6. Monitoraggio e verifiche

Roma, 13 giugno 2013

Premessa

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità.

In attuazione dell'obiettivo di cui sopra, il presente documento si propone di fornire indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.

Si tratta, pertanto, di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici offerti agli utenti.

Si precisa che il presente documento si riferisce a strutture residenziali psichiatriche che accolgono utenti adulti o nell'ambito della transizione tra servizi per minori e servizi per l'età adulta, in cui poter trattare, quando appropriato e per tempi definiti, i soggetti affetti dai seguenti quadri patologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale.

Per quanto riguarda le strutture e i servizi riguardanti altri quadri patologici, pur rientranti nell'area dell'assistenza psichiatrica¹, la cui competenza principale afferisce, tuttavia, ad altri servizi, in base alle organizzazioni dei Servizi Sanitari Regionali, così come per quanto riguarda le strutture per minori, si rinvia a successivi documenti di indirizzo.

A premessa degli indirizzi programmatici esposti nel documento, si forniscono le seguenti considerazioni.

La prima considerazione riguarda il fatto che le indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica sono da ritenere inadeguate rispetto all'evoluzione:

- della domanda assistenziale collegata ai bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione, individuati sia in base al quadro epidemiologico, che connessi ai contesti operativi di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, aree di carenza assistenziale);
- delle metodologie e degli strumenti terapeutici e riabilitativi, che configurano un modello di approccio strutturato su percorsi clinici, reti e integrazione.

La seconda, pur in un contesto di specifica attenzione programmatica da parte delle Regioni, si riferisce all'eterogeneità, come risulta da una ricognizione effettuata allo scopo, negli assetti normativi regionali, rispetto a: denominazione e tipologia delle strutture residenziali, criteri per l'inserimento, tipologia di pazienti trattati, requisiti di accreditamento, parametri per il personale, tariffe, a parità di impegno assistenziale, durata della permanenza nelle strutture, compartecipazione alla spesa.

¹quali, ad esempio, insufficienza mentale, disturbi pervasivi dello sviluppo, disturbi dello spettro autistico, dipendenze patologiche con comorbidità psichiatrica, disturbi psicopatologici degli anziani e BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia).

1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale (DSM), come individuato dal Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1 novembre 1999), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale.

Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI); nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile.

L'inserimento in una struttura residenziale, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non autorizzazione "passiva".

Si segnala - come evidenziato nel PANSM - che il PTI deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra DSM e utente, con la partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento.

Si sottolinea, inoltre, l'importanza che l'inserimento venga effettuato in una struttura ubicata nel territorio di competenza del DSM, o comunque del territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale.

Il CSM segue, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di *case manager*), l'andamento degli interventi fino alla dimissione.

2. Indicazioni sull'assetto organizzativo

L'équipe degli operatori deve prevedere la presenza di medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori sociosanitari (OSS), la cui dotazione è esplicitata negli standard assistenziali definiti, per ciascuna delle tipologie di struttura, dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e di Bolzano.

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (*governance* clinicoassistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Le strutture residenziali psichiatriche, pertanto, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Ciascuna struttura adotta, inoltre, una propria Carta dei Servizi in cui definisce le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/trattamento/dimissione, le modalità di relazione con altre strutture, i piani di formazione e aggiornamento del personale.

3. Il Piano di Trattamento Individuale (PTI) e il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti proposti dai Centri di Salute Mentale per l'inserimento devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi di inclusione, già indicate in premessa: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale.

Vengono, quindi, presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., HoNOS, BPRS, FPS, VADO), le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Le risultanze di tali valutazioni orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere.

L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

- il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa;

- *il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.*

Vengono definiti gli interventi necessari al paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate.

Da ciò scaturisce la scelta della tipologia di struttura residenziale.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI), in accordo con il CSM.

Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una *Scheda* di PTRP, quali:

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale
- Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal Piano di trattamento individuale (PTI, che viene allegato)
- Osservazione delle problematiche relative a:
 - *area psicopatologica*
 - *area della cura di sé / ambiente:*
 - *area della competenza relazionale*
 - *area della gestione economica*
 - *area delle abilità sociali*
- Obiettivi dell'intervento
- Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
 - Terapia farmacologica
 - Psicoterapia
 - Interventi psicoeducativi
 - Interventi abilitativi e riabilitativi
 - Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa
- Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato
- Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica.

4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche

La tipologia delle strutture residenziali psichiatriche viene distinta sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo.

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano tre tipologie di struttura residenziale:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).
 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).
- Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.
- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).

Queste sono le tipologie a cui le Regioni e le Province Autonome devono fare riferimento nel caso in cui decidano di riconvertire Case di Cura Psichiatriche in strutture residenziali psichiatriche a differente livello di intensità di cura.

Per quanto concerne la compartecipazione alla spesa, il riferimento normativo è rappresentato dal Decreto del Presidente del Consiglio 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”. Specializzazione e differenziazione delle strutture residenziali

Si segnala qui il rilievo acquisito e crescente di un’esigenza di differenziazione e specializzazione delle strutture e dei programmi che sappia diversificare i PTRP per condizioni specifiche, quali: i trattamenti all’esordio, i trattamenti nella fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta, i trattamenti dei disturbi di personalità, i trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare, i programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico, afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione.

Impegno orario del personale

Anche al fine della determinazione di costi e tariffe, va definito, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, l’impegno professionale prestatosi giornalmente dal personale per ciascun paziente. Il monte ore, per ciascuna figura professionale, sarà differenziato in base all’intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati. Per omogeneità di rappresentazione, le ore di presenza giornaliera delle differenti figure professionali sono declinate nei seguenti raggruppamenti di attività:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Tipologia dei Programmi Riabilitativi

I criteri sulla base dei quali si possono articolare i programmi riabilitativi in tipologie a bassa, media e alta intensità riabilitativa o di post-acuzie sono correlati a:

- la numerosità e l’intensità degli interventi complessivamente erogati;
- il mix di tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede, ecc);
- la numerosità e l’intensità degli interventi di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità).

Vari modelli di intervento sono attuabili, con la gradualità richiesta da un programma riabilitativo a bassa, media, alta intensità e dal progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, tramite tipologie di attività, quali ad es.:

- cura di sé e dell’ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- specifici interventi di riabilitazione psicosociale, ad es. sulle funzioni cognitive;
- attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia;
- partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome raccordate con la rete sociale;
- altri interventi: osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, somministrazione di farmaci, riunioni di coordinamento.

Per quanto riguarda i *programmi per la post-acuzie*, essi rientrano nella tipologia ad alta intensità e comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, successivamente ad un episodio acuto di malattia, all’inquadramento clinico diagnostico in funzione riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all’impostazione del programma terapeutico di mediolungo termine e al recupero delle competenze personali e sociali secondo progetti individuali.

Livelli di intensità assistenziale

Il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente. In particolare, un ruolo fondamentale nella valutazione assumono gli aspetti correlati alla vita di relazione, quali ad esempio, essere in grado di gestirsi autonomamente per alcune ore da soli; stabilire rapporti di fiducia con gli operatori, accettando regole e limitazioni proposti; prestare attenzione anche alle esigenze altrui (capacità di convivenza); curare l’igiene personale.

SRP.1 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo

Si tratta di strutture nelle quali vengono accolti pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa, da attuare con

programmi a diversi gradi di assistenza tutelare, e che possono essere appropriati per una gamma di situazioni diverse, che comprendono anche gli esordi psicotici o le fasi di post acuzie.

Indicazioni clinico-riabilitative:

I trattamenti a carattere intensivo sono indicati in presenza di compromissioni considerate trattabili nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali; oppure in presenza di livelli di autonomia scarsi, ma con disponibilità ad un percorso di cura e riabilitazione, e/o con bisogni di osservazione e accudimento da attuarsi in ambiente idoneo a favorire i processi di recupero.

Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo si prolunga o presenta frequenti ricadute nonostante l'adeguatezza della cura e degli interventi psicosociali ricevuti, e quando l'inserimento nella vita socio-lavorativa e/o familiare è di scarso aiuto o addirittura genera stress che possono produrre scompenso.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero in SPDC o in programmi di post-acuzie;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave, specie nelle aree funzionali suddette, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo;
- problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

Aree di intervento (*alta intensità riabilitativa*)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi ad alta intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e la prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione:

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio attivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una condizione di stabilizzazione, attraverso la predisposizione di periodici colloqui clinici da parte dello psichiatra sia con il paziente che con la famiglia;
- **area psicologica:** offerta di interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinicopsicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- **area riabilitativa:** offerta intensiva e diversificata di interventi strutturati (sia individuali che di gruppo) di riabilitazione psicosociale, finalizzati ad un recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. E' da prevedere la presenza di interventi di formazione/inserimento lavorativo;
- **area di risocializzazione:** offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici e frequenti con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.1 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento. I programmi di post-acuzie hanno durata massima di 3 mesi.

SRP.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo

Si tratta di strutture che accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare, da attuare in programmi a media intensità riabilitativa (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali).

Indicazioni clinico-riabilitative:

Per i trattamenti a carattere estensivo occorre anzitutto considerare la persistenza di compromissioni funzionali con importanti difficoltà del paziente a recuperare una minima autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, con insorgenza da lungo tempo e/o con pregressi trattamenti riabilitativi, nelle attività di base relative alla cura di sé, oltre che nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media o grave in ambito familiare e sociale
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente

Aree di intervento (*media intensità riabilitativa*)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte delle strutture per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono un'attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione:

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area psicologica:** offerta di interventi strutturati di supporto psicologico;
- **area riabilitativa:** offerta di interventi che prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative nel territorio;
- **area di risocializzazione:** offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede.

Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;

- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.2 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa media dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo - riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.

SRP.3 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi

Si tratta di strutture che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa.

In base al livello di non autosufficienza e dei conseguenti bisogni sanitari e socio assistenziali, si individuano tre tipologie di struttura.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.3 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa bassa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo- riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

Durata

La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP).

SRP.3.1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere

Indicazioni cliniche:

I pazienti sono clinicamente stabilizzati; presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia; sono portatori di marcate compromissioni di tipo persistente nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali; non sono in grado di gestirsi da soli anche solo per alcune ore; dimostrano incompetenza nella gestione di imprevisti o di emergenze (da cui l'indicazione per assistenza sulle 24 ore giornaliere).

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi;
- problemi relazionali di gravità media o gravi in ambito familiare e con amici/conoscenti
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

Aree di intervento

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; prevalgono le attività di assistenza erogate direttamente dal personale, mentre il coinvolgimento del paziente nelle attività quotidiane della struttura è previsto in misura minore;
- **area di risocializzazione:** offerta prevalente di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

SRP.3.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere

Indicazioni cliniche:

Prevalentemente, ma non esclusivamente, per pazienti con un pregressa esperienza in RP 24 ore conclusasi positivamente. I pazienti sono clinicamente stabilizzati e presentano bisogni prevalentemente nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento piuttosto che in quella terapeutica specifica; possono essere presenti livelli anche differenti di disabilità nella conduzione della vita quotidiana, nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali, ma compatibili con un'assistenza garantita solo nelle 12 ore diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi nella cura di sé e nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di risocializzazione ed il persistere di una quota di assistenza diretta da parte del personale.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; alcune attività di assistenza sono erogate direttamente dal personale o sotto la sua supervisione, ma è previsto in misura maggiore che nelle strutture socio-riabilitative a 24 ore il coinvolgimento attivo del paziente nelle attività quotidiane della struttura;
- **area di risocializzazione:** le attività di risocializzazione avvengono prevalentemente fuori sede, in raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

SRP.3.3 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale per Fasce Orarie

Indicazioni cliniche:

I pazienti sono clinicamente stabilizzati e prevalentemente, ma non esclusivamente, provengono da una pregressa esperienza in SRP a 24 o 12 ore, conclusasi positivamente. Attualmente presentano bisogni riabilitativi prevalentemente orientati alla supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività della vita quotidiana con possibilità di godere, in modo mirato, di periodi di affiancamento personalizzato, a supporto delle competenze autonome acquisite, che richiedono un'assistenza garantita solo in alcune fasce orarie diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo; non sono di norma presenti difficoltà nel far fronte agli imprevisti e soprattutto alle emergenze.
- problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;

- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; il personale svolge un'attività di supervisione ed è previsto il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione delle attività quotidiane della struttura;
- **area di risocializzazione:** le attività di risocializzazione avvengono fuori dalla struttura in raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

5. Indicazioni per l'accreditamento delle residenze psichiatriche (di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012)

Ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, a garanzia della qualità organizzativa, di processo e di esito, le Regioni e le Province Autonome adottano un sistema, uniforme nell'intero territorio nazionale, di requisiti di accreditamento, declinati sulle seguenti aree: prestazioni e servizi, personale e relative competenze, comunicazione, appropriatezza clinica e sicurezza.

Requisiti concernenti Prestazioni e Servizi

“E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per le aziende/dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. *tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati;*
2. *eleggibilità e presa in carico dei pazienti;*
3. *continuità assistenziale;*
4. *monitoraggio e valutazione;*
5. *modalità di gestione della documentazione sanitaria che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne completezza rispetto agli interventi effettuati, rintracciabilità e riservatezza (privacy).*

Requisiti concernenti le competenze professionali

“L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale requisiti che evidenzino:

1. *la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica;*
2. *l'inserimento e l'addestramento di nuovo personale.*

In questo ambito, occorre sottolineare l'importanza – tenuto conto dei particolari e specifici fattori di rischio e di *burn out* del lavoro con persone affette da disturbi psichiatrici maggiori - di garantire processi di formazione continua degli operatori, attraverso strumenti appropriati, come la supervisione e l'audit clinico, anche al fine del consolidamento dello stile di lavoro di equipe.

Requisiti concernenti la Comunicazione

“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per azienda/dipartimento requisiti che evidenzino:

1. *le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori;*
2. *le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori;*
3. *le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver;*
4. *le modalità di coinvolgimento dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;*

5. le modalità di ascolto dei pazienti.

Requisiti concernenti Appropriatelyzza clinica e sicurezza

“L’efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”.

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale e per i dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. *approccio alla pratica clinica secondo evidenze;*
2. *promozione della sicurezza e gestione dei rischi;*
3. *programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi;*
4. *strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze.*

6. Monitoraggio e verifiche.

La gestione di un sistema complesso com’è quello sopra delineato, comporta la necessità di una valutazione costante del suo funzionamento, nel contesto delle attività complessive del dipartimento di salute mentale. E’ compito delle Regioni verificare periodicamente il mantenimento dei requisiti organizzativi e di accreditamento.

E’, inoltre, necessaria l’implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), anche attraverso l’adozione di un set di indicatori specifici in grado di fornire elementi di valutazione a livello locale, regionale e nazionale. L’individuazione degli indicatori compete al Gruppo SISMSottogruppo Indicatori, coordinato dal Ministero della Salute.

Si raccomanda l’utilizzo di strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell’esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti. Tale valutazione è particolarmente indicata nelle strutture a carattere intensivo.

Analogamente, riguardo ai trattamenti residenziali per le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia, che saranno accolte nelle strutture ad hoc previste dalla legge 9/2012, occorre prevedere opportune modalità di monitoraggio del percorso per verificare l’appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni, gli outcome clinici, anche tramite appositi progetti a livello nazionale e regionale.

Roma, 13 giugno 2013

Decreto del Commissario ad Acta 6 ottobre 2014, n. U00311 - "Linee guida per l’Elaborazione della Carta dei Servizi Sanitari delle Aziende e Strutture Sanitarie della Regione Lazio". BUR n. 82 del 14.10.14)

Note

I Programmi Operativi 2013-2015 approvati con Decreto del Commissario ad Acta 25 luglio 2014, n. U0024 al punto 3.5 Intervento 5: Altri Interventi Operativi di Gestione - Azione 5: Formazione e Comunicazione ai Cittadini prevedono la *Promozione della Carta dei Servizi nelle Aziende Sanitarie*.

Viene approvato il documento “Linee guida per l’Elaborazione della Carta dei Servizi Sanitari delle Aziende e Strutture Sanitarie della Regione Lazio” che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto.

A cura di

Marinella D’Innocenzo, *Dirigente Area Formazione, Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio*

Carmen Mantuano, *Area Formazione, Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio*

In collaborazione con

Lucia Amoroso, *Asl Roma E*

Manuela Astrologo, *Policlinico Umberto I*

Mariangela Cavarra, *AO S. Giovanni Addolorata*

Lucia Celesti, *Bambino Gesù*

Tarquinio Desideri, *Asl Rieti*

Sonia Evangelisti, *Asl Roma F*

Gabriella Geraci, *Asl Roma C*

Francesco Giorgi, *Asl Frosinone*

Assunta Lombardi, *Asl Latina*

Maria Rosa Loria, *Policlinico Torvergata*

Cristiana Luciani, *AO S. Andrea*

Laura Mariotti, *Fatebenefratelli Isola Tiberina*

Marco Martino, *Regione Lazio*

Giorgio Meneschincheri, *Policlinico Agostino Gemelli*

Giovanna Natalucci, *AO S. Camillo Forlanini*

Maria Giulia Nigro, *Campus Biomedico*

Cristina Sopranzi, *Asl Roma B*

Stefano Tognoli, *Campus Biomedico*

Nicoletta Torsetti, *Asl Roma A*

Un particolare ringraziamento per la preziosa disponibilità e partecipazione a

Francesco Di Stanislao, Giovanni Caracci e Sara Carzaniga *dell'Agenas*

Grafica a cura di

Barbara De Masi, *Regione Lazio*

INDICE

1. PREMESSA

2. STRATEGIA PER L'ELABORAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

3. COME DEVE ESSERE ORGANIZZATA LA CARTA DEI SERVIZI

4. LE SEZIONI

4.1 LA SEZIONE 1: Presentazione dell'azienda

4.2 LA SEZIONE 2: Descrizione dei servizi e delle relative prestazioni

4.3 LA SEZIONE 3: Descrizione dei percorsi assistenziali

4.4 LA SEZIONE 4: Meccanismi/forme/strumenti di tutela

5. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. PREMESSA

Il presente lavoro viene elaborato tenendo conto dei risultati dell'indagine realizzata dal Tavolo Tecnico sulle Carte dei Servizi nella Sanità, costituito nell'ambito del protocollo di intesa tra l'Agenas – Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e CiVIT – (*Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche*), oggi ANAC (*Autorità nazionale AntiCorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche*).

L'indagine ha riguardato l'effettiva diffusione della Carta dei Servizi nelle Aziende Sanitarie pubbliche, e soprattutto, l'aderenza dei contenuti a quelli indicati dalle Linee Guida (LLGG) nazionali del 19951 e dalla successiva normativa 2,3, da CiVIT nei documenti relativi a criteri standard di qualità delle pubbliche amministrazioni e dallo stesso dal tavolo tecnico CiVITAGENAS.

Il report dell'indagine è stato diffuso dall'Agenas ai referenti regionali del gruppo di lavoro interregionale sull'empowerment.

Il presente documento si inserisce all'interno di un quadro di macroazioni che la Regione Lazio mira ad attivare, al fine di favorire i processi di empowerment del cittadino/paziente/familiare. In tale scenario la Carta dei Servizi deve veder rafforzato il suo valore di veicolo e di patto con il cittadino, in modo particolare sugli argomenti relativi alla performance dei servizi e alla trasparenza delle informazioni auspiccate a livello nazionale e internazionale (vedi le numerose indicazioni fornite da ANAC - ex CiVIT).

Un riveduto impegno nella elaborazione ed implementazione dello strumento della Carta dei Servizi, può costituire, come evidenziato nel lavoro dell'Agenas - ANAC , “uno dei tanti tasselli utili a contribuire a dare senso alle parole vecchie e nuove sul concetto di qualità dell'assistenza sanitaria; ciò in linea con la *Tallinn Charter (Health Systems, Health and Wealt)* adottata dagli Stati Membri Europei come guida e supporto strategico per il rafforzamento dei sistemi sanitari, impegnando tutti gli Stati Membri a promuovere la trasparenza e a rendere conto delle diverse performance dei vari sistemi sanitari delle regioni europee nel raggiungimento di risultati misurabili” (58 a riunione del Comitato Europeo, risoluzione EUR/RC58/R4)

STRATEGIA PER L'ELABORAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI

Sulla base di quanto evidenziato in premessa e delle criticità evidenziate dall'analisi delle Carte dei Servizi, si recepiscono le indicazioni del lavoro dell'Agendas e dell'ANAC e si elabora il presente atto di indirizzo.

Con una logica che mira al miglioramento continuo della qualità ed alla condivisione, l'atto si propone come base di partenza per una costruzione condivisa delle Carte dei Servizi Sanitari della Regione Lazio. Seguendo un modello di **Formazione/Intervento** la strategia di implementazione delle presenti Linee Guida vedrà coinvolti i Referenti per la Carta dei Servizi delle Aziende e Strutture Sanitarie della Regione Lazio in un percorso di formazione sul campo, volto alla costruzione dei contenuti specifici a partire dalla matrici suggerite nel documento AGENAS/ANAC.

Tutto ciò al fine di omogeneizzare le Carte dei Servizi della Regione Lazio, ma anche di valorizzare e diffondere le esperienze maturate e le competenze già acquisite.

Quanto suggerito sarà utilizzato come chiave di lettura e di sistematizzazione di quanto già presente nelle Carte dei Servizi, puntando alla individuazione delle eccellenze da diffondere nella Regione e di quelle che maggiormente rispondono ai requisiti minimi di contenuti informativi.

In linea con quanto evidenziato dalla ricerca nazionale il punto sul quale si cercherà di raggiungere l'ottimale è sicuramente la parte generale di **guida ai servizi**: si lavorerà con l'obiettivo di inserire aree innovative quali i **percorsi assistenziali**.

Saranno pianificati moduli formativi specifici sulla **Qualità** al fine di intervenire sulle criticità evidenziate nel documento AGENAS/ANAC: la Carta dei Servizi può svilupparsi solo se i principali processi che la supportano costituiscono parte integrante del sistema Qualità aziendale.

La Carta dei Servizi vuole connotarsi, oltre che come forma di impegno verso i cittadini, anche come significativa occasione di miglioramento gestionale del servizio: essa richiede che le strutture sanitarie siano dotate di efficaci meccanismi di misurazione del servizio, di informazione ai cittadini e di controllo del raggiungimento degli obiettivi. La divulgazione tramite la Carta degli impegni adottati con relativi standard di qualità, permette al cittadino stesso di verificare il raggiungimento di quanto dichiarato.

3. COME DEVE ESSERE ORGANIZZATA LA CARTA DEI SERVIZI

L'obiettivo del documento mira a rendere l'articolazione della Carta di Servizi più leggera, e concentrata essenzialmente sulla sua funzione originaria, ovvero quella di **strumento per consentire all'utente** del servizio sanitario di ottenere un efficace intervento assistenziale e l'assunzione di impegni precisi sulla quantità e qualità dei servizi/prestazioni/percorsi che una amministrazione garantisce, anche attraverso la previsione di forme di risarcimento per l'utenza a fronte del loro mancato rispetto.

Si raccomanda nella costruzione delle Carte dei servizi un lavoro condiviso tra Responsabile URP, Responsabile della Qualità, Responsabile Redazione del Sito Web, Responsabile della Trasparenza delle aziende/strutture sanitarie e Associazioni dei cittadini e dei pazienti.

4. LE SEZIONI

Si sintetizzano di seguito le indicazioni relative a quali debbano essere le informazioni minime che le Carte dei servizi della Regione Lazio devono contenere.

I contenuti, si raccomanda di articularli in quattro sezioni base:

1. **Presentazione dell'Azienda** e strutture organizzative/operative, missione, i valori, i principi, (vedi contenuti degli atti aziendali).

2. **Prestazioni/Servizi erogati**: informazioni sui servizi, l'elenco delle prestazioni, le modalità di accesso alle prestazioni, i recapiti e i riferimenti delle strutture eroganti.

3. **Percorsi** assistenziali presenti in Azienda

4. **Tutela dei cittadini**: meccanismi/forme/strumenti.

Le quattro Sezioni prevedranno delle sottocategorie di informazioni disposte in maniera seriale per la forma cartacea, mentre nel sito WEB in parallelo dovranno trovarsi le stesse informazioni, in modo da consentirne una lettura integrata. Si raccomanda, a tale proposito, di costruire un sito di facile navigazione, favorendo collegamenti ipertestuali per rendere maggiormente fruibile la raccolta di informazioni diverse anche da parte di cittadini non molto esperti nell'utilizzo del web

4.1 LA SEZIONE 1: PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

La presentazione deve essere adattata - in funzione delle differenti mission - a tutte le tipologie di aziende e strutture del Sistema Sanitario Regionale per le quali trovano applicazione le presenti Raccomandazioni.

La sezione è finalizzata alla presentazione dell’Azienda/Struttura, della missione, dei valori, dei principi, degli impegni e degli standard, nonché l’illustrazione dei diritti e doveri del cittadino, anche in tema di rispetto della privacy (tutela della riservatezza).

Informazioni generali

- Ambito territoriale e bacino di utenza
- Macrolivelli assistenziali e descrizione, in forma generale, del livello di assistenza garantito da ognuno di essi:

Assistenza Ospedaliera

- Presidi;
- Dipartimenti;
- Servizi;
- Aree specialistiche;
-

Assistenza Distrettuale

- Distretti;
- Area salute della donna e dell’età evolutiva (Consultorio);
- Area salute anziani;
- Area tutela della salute mentale (D.S.M)
- Area riabilitazione dell’età evolutiva (TSMREE);
- Area servizio socio-sanitario per le dipendenze (tossicodipendenze, alcol dipendenze, Ser.T, gioco di azzardo patologico);
- Area medicina generale, specialistica territoriale e continuità assistenziale;
- Area medicina legale;
- Area assistenza protesica;
- Area riabilitazione e presa in carico dell’utente disabile adulto;
- Area assistenza domiciliare integrata, assistenza semiresidenziale e residenziale;
- Area assistenza alla popolazione detenuta nei Distretti sul cui territorio insiste l’Istituto Penitenziario;
-

Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro: prevenzione

- promozione e educazione alla salute – profili di salute di comunità
- profilassi delle malattie infettive e parassitarie (attività di prevenzione rivolte alla persona)
- vaccinazioni (obbligatorie e raccomandate), programmi di diagnosi precoce (screening)
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
- sanità pubblica veterinaria
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti,
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- attività di valutazione e di certificazione medico-legale
- medicina dello sport
-

La sezione deve contenere informazioni specifiche su:

- assistenza per i cittadini stranieri
- assistenza sanitaria all'estero *(con link al Decreto legislativo del 04.03.2014 n° 38, G.U. 21.03.2014 - Attuazione della direttiva 011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro)*

Per la pagina WEB si raccomanda di creare un link per ogni macrolivello alle strutture organizzative che contiene e di tener conto delle linee guida regionali sui siti web

4.2 LA SEZIONE 2: DESCRIZIONE DEI SERVIZI E DELLE RELATIVE PRESTAZIONI

La seconda sezione deve contenere le informazioni comprese quelle cosiddette di “servizio”, tra cui le modalità di accesso alle prestazioni, i recapiti e riferimenti delle strutture eroganti. Ciò al fine di

consentire all'utente di ricavare le informazioni relative alle prestazioni/servizi a partire dalla struttura che li fornisce.

Le prestazioni

Elenco di tutte prestazioni specialistiche erogate in azienda (es. cardiologia, esami per diabetici, esami per donne in gravidanza ecc.). L'elenco base deve contenere le prestazioni descritte nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 (PNGLA 2010-2012) e deve includere (sempre rimodulato sulla base della differente mission aziendale) quelle previste dal Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa per il triennio 2013- 2015 (ai sensi del Decreto 314 del 5 luglio 2013. “ Adozione P.O. 2013-2015 Azione 14.3.5”):

A) Prestazioni ambulatoriali

A 1) Visite specialistiche

A 2) Prestazioni strumentali

Diagnostica per immagini

Altri esami specialistici

B) Prestazioni in regime di ricovero

Prestazioni in Day Hospital-Day Surgery

Prestazioni in ricovero ordinario

La sezione dovrà contenere informazioni descrittive sulle modalità di ricovero ospedaliero (accesso tramite il Pronto Soccorso, ricovero ordinario, ricovero di elezione e urgente, day hospital, day surgery)

I servizi

Per ogni struttura operativa devono essere descritti (con possibilità di risalirci anche tramite link)

Finalità servizio

Responsabile

Sede della struttura organizzativa con relativi recapiti

Orari di apertura

Prestazioni erogate (nella pagina WEB creare link con le prestazioni);

Tempi di attesa

Modalità di prenotazione

Modalità di applicazione dell'esenzione

Modalità di ritiro dei referti

Modalità di pagamento delle tariffe

Indicazioni all'utilizzo del servizio (ad esempio, indicazioni per la preparazione dell'occorrente, la documentazione, i capi di vestiario, ecc)

Standard di qualità, indicatori e valori standard relativi alle dimensioni rilevanti

Modalità di risarcimento in caso di non rispetto degli standard

Indicazioni sull'attività in intramoenia (*link alle Linee Guida Regionali per l'esercizio della professione intramuraria della Regione Lazio del 2012 e smi*)

Per ogni struttura operativa devono essere descritti i principali servizi non sanitari

Elenco di tutti i servizi non sanitari della struttura (ad esempio: parcheggio, URP, servizi di pulizia, mensa, bar, servizi ricettivi, servizi religiosi, servizi di trasporto, ecc.)

Le informazioni da garantire dovranno essere:

Descrizione del servizio

Responsabile

Orari di apertura

Modalità di accesso (parcheggi, mezzi pubblici, strutture per familiari, orari di accesso, ecc).

Box 1 - CARTE DI ACCOGLIENZA

L'azienda deve, inoltre, prevedere per ogni struttura organizzativa una **carta di accoglienza/opuscolo informativo** per i pazienti ed i loro familiari che sarà possibile visionare anche in un apposito spazio informativo presente in sede.

Deve essere prevista una specifica:

- **Carta dei Servizi per gli Istituti penitenziari** per le Aziende Sanitarie nelle quali sono presenti istituti penitenziari

- **Carta dei servizi per i diritti dei bambini in ospedale** in linea con le indicazioni europee

- **Carta dei servizi per il Percorso Nascita** (*ai sensi dell'accordo stato regioni del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"*)

- **Carta dei Servizi sulla Donazione di Organi e Trapianti**

- **Carta dei Servizi per Cure palliative e terapia del dolore**

Per il sito WEB aziendale deve essere pianificato un aggiornamento **almeno semestrale** di tutte le informazioni

4.3 LA SEZIONE 3: DESCRIZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

Nella terza sezione devono essere descritti accuratamente i percorsi assistenziali- partendo da quelli a maggior diffusione nella propria Azienda (almeno due) – in essi deve essere spiegato l'iter del paziente dal primo contatto con la struttura sanitaria, alla diagnosi e terapia, fino all'orientamento riguardo la **continuità assistenziale**, l'**integrazione dei servizi** e le peculiarità della presa in carico (es. rete servizi per i cardiopatici, per i diabetici, percorso nascita ecc.).

Per ogni percorso assistenziale devono essere descritti (con possibilità di risalirci anche tramite link con i punti precedenti):

- Condizione clinica per entrare nel percorso
- Condizioni per avere diritto all'esenzione
- Diagramma di flusso generale del percorso con indicazione dei servizi/prestazioni erogate, i luoghi e i tempi
- Figura che sarà coordinatore-responsabile del percorso e a cui il paziente dovrà rivolgersi per problemi inerenti la condizione che ha portato all'attivazione del percorso stesso
- Nodi critici dei percorsi che devono essere garantiti e monitorati
- Standard di qualità per le dimensioni rilevanti, indicatori e valori programmati relativi ai nodi critici del percorso
- Modalità di risarcimento in caso di non rispetto degli standard
- Monitoraggio di qualità dei percorsi

a. di processo

b. di esito

Box 2 - I PERCORSI ASSISTENZIALI A MAGGIOR DIFFUSIONE NELLE REALTÀ REGIONALI

Si riporta , a titolo esemplificativo, un elenco dei percorsi assistenziali a maggior diffusione nelle realtà regionali:

- IMA;
- Scopenso cardiaco;
- Stroke;
- Patologie cardiache;
- Diabete;
- BPCO;
- Oncologico;
- Malati Terminali/Cure palliative/Terapia del dolore;
- Anziani non autosufficienti/Alzheimer;
- Disabilità fisica;
- Salute Mentale;
- Dipendenze Patologiche
- ...

4.4 LA SEZIONE 4: MECCANISMI/FORME/STRUMENTI DI TUTELA

RECLAMI

- Ufficio/i preposto/i
- Funzioni
- Modalità di presentazione del reclamo
- Report annuale reclami

1. Devono essere inserite le schede per la raccolta dei reclami

2. Deve essere brevemente descritta la procedura di inoltro e pro cessazione degli stessi da parte dell'azienda

RISARCIMENTO

- Indicare procedure e modalità secondo normativa di riferimento
- Ufficio/i preposto/i
- Funzioni

RIMBORSO

- Indicare procedure e modalità secondo normativa di riferimento
- Ufficio/i preposto/i
- Funzioni

RICORSO

- Indicare procedure e modalità secondo normativa di riferimento
- Ufficio/i preposto/i
- Funzioni

Indicare, se istituito, l'organismo legale per negoziare gli eventuali importi per "danni subiti"

Box 3 - I MECCANISMI DI TUTELA, VERIFICA, TRASPARENZA

L'Azienda è tenuta ad attivare iniziative per favorire l'interazione con gli utenti e tutelare il diritto alla corretta fruizione dei servizi, favorendo la partecipazione del cittadino alle varie fasi di attuazione degli interventi:

L'utente ha il diritto di **accedere alle informazioni** che lo riguardano in possesso dell'Azienda:

- L'utente può formulare suggerimenti per il miglioramento dei servizi.
- L'Azienda dà riscontro all'utente circa reclami, segnalazioni, proposte da esso formulati:
- L'Azienda istituisce una sezione nella Carta dei Servizi in cui si elencano i diritti e i doveri dei cittadini, facendo in particolare riferimento alla Carta Europea dei diritti del malato

Segnalare, inoltre, nella carta dei servizi delle singole articolazioni la:

- presenza di servizio assistenza altre religioni
- attenzione multiculturale
- facilitazioni e orientamento per disabili
- servizio di assistenza sociale

In tema di trasparenza, si raccomanda che ogni struttura pubblicizzi nella Carta dei Servizi l'esistenza della sezione Amministrazione Trasparente e delle sue principali articolazioni (All. A del D.Lgs 33/2013), nonché dell'Istituto **dell'accesso civico** e riferimenti per il suo esercizio da parte degli utenti (art. 5 D.Lgs 33/2013)

Si raccomanda, inoltre, che ogni struttura renda pubblici sul proprio sito web tutti i documenti relativi alla performance e al processo di monitoraggio della qualità delle prestazioni/servizi o percorsi assistenziali individuati. In particolare:

- Relazione aziendale annuale sulla performance rispetto agli standard di qualità generali e specifici delle prestazioni/ servizi e dei percorsi;
- Relazione sui risultati del monitoraggio dei PNGLA (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa);
- Relazione sui risultati delle indagini di soddisfazioni degli utenti;
- Report annuale sui Ricorsi/Reclami/risarcimenti/rimborsi

Box 4 - LA QUALITÀ

(impegni, standard/indicatori, strumenti di verifica)

Gli utenti devono essere messi nella condizione da parte della azienda sanitaria di conoscere gli standard di qualità che possono pretendere in merito alle specifiche prestazioni che devono ricevere (modalità di prenotazione e pagamento, luogo di erogazione, tempi di attesa, modalità di ristoro, ecc.).

In tema di qualità dei servizi, si indicano le seguenti dimensioni della qualità (**standard minimi essenziali**) per le quali ogni struttura dovrà definire livelli standard e indicatori relativamente sia alle prestazioni/servizi, che ai percorsi assistenziali identificati:

Accessibilità. Capacità di garantire l'accesso ai servizi erogati a tutti gli utenti potenzialmente interessati, declinabile in termini spaziali, temporali e di possibilità di utilizzo di canali diversi. Dal punto di vista spaziale si può intendere la facilità di accesso al luogo in cui si eroga il servizio (per esempio: la dislocazione sul territorio, la proporzionalità tra il servizio offerto e il relativo bacino di riferimento). Dal punto di vista temporale si può fare riferimento agli orari di apertura al pubblico, al numero di passaggi procedurali per ottenere il servizio richiesto, ai tempi di attesa per l'accesso ai servizi e/o agli sportelli,

ecc. Per possibilità di utilizzo di canali diversi, infine, si può intendere la disponibilità di molteplici forme di comunicazione (per esempio: telefono, fax, mail, PEC, posta cartacea, interfaccia web), con l'indicazione, per ciascuna di esse, di tempi e termini di utilizzo.

Tempestività. Tempo intercorrente fra la richiesta del servizio da parte dell'utente (o la promessa di servizio da parte della struttura) e l'effettiva erogazione dello stesso, declinabile, a seconda dei casi, come tempo massimo di erogazione del servizio, tempo di risposta, frequenza di erogazione.

Tutte le aziende devono prevedere **impegni** per il miglioramento della qualità, adottare standard di qualità, prevedere iniziative di verifica rispetto agli standard di qualità.

Si sottolinea l'importanza di prevedere più indicatori per ciascuna delle dimensioni considerate, in coerenza con il proprio sistema informativo, allo scopo di garantire una completa ed efficace misurazione della dimensione stessa. A questo scopo si fa rimando alle delibere dell'Autorità in tema di standard di qualità (n. 88/2010 e n. 3/2012).

Box 5 - GLI IMPEGNI

Tutte le aziende devono prevedere impegni per il miglioramento della qualità, adottare standard di qualità, prevedere iniziative di verifica rispetto agli standard di qualità.

Gli impegni riferiti agli **aspetti relazionali** dovrebbero riguardare le iniziative da intraprendere circa:

- l'identificazione del personale tramite cartellino di riconoscimento,
- il potenziamento del servizio di accoglienza,
- il miglioramento della chiarezza dell'informazione sanitaria,
- interventi formativi sulla comunicazione difficile,
- punti di informazioni (personale dedicato, opuscolo informativo, numero verde),
-

Gli impegni riferiti agli aspetti legati al **tempo** dovrebbero riguardare le iniziative da intraprendere circa

- il rispetto dei tempi di consegna delle copie di cartelle cliniche e referti di laboratorio,
- la definizione di protocolli e tempi di attesa massimi d'accesso alle prestazioni specialistiche e prioritarie,
- la creazione di Help desk per la gestione dei tempi di attesa.
-

Gli impegni riferiti agli **aspetti alberghieri e di comfort** dovrebbero riguardare le iniziative da intraprendere circa

- il miglioramento del servizio mensa (personalizzazione del menù, scelta fra 2 o più menù),
- l'attivazione di procedure di qualità nei settori della ristorazione e delle pulizie,
- la riduzione delle camere con oltre 4 posti letto e aumento bagni riservati ai degenti delle camere,
- la possibilità di lettura negli ospedali,
- servizi Accessori (sportelli bancomat, bar, giornali, alberghi convenzionati)
-

Gli impegni legati alla **struttura e logistica** dovrebbero riguardare le iniziative da intraprendere circa

- garantire un'ideale segnaletica interna ed esterna per agevolare l'accesso alle strutture,
- eliminare le barriere architettoniche e interventi di adeguamento delle strutture.
-

Gli impegni legati **agli aspetti burocratici ed amministrativi**

- definire fogli informativi per procedure amministrative/sanitarie complesse,
- riorganizzazione delle procedure di prenotazione,
- attivazione linee telefoniche per alcune prestazioni specialistiche
-

Gli impegni per quanto riguarda **la tutela e l'ascolto**

- favorire la semplicità di presentazione dei reclami ed il rispetto dei tempi di risposta in 30 giorni,
- rendere pubblici gli impegni specifici dell'Azienda riguardo l'area della tutela e dell'ascolto
- effettuare indagini di soddisfazione e di gradimento rivolte agli utenti,
- garantire il servizio di mediazione culturale rivolto a cittadini stranieri e/o servizio di interprete nel Pronto Soccorso,
- garantire l'estensione delle fasce orarie di visita,
- garantire la presenza di un familiare in modo continuativo nei reparti di pediatria,
- coinvolgere, anche per i servizi di consulenza, le Associazioni di Volontariato e Tutela,

- diminuzione delle azioni di contenzioso,
- fornire alle direzioni aziendali i report sulle criticità rilevate
-

E' importante rendere oggettivabile la misurazione degli indicatori individuati per far comprendere al cittadino l'impegno continuo e costante dell'azienda nel garantire e mantenere standard di qualità. Può essere utile definire un percorso condiviso e partecipato della qualità (secondo il metodo PDCA Plan-Do-Check-Act) che segue il ciclo delle 5 dimensioni di qualità (si veda fig.1)

Figura 1

Box 6 - IL VOLONTARIATO E LE ASSOCIAZIONI DI TUTELA DEI DIRITTI

L'Azienda deve garantire ed assicurare la partecipazione degli Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti, in attuazione di quanto disposto dall'art. 14 del D.Lgs. 502/1992, dalla Carta dei Servizi Sanitari Nazionale e dalle Linee Guida agli Atti Aziendali della Regione Lazio del 06/08/2014

- indicare l'ufficio di riferimento degli Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti
- indicare l'istituzione di un Tavolo permanente del volontariato specificando attività e organizzazione
- indicare composizione e tempi del Tavolo permanente del volontariato
- Devono essere inserite indicazioni circa le associazioni di volontariato e gli organismi di tutela operanti nell'azienda.

Deve essere data informazione circa:

- Il volontariato
- Associazioni accreditate
- Associazioni convenzionate
- Organismi di tutela dei diritti
- Coordinamento associazioni ed organismi di tutela
- Comitato consultivo misto.

In particolare devono essere date indicazioni esaustive circa le relative funzioni, regolamenti, sedi legali e sedi all'interno dell'azienda, recapiti, rappresentanti legali.

Box 7 - LA COMUNICAZIONE

La Direttiva dell'Unione Europea (97/17 "Il sistema - qualità nell'assistenza sanitaria europea") indica la "comunicazione efficace" come la "chiave per attuare con successo i cambiamenti", a condizione che siano identificati, fin dagli stadi precoci del processo informativo, "chi ha bisogno di sapere, che cosa e a quale stadio" e ribadisce che "il punto di vista [dei pazienti] deve essere preso in considerazione nello sviluppo del processo assistenziale e nel sistema per il miglioramento della qualità".

La comunicazione deve essere considerata come processo bilaterale di informazione/ascolto, che vede coinvolti con pari dignità due o più soggetti. La comunicazione pertanto costituisce uno strumento essenziale per:

- qualificare il rapporto tra cittadini e servizio sanitario,
- migliorare il senso di appartenenza degli operatori,
- favorire l'autonomia decisionale degli utenti per una partecipazione alle scelte

Nella carta dei servizi devono essere documentate tutte le azioni e gli strumenti di comunicazione con utenti interni ed utenti esterni:

- Piano di comunicazione aziendale: il piano individua gli interlocutori e gli interventi tenendo presenti sia il versante della comunicazione interna che quello della comunicazione esterna.
- La conferenza dei servizi
- L' utilizzo efficace del sito WEB
- L' utilizzo dei mezzi di comunicazione di massa
- L'attivazione di forme di collaborazione e di consultazione con i cittadini, in particolare con le rappresentanze delle associazioni di volontariato e tutela delle categorie di utenti, e di operatori delle altre istituzioni
- La diffusione della carta dei servizi differenziata a seconda dei destinatari

5. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi" che ha dettato nuove regole per i rapporti tra i cittadini e le amministrazioni.**

La Legge ha dettato nuove regole per i rapporti tra i cittadini e le amministrazioni, prevedendo il diritto di chi vi abbia interesse, per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti, di accedere ai documenti formati o, comunque, utilizzati dalla pubblica amministrazione, indicando che l'attività amministrativa deve essere ispirata a criteri di economicità, di efficienza, di speditezza, di responsabilità, di semplicità e di partecipazione; le norme sull'accesso evidenziano altresì che l'attività amministrativa nel suo complesso deve essere ispirata anche al principio di trasparenza, inteso come accessibilità alla documentazione dell'amministrazione o da questa utilizzata.

□ **Decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384**

Il decreto reca l'accordo di lavoro del comparto Sanità, che assume il miglioramento delle relazioni con l'utenza come obiettivo fondamentale dell'azione amministrativa e prevede l'approntamento di strumenti finalizzati alla tutela degli interessi degli utenti, alla più agevole utilizzazione dei servizi, all'informazione sui servizi stessi e alle procedure di reclamo.

□ **Circolare Ministero della Sanità 100/SCPS/35697 del 31 ottobre 1991 "Iniziativa per l'attuazione nel Servizio Sanitario nazionale delle norme della legge 7 agosto 1990, n. 241, miranti al miglioramento dei rapporti tra Pubblica Amministrazione e cittadini"**

La Circolare richiama l'attenzione delle ASL sulla necessità di attuare provvedimenti tesi ad assicurare trasparenza ed efficacia all'azione amministrativa suggerendo misure concrete, quali l'istituzione degli uffici di informazione e pubbliche relazioni, la verifica della segnaletica e della modulistica utilizzata dai cittadini per l'accesso alle prestazioni sanitarie.

□ **Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni ed integrazioni"**

Il decreto rivede il tessuto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale, istituendo le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere e che colloca il sistema organizzativo dei servizi a supporto del miglioramento, delle prestazioni e della tutela dei diritti del cittadino.

L'art. 14 del citato decreto fissa alcuni principi in materia di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini che sono in assoluta coerenza con quelli della "Carta dei servizi". La norma investe, con l'autorevolezza della legge, tutti i temi cardine della "Carta dei servizi" individuando nella personalizzazione, nell'umanizzazione, nel diritto all'informazione, nelle prestazioni alberghiere e nell'andamento dell'attività di prevenzione i principali fattori della qualità dei servizi sanitari. La stessa norma, poi:

- prevede la definizione di un sistema nazionale di indicatori per la misurazione della qualità, individuando le procedure per verificare l'andamento dei servizi e fissare gli interventi per l'ulteriore miglioramento degli stessi;

- pone a carico delle aziende l'obbligo di attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;

- afferma il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e fissa le procedure di presentazione del reclamo stesso;

- impegna le aziende sanitarie a rilevare ed analizzare i segnali di disservizio ed individua le figure responsabili dell'adozione delle misure necessarie per rimuovere i disservizi stessi;

- assicura la consultazione dei cittadini e delle loro organizzazioni di tutela dei diritti sull'organizzazione dei servizi e sulla verifica della qualità;

□ **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici"**

La Direttiva definisce i principi a cui deve essere progressivamente uniformata l'erogazione dei servizi pubblici, anche se svolti in regime di concessione o mediante convenzione.

I principi fondamentali individuati sono:

Eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficacia ed efficienza

La Direttiva indica, altresì, gli strumenti che consentono di tradurre i principi in modalità operative, e presenta i meccanismi per tutelare gli utenti e stimolare l'applicazione della direttiva

□ **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico di cui all'art. 12 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive disposizioni correttive"**

La presente direttiva definisce i principi e le modalità per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico di cui all'art. 12 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive disposizioni correttive.

Ai principi della direttiva, con gli opportuni adeguamenti in funzione delle risorse disponibili e delle esperienze maturate, dell'attività svolta, delle dimensioni, delle caratteristiche organizzative e degli ordinamenti, si uniformano le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1 del decreto legislativo n. 29

□ **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995 “Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari”**

In esecuzione del decreto-legge 12 maggio 1995, n. 163, convertito, con modificazione, dalla legge 11 luglio 1995, n. 273, il decreto definisce lo schema generale di riferimento per l'adozione della Carta dei servizi pubblici sanitari.

Il decreto fornisce indicazioni, criteri di attuazione, linee guida, metodologia e materiali esemplificativi più adeguati. Sulla base di tali indicazioni le singole strutture dovranno definire specifiche strategie di attuazione della “Carta”.

Lo schema generale specifica la necessità di individuare indicatori di qualità e fissare standard generici e specifici, riconosce quale fattore essenziale la chiarezza e tempestività dell'informazione da fornire agli utenti, e sottolinea l'importanza dell'accoglienza e accompagnamento, della tutela e della partecipazione che ogni ASL è chiamata a garantire agli utenti.

□ **Linea Guida n. 2/95 “Attuazione della Carta dei servizi del sistema sanitario nazionale”**

Le linee-guida rispondono alla finalità di indirizzare, supportare e avviare il monitoraggio delle diverse fasi del processo di diffusione e applicazione delle Carte dei Servizi sanitari.

Esse hanno i seguenti obiettivi:

- fornire una serie di prime indicazioni programmatiche e di suggerimenti utili per orientare le iniziative operative proprie del livello locale;
- avviare il sostegno centrale e il monitoraggio al processo di attuazione della Carta nelle strutture sanitarie.

□ **Legge 11 luglio 1995, n. 273 “Conversione in legge con modificazioni del decreto legge 12 maggio 1995 n. 163, recante misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni”**

La Legge risponde alla straordinaria necessità ed urgenza di procedere alla razionalizzazione di procedimenti amministrativi particolarmente complessi per la pubblica amministrazione e gravosi per i cittadini, anche al fine di accrescere l'efficienza delle strutture pubbliche.

In particolare, l'art. 2 prevedeva l'emanazione, con decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, di schemi generali di riferimento di carte dei servizi, predisposte d'intesa con le amministrazioni interessate, nonché, l'adozione da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici, anche operanti in regime di concessione o mediante convenzione, di carte dei servizi specifiche, sulla base dei principi indicati dalla direttiva P.C.M. 27.1.1994 e dello schema di riferimento.

□ **Decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286 “Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e di valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle attività svolte dalle amministrazioni pubbliche a norma dell'articolo 11 della L. 15 marzo 1997, n. 59”**

Il decreto ridisegna la materia dei controlli interni e delle valutazioni della Pubblica Amministrazione.

L'ultimo capo del provvedimento, dedicato alla qualità dei servizi pubblici e carte dei servizi, riporta la necessità che i servizi pubblici nazionali e locali siano erogati con modalità che promuovono il miglioramento della qualità e assicurano la tutela dei cittadini e degli utenti e la loro partecipazione, nelle forme, anche associative, riconosciute dalla legge, alle inerenti procedure di valutazione e definizione degli standard qualitativi.

Lo stesso articolo abroga l'art. 2 della legge 11 luglio 1995 n. 273 che prevedeva l'emanazione, con decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, di schemi generali di riferimento di carte dei servizi, predisposte d'intesa con le amministrazioni interessate, nonché, l'adozione da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici, anche operanti in regime di concessione o mediante convenzione, di carte dei servizi specifiche, sulla base dei principi indicati dalla direttiva P.C.M. 27.1.1994 e dello schema di riferimento.

Tuttavia, precisa, che restano applicabili, sino a diversa disposizione, i decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri recanti gli schemi generali di riferimento già emanati ai sensi dell'articolo citato.

Dispone che le modalità di adozione delle carte di servizi, nonché le modalità di definizione, adozione e pubblicizzazione degli standard di qualità, i criteri di misurazione della qualità dei servizi, le condizioni di tutela degli utenti, i casi e le modalità di indennizzo automatico e forfetario all'utenza per mancato

rispetto degli standard di qualità saranno stabilite con direttive, aggiornabili annualmente, del Presidente del Consiglio dei Ministri. Per i servizi erogati direttamente o indirettamente dalle regioni e dagli enti locali, si provvederà con atti di indirizzo e coordinamento adottati d'intesa con la conferenza unificata.

□ **Decreto Legislativo 150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”**

Il Decreto illustra come i servizi pubblici debbano stabilire e aggiornare “le modalità di definizione, adozione e pubblicizzazione degli standard di qualità, i casi e le modalità di adozione delle Carte dei servizi, i criteri di misurazione della qualità dei servizi, le condizioni di tutela degli utenti” e introduce il concetto di trasparenza quale “il livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche”.

□ **D. Lgs 150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15**

in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” che illustra come i servizi pubblici debbano stabilire e aggiornare “le modalità di definizione, adozione e pubblicizzazione degli standard di qualità, i casi e le modalità di adozione delle Carte dei servizi, i criteri di misurazione della qualità dei servizi, le condizioni di tutela degli utenti” e introduce il concetto di trasparenza quale “il livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche”.

□ **Delibera n. 88/2010 le “Linee Guida per la definizione degli standard di qualità” le quattro dimensioni fondamentali della qualità per cui ogni servizio pubblico deve garantire degli standard: accessibilità, tempestività, trasparenza, efficacia e con la delibera n. 105/2010 le “Linee Guida per la predisposizione del programma triennale per la trasparenza e l'integrità”.**

Gli standard devono, quindi, essere rilevanti, significativi rispetto al servizio, misurabili ed effettivamente monitorati, pubblicizzati, facilmente comprensibili e verificabili dagli utenti. Il raggiungimento degli standard di qualità rappresenta uno degli elementi che contribuisce alla determinazione del livello complessivo di Performance.

□ **Delibera n. 3/2012**

che suggerisce con le “Linee Guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici” ulteriori sei dimensioni con le quali rappresentare con maggior completezza la qualità effettiva del servizio erogato: continuità, elasticità, flessibilità, equità, efficienza, empatia e ribadisce che “è la Carta dei servizi, l'atto di riferimento per la definizione degli standard di qualità”.

□ **Legge n.190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”**

prevede, per i portatori di interesse e i rappresentanti delle categorie di utenti e di cittadini, la possibilità di segnalare episodi di cattiva amministrazione, conflitto d'interessi e corruzione attraverso un canale d'ascolto dedicato, quale l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.). La funzione di comunicazione esterna ed interna era già stata prevista dalla Legge n.150/2000 che promuove la pubblica amministrazione a soggetto di relazione con il cittadino sostenendone la partecipazione attiva.

□ **D. Lgs 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”**

che prevede tra l'altro la pubblicazione sui siti istituzionali della Carta dei Servizi o il documento contenente gli standard di qualità dei servizi erogati, i costi contabilizzati e i tempi medi di erogazione dei servizi.

Decreto del Commissario ad Acta 6 ottobre 2014, n. U00312 - Gare per il servizio ReCup e per l'acquisizione dell'infrastruttura tecnologica per il servizio ReCup. Pianificazione attività del Gruppo di Lavoro.(BUR n. 82 del 14.10.14)

Note

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. U0088 del 27/09/2011 con cui viene autorizzata l'Area Centrale Acquisti e Crediti Sanitari a svolgere le seguenti procedure di gara:

approvvigionamento del servizio di soccorso in emergenza nel territorio di Roma e Prov., Latina e Prov., Viterbo e Prov., Rieti e Provincia; gara affidamento servizi del Sistema Informativo delle emergenze/urgenze sanitarie dell'ARES 118; gara servizio Cup (centri unici di prenotazione) per le

Aziende Sanitarie della Regione Lazio; gara per l'affidamento del servizio ReCup per la Regione Lazio; acquisizione infrastruttura tecnologica per la gestione del servizio ReCup per la Regione Lazio. Con la determinazione n. B00565 del 25/01/2012 "Costituzione del Gruppo di Lavoro per la predisposizione degli atti delle gare Servizio ReCup e Acquisizione infrastruttura tecnologica per la gestione del servizio ReCup per la Regione Lazio", con la quale si costituisce il Gruppo di Lavoro per le suddette iniziative di gara

Il Gruppo di Lavoro aveva attivato le operazioni relative alla redazione della documentazione tecnica per la gara relativa al "Servizio ReCup", mentre le caratteristiche dell'infrastruttura tecnologica a supporto dei processi di prenotazione delle prestazioni sarebbero state definite a valle della revisione del modello organizzativo del servizio.

In fase di finalizzazione degli atti di gara per il "Servizio ReCup", sono stati avviati interventi di modifica sostanziale all'organizzazione dei servizi territoriali (quali la costituzione delle Case della Salute), con manifestazione dell'esigenza, da parte delle Strutture Regionali, di strutturare processi di prenotazione in linea con la definizione di percorsi clinicoassistenziali di patologia e di presa in carico del paziente cronico.

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 437 del 28/10/2013 avente ad oggetto "Piano Regionale per il Governo delle liste di Attesa 2013-2015" sono state previste, tra l'altro, significative novità nelle modalità di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, come:

- la distinzione tra primi accessi e controlli,
- l'indicazione della classe di priorità
- il conferimento al sistema regionale di prenotazione di quote crescenti delle agende degli erogatori privati e classificati accreditati con il SSR.

In attuazione del citato DCA, si è provveduto ad incontrare le Aziende Sanitarie, per approfondire i contenuti delle proposte di Piano Attuativo predisposte dalle Aziende stesse, e ridefinire il ruolo del sistema ReCUP, a cui dovranno essere conferite, seppur con diversi attributi di prenotabilità, tutte le agende di specialistica ambulatoriale delle aziende pubbliche, incluse quelle relative alla libera professione intra-muraria.

A seguito della Deliberazione della Giunta Regionale 1 aprile 2014, n. 157, si è provveduto ad incontrare i maggiori soggetti erogatori privati e/o classificati accreditati, nonché le Associazioni di categoria di tali erogatori, per definire le modalità operative di tipo informatico e telematico con le quali realizzare l'integrazione tra i loro sistemi di prenotazione ed il ReCUP.

Tali modifiche di impostazione, nonché le tempistiche necessarie per l'implementazione delle stesse, hanno comportato un'inevitabile temporanea interruzione delle attività del Gruppo di Lavoro, per evitare l'indizione di procedure di gara non in linea con gli orientamenti strategico-organizzativi del SSR.

LA DISPOSIZIONE

Viene integrato il Decreto del Commissario ad Acta n. U0088 del 27/09/2011, con la pianificazione definita dalle strutture di coordinamento strategico regionale, che prevede le seguenti scadenze per la gara per l' "Acquisizione infrastruttura tecnologica per la gestione del servizio ReCup per la Regione Lazio":

- Consegna Capitolato Tecnico da parte del Gruppo di Lavoro all'Area Pianificazione e Programmazione della Direzione Centrale Acquisti entro il 31/12/2014;
- Indizione della procedura di gara entro il 01/02/2015, in modo tale da prevedere l'aggiudicazione entro Settembre 2015;
- A seguito della consegna del Capitolato Tecnico per la gara di acquisizione dell'infrastruttura tecnologica, il Gruppo di Lavoro verrà attivato anche per la procedura di gara per il Servizio ReCup;

DGR 30.9.14, n. 615 - DCA U00428/2013 - DGR 289/2014. Assegnazione di fondi regionali per l'avvio del programma di attivazione di una Casa della Salute nel territorio di ciascuna Azienda Sanitaria Locale del Lazio, per l'importo complessivo di 4.000.000,00 a valere sul Capitolo H22103-di cui 400.000,00 a valere sull'esercizio finanziario 2014 del bilancio regionale e 3.600.000,00 a valere sull'annualità 2015. SOSTITUZIONE SEDE Casa della Salute RM B. (BUR n. 82 del 14.10.14)

Note

Viene sostituito al presidio di via Antistio, il presidio di via delle Tenute di Torrenova n. 138, per l'attivazione della Casa della Salute nel territorio della ASL RM B.

DD 6 ottobre 2014, n. G14147 - Integrazioni e modifiche al decreto Commissariale n.73 del 23.11.2009 e ss.mm.ii. ai sensi del punto 7. dello stesso Decreto - aggiornamento centri per le Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali - MICI. (BUR n. 82 del 14.10.14)

Note

I centri abilitati alla prescrizione del medicinale Remicade per la nuova indicazione terapeutica *Trattamento della colite ulcerosa in fase attiva di grado grave, in bambini e adolescenti da 6 a 17 anni di età, che non hanno risposto in modo adeguato alla terapia convenzionale inclusi corticosteroidi e 6-MP o AZA, o che risultano intolleranti o per cui esista una controindicazione medica a queste terapie*, sono gli stessi precedentemente individuati nel Decreto Commissariale 73/2009 e successivi provvedimenti dirigenziali di modifica e integrazione.

I centri di cui al punto precedente abilitati alla prescrizione del medicinale Remicade per la nuova indicazione terapeutica sono tenuti ad applicare quanto indicato dall'Agenda Italiana del Farmaco nel sito web della stessa Agenzia nel link dedicato a "Farmaci sottoposti a monitoraggio".

Decreto del Commissario ad Acta 13 ottobre 2014, n. U00326 - Nomina di un Commissario ad acta per il Centro di Formazione Regionale per la Medicina generale (CeForMeg) (BUR n. 84 del 21.10.14)

Note

La dott.ssa Marinella D'Innocenzo viene nominata quale Commissario ad acta del Centro di Formazione Regionale per la medicina generale (CeForMeg).

Note

Sono affidare al Commissario *ad acta* i seguenti compiti:

- valutare la sostenibilità, anche in termini economici, della riorganizzazione complessiva del Centro, ovvero la sua liquidazione, con eventuale coinvolgimento dei MMG;
- provvedere conseguentemente, proponendo al Commissario *ad acta* per la Regione Lazio, ovvero alla Giunta regionale l'adozione degli atti necessari al superamento della precedente gestione;
- garantire, nelle more dell'espletamento dell'incarico di riorganizzazione/liquidazione, l'attività di formazione dei MMG in conformità alle previsioni dell'ACN, nelle aree previste: insegnamento universitario, formazione specifica, formazione continua e ricerca clinico-epidemiologica;
- ogni funzione di accertamento e controllo, ove necessari, dell'attività espletata dal Centro sin dalla sua costituzione.

NB

- dall'assunzione delle funzioni da parte del Commissario *ad acta* cessano le funzioni del Consiglio Direttivo e delle Commissioni di Formazione, ove esistenti;
- dall'assunzione delle relative funzioni, gli atti regionali di regolamentazione del CeForMeg si applicano in quanto compatibili;
- l'incarico possa essere svolto a titolo gratuito e senza oneri finanziari aggiuntivi a carico delle finanze regionali nel termine di 12 mesi dall'assunzione dell'incarico.

Viene fatta comunque salva l'adozione di altri eventuali provvedimenti si rendessero necessari o utili.

Decreto del Commissario ad Acta 15 ottobre 2014, n. U00331 - Differimento dei termini previsti dal DCA n. U00251/14 e dal DCA n. U00259/14 per la presentazione, da parte delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale. (BUR n. 84 del 21.10.14)

Note

In ragione della correlazione funzionale tra Programmi Operativi 2013-2015, Piani Strategici ed Atti Aziendali, è stato previsto e, quindi, costituito con il DCA n. U00270/14, presso la Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria, un Tavolo di Coordinamento unico per la redazione sia dei Piani Strategici che degli Atti Aziendali, con il compito di fornire alle Aziende, previo confronto con le stesse, gli indirizzi programmatori inerenti la ricollocazione di attività e funzioni interaziendali.

Il processo di individuazione di attività e funzioni interaziendali, in virtù della sua particolare articolazione e complessità, deve essere necessariamente condiviso tra le diverse Aziende interessate, le quali, sotto l'egida della Regione, devono tra di loro concertare adeguati ed efficienti sistemi di raccordo e di cooperazione, ottimizzando la produzione senza recare alcun pregiudizio alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

L'individuazione di meccanismi di raccordo interaziendale a livello distrettuale tra le Aziende territoriali insistenti nel territorio di Roma Capitale è resa ancor più complessa dal fatto che la Regione non ha ancora provveduto a ridefinire gli ambiti territoriali delle Aziende, adeguandoli alla nuova articolazione dei municipi di Roma Capitale e che quindi, nelle more di detta ridefinizione, le Aziende devono esse stesse individuare e concertare opportune modalità di raccordo.

Sono in corso di svolgimento le riunioni del predetto Tavolo di Coordinamento e che sono stati, altresì, avviati diversi specifici incontri con le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie territoriali, ospedaliere ed ospedaliere universitarie per la trattazione congiunta ed omogenea delle problematiche di maggior rilievo connesse all'interpretazione ed all'attuazione delle linee guida regionali per l'elaborazione delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale, avuto riguardo, in particolare, all'applicazione dei parametri standard per l'individuazione delle strutture complesse elaborati dal Comitato LEA, all'organizzazione dipartimentale, all'assistenza distrettuale ed al nuovo sistema delle reti ospedaliere.

Dallo svolgimento dei primi incontri, è emerso che la complessità e la peculiarità delle questioni da affrontare, con riguardo sia all'individuazione delle funzioni interaziendali sia alla trattazione delle tematiche per aree omogenee afferenti ad Aziende della stessa natura giuridica, è tale che i tempi di svolgimento e di soluzione delle stesse non sono compatibili con la tempistica fissata dal DCA n. U00251 e dal DCA n. U00259, che prevede che i Direttori Generali presentino alla Regione le proposte di piano strategico e di atto aziendale per il relativo esame entro la data del 15 ottobre 2014 e che la Regione proceda alla verifica ed approvazione entro il 15 dicembre 2014.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, in fase di prima attuazione, devono approvare le proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale secondo i passaggi istituzionali che prevedono che l'atto deliberativo sia adottato previo parere del Collegio di Direzione e della Conferenza dei Sindaci nel caso delle Aziende territoriali, sentito il Consiglio dei Sanitari, e previa consultazione delle organizzazioni sindacali.

Il confronto con i Direttori Generali sulle tematiche sopra citate è tuttora in corso e che, quindi, i passaggi istituzionali anzidetti potranno essere avviati soltanto a conclusione degli incontri.

E' corso di definizione il nuovo documento di programmazione della rete ospedaliera, da cui potrebbe derivare, tra l'altro, una pianificazione di posti letto parzialmente diversa da quella stabilita con il DCA n. U00259/14.

Viene stabilito e che le Aziende presentino le proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale successivamente all'adozione definitiva della nuova rete, di modo che possano conformarsi alle indicazioni nella stessa previste.

Una riflessione particolare meritano le Aziende Ospedaliere Universitarie pubbliche, i cui Piani Strategici ed Atti Aziendali devono essere non solo conformi alle Linee Guida regionali bensì anche coerenti con le previsioni degli stipulandi Protocolli d'Intesa con le Università, per la cui stesura sono in corso di svolgimento specifiche riunioni presso la Regione.

I Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere Universitarie devono seguire per l'approvazione degli atti aziendali un iter istruttorio più articolato rispetto a quello stabilito per le Aziende territoriali ed ospedaliere, in quanto le proposte di atto aziendale devono essere adottate, tra l'altro, previo parere del Rettore dell'Università e, comunque, d'intesa con lo stesso per l'individuazione dei dipartimenti ad attività integrata e delle strutture complesse che li compongono.

I Piani Strategici delle Aziende Ospedaliere Universitarie, definiti "Piani Triennali di attività", devono essere adottati, in fase di prima attuazione, in data successiva alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa e precisamente entro sessanta giorni dalla stipula.

Si stanno svolgendo le procedure per la nomina formale del nuovo Rettore dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Con particolare riferimento all'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", la Sperimentazione Gestionale "Fondazione Policlinico Tor Vergata" è giunta a conclusione e la Regione, sulla base delle valutazioni formulate dalla Commissione istituita allo scopo di verificarne i risultati, sta valutando le decisioni da assumere che incideranno sullo stipulando Protocollo d'Intesa con l'Università e, quindi, anche sulla redazione dei Piani Strategici e degli Atti Aziendali da parte dell'Azienda Policlinico Tor Vergata;

Pertanto i tempi fissati dalle Linee Guida regionali di cui al DCA n. U00251/14 ed al DCA n. U00259/14 per la presentazione alla Regione delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale sono da ritenersi stringenti, in quanto non compatibili con le esigenze sovra rappresentate.

Viene differito il termine del 15 ottobre 2014 stabilito dal DCA n. U00251/14 e dal DCA n. U00259/14 per la presentazione alla Regione delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale per il relativo esame, stabilendo in particolare:

- . che i Direttori Generali delle Aziende territoriali ed ospedaliere entro il 15 novembre 2014 presentino le proposte in Regione per l'esame e l'approvazione, che avverrà entro il 15 gennaio 2015;
- che i Direttori Generali delle Aziende ospedaliere universitarie osservino un termine duplice:
- c) entro il 30 novembre 2014 presentino le proposte al Rettore dell'Università per l'espressione del parere ed il raggiungimento dell'Intesa;
- d) entro il 31 dicembre 2014 adottino le proposte con atto formale e le trasmettano in Regione per l'esame e l'approvazione, che avverrà entro il 31 gennaio 2015.

DGR 14.10.14, n. 661 - Approvazione schema di Accordo quadro triennale 2015-2017 per la gestione della mobilità sanitaria tra le Regioni Umbria e Lazio. (BUR n. 85 del 23.10.14)

Note

La proposta di Accordo quadro triennale 2015-2017 per la gestione della mobilità sanitaria fra le Regioni Umbria e Lazio fissa i principi generali, gli obiettivi specifici e l'ambito della collaborazione a cui devono conformarsi i piani di attività, articolati per settori assistenziali e/o per ambiti territoriali, con particolare riferimento alle aree di confine, rinviando ad un Piano triennale di attività, articolato per settori assistenziali e/o per ambiti territoriali, la definizione analitica del programma di collaborazione che rende operativo l'accordo stesso.

Ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini un'assistenza sanitaria basata su alti standard di qualità e sicurezza, favorendo il pieno utilizzo della rete complessiva dei servizi posti sui due territori regionali, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

Nel rispetto dei suddetti principi, le Regioni si impegnano ad eliminare ogni ostacolo amministrativo che impedisce ai propri cittadini la fruizione dei servizi dell'altra Regione, privilegiando l'utilizzazione delle strutture meglio accessibili dal proprio luogo di residenza.

Sono condivisi gli obiettivi specifici indicati nella proposta di Accordo come di seguito riportati:

- individuare le reti di servizi da riorganizzare in modo integrato in ambito sovregionale;
- garantire la regolazione e la facilitazione di accesso alle prestazioni dei pazienti dell'altra Regione, attraverso adeguati sistemi di informazione e la semplificazione delle procedure amministrative;
- definire criteri di appropriatezza comuni per l'accesso alle prestazioni sanitarie nei diversi regimi assistenziali;
- prevedere la mobilità di equipe di professionisti di una regione nelle strutture dell'altra;
- rivalutare la rete dell'emergenza nelle zone di confine al fine di far afferire le urgenze/emergenze alla struttura ospedaliera più accessibile;
- prevedere attività di training all'interno di specifici progetti volti, in particolare, a favorire l'integrazione fra professionisti dell'area territoriale e specialistica delle due regioni;
- stabilire tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni erogate;
- eliminare progressivamente le eventuali differenze tariffarie, prevedendo aggiornamenti puntuali;
- condividere programmi di monitoraggio e controllo dell'attività effettuata e di valutazioni dell'appropriatezza delle tipologie e delle prestazioni erogate;
- prevedere eventuali misure di penalizzazione degli effetti distorsivi (superamento tetti, ricoveri inappropriati, ricoveri ripetuti o troppo brevi).

Viene approvato l'Accordo quadro triennale 2015-2017 per la gestione della mobilità sanitaria fra le Regioni Umbria e Lazio allegato al presente provvedimento, di cui è parte integrale e sostanziale.

La presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi.

L'Accordo verrà sottoscritto dal Presidente o suo delegato.

ACCORDO QUADRO TRIENNALE 2015-2017 PER LA GESTIONE DELLA MOBILITA' SANITARIA FRA LE REGIONI UMBRIA E LAZIO

Premessa

La Regione Umbria nella persona del Presidente Catuscia Marini e la Regione Lazio nella persona del Presidente Nicola Zingaretti stipulano il presente accordo quadro per regolamentare i rapporti di confine e la mobilità sanitaria fra le due Regioni, in conformità all'articolo 9 - comma 3 del Patto per la Salute 2014-2016.

L'accordo quadro fissa i principi generali, gli obiettivi specifici e l'ambito della collaborazione a cui devono conformarsi i piani di attività, articolati per settori assistenziali e/o per ambiti territoriali, con particolare riferimento alle aree di confine.

Principi generali

L'accordo si realizza nel rispetto dei principi fondamentali fissati dal Servizio Sanitario Nazionale, che garantisce la libera scelta del cittadino ed affida alle Regioni ed alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale il compito di assicurare l'appropriatezza e la qualità delle cure e la compatibilità con le risorse disponibili.

Ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini un'assistenza sanitaria basata su alti standard di qualità e sicurezza, favorendo il pieno utilizzo della rete complessiva dei servizi posti sui due territori regionali, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale. Nel rispetto dei suddetti principi, le Regioni si impegnano ad eliminare ogni ostacolo amministrativo che impedisce ai propri cittadini la fruizione dei servizi dell'altra Regione, privilegiando l'utilizzazione delle strutture meglio accessibili dal proprio luogo di residenza.

Obiettivi specifici

Le Regioni individuano i seguenti obiettivi specifici a cui dovranno uniformarsi i Piani di attività:

- individuare le reti di servizi da riorganizzare in modo integrato in ambito sovregionale;
- garantire la regolazione e la facilitazione di accesso alle prestazioni dei pazienti dell'altra Regione, attraverso adeguati sistemi di informazione e la semplificazione delle procedure amministrative;
- definire criteri di appropriatezza comuni per l'accesso alle prestazioni sanitarie nei diversi regimi assistenziali;
- prevedere la mobilità di equipe di professionisti di una regione nelle strutture dell'altra;
- rivalutare la rete dell'emergenza nelle zone di confine al fine di far afferire le urgenze/emergenze alla struttura ospedaliera più accessibile;
- prevedere attività di training all'interno di specifici progetti volti, in particolare, a favorire l'integrazione fra professionisti dell'area territoriale e specialistica delle due regioni;
- stabilire tetti massimi di finanziamento per i volumi di prestazioni erogate;
- eliminare progressivamente le eventuali differenze tariffarie, prevedendo aggiornamenti puntuali;
- condividere programmi di monitoraggio e controllo dell'attività effettuata e di valutazioni dell'appropriatezza delle tipologie e delle prestazioni erogate;
- prevedere eventuali misure di penalizzazione degli effetti distorsivi (superamento tetti, ricoveri inappropriati, ricoveri ripetuti o troppo brevi).

Ambiti della collaborazione

L'Accordo si articola in tre ambiti di lavoro:

a) Analisi dei fenomeni di mobilità sanitaria

Si ritiene che il fenomeno della mobilità sanitaria per essere governato debba essere ben conosciuto e, quindi, dovranno essere preliminarmente approfondite le problematiche specifiche degli scambi tra le due Regioni individuando le diverse tipologie di domanda a cui il fenomeno risponde e l'eventuale livello di inappropriatezza.

b) Mobilità ospedaliera e specialistica ambulatoriale

Si conviene che l'area dei ricoveri e delle prestazioni specialistiche costituiscono le aree a cui vanno rivolti prioritariamente gli interventi di governo dei flussi di mobilità, al fine di migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa, favorendo il trasferimento delle attività dal regime di ricovero a quello ambulatoriale, adottando criteri di accesso alle prestazioni omogenei fra le due Regioni.

c) Problematiche specifiche delle Aree di confine

E' il tema di maggior interesse, poiché le aree di confine costituiscono l'ambito ove sperimentare concretamente l'idea di un federalismo solidale.

Si condivide la necessità di approfondire la possibilità di definire accordi relativi a tali aree finalizzati a garantire la miglior qualità e continuità assistenziale in un sistema funzionalmente integrato di servizi che sappia valorizzare le opportunità presenti in un'ottica di ottimizzazione complessiva delle risorse impegnate.

Le due Regioni potranno individuare ulteriori specifici settori assistenziali di interesse di entrambe le parti, per i quali verranno sviluppati programmi su scala regionale o in ambito territoriale.

Validità dell'accordo

Il presente accordo resterà in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2015. Ad esso verrà data attuazione attraverso uno specifico piano di attività definito in base ai criteri di seguito indicati. Il tetto di riferimento è il dato 2013, con possibilità di rivalutazione per gli anni successivi al primo.

Piano di attività

Per la definizione dei piani di attività si dà mandato alle rispettive Direzioni Regionali di valutare e proporre la definizione di accordi finalizzati a garantire la miglior qualità e continuità assistenziale in un sistema funzionalmente integrato di servizi che sappia valorizzare le opportunità presenti in una ottica di ottimizzazione complessiva delle risorse impegnate.

Nel piano triennale di attività vengono programmati volumi e tipologie di prestazioni oggetto dell'accordo: le parti, di comune accordo, possono aggiornare il piano di attività, per specifiche esigenze di committenza o di produzione.

Le parti si impegnano inoltre ad effettuare il monitoraggio dell'attività e, qualora, in particolari aree, emergano eventuali scostamenti rispetto all'andamento atteso, ad intervenire al fine di eliminare le criticità.

- Gestione della mobilità

Con il presente accordo, le due Regioni intendono definire le regole e le modalità per la gestione delle attività che caratterizzeranno, nel periodo di vigenza, i rapporti tra loro.

- Qualificazione dell'offerta

Il rapporto strutturato tra le Regioni, comporta altresì l'assunzione di responsabilità dirette in merito alla effettiva qualità delle cure, in termini sia di qualità dei servizi offerti sia di qualità percepita dall'utenza.

Gli ambiti di attività oggetto dell'accordo sono:

- Prestazioni di ricovero ospedaliero, sia in regime di degenza ordinaria che dayhospital,
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale
- Prestazioni di riabilitazione
- Prestazioni di emergenza

Trasferimento del Piano annuale di attività nella programmazione aziendale

Per le attività definite dal Piano annuale, le Aziende Sanitarie dovranno adottare misure, all'interno della programmazione della propria attività e dei rapporti che intercorrono con le strutture private del proprio territorio, che garantiscano la coerenza con quanto definito dal Piano, così da mantenere i flussi di attività entro i volumi programmati.

Il sistema dei controlli di qualità e appropriatezza

Ciascuna Regione garantisce un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate.

Modalità di gestione e monitoraggio dell'accordo

Al fine di consentire il monitoraggio dell'accordo, le parti si scambiano i dati di attività relativi ai ricoveri e alla specialistica ambulatoriale, come previsto dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, prevedendo anche scambi con cadenza trimestrale.

I tecnici delle due Regioni firmatarie si incontrano con cadenza semestrale per valutare l'andamento della produzione. Degli incontri viene stilato un verbale che resta agli atti dei rispettivi Assessorati.

Entro il mese di aprile di ogni anno viene inoltre definita la chiusura dell'anno precedente e vengono pertanto certificati i volumi economici da porre in mobilità. Tali volumi costituiranno il dato economico che definirà la matrice degli addebiti dell'anno di competenza.

Infine, tenuto conto che già nell'ambito del gruppo tecnico della mobilità interregionale sono stati condivisi i criteri di appropriatezza dei ricoveri, formalizzati anche nell'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, le due Regioni si impegnano a rispondere alle segnalazioni eventualmente ricevute e ad approfondire specifiche problematiche che dovessero emergere dalle analisi effettuate e/o dal monitoraggio delle attività di cui al presente accordo. Le due Regioni si impegnano anche a fornire reciprocamente ulteriori informazioni richieste per tutti gli approfondimenti ritenuti utili.

LIGURIA

DGR 26.9.14, n. 1183 - Centri regionali di riferimento per autorizzazioni per cure all'estero. Modifiche alla DGR n. 24 del 15.1.2010 e ss.mm.ii. (BUR n. 43 del 22.10.14)

Note

Viene modificata la propria deliberazione n. 24/2010 e ss.mm.ii. sostituendo nell'elenco dei Centri Regionali di Riferimento della Regione Liguria, come risulta nella tabella di cui all'all. A) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, il nominativo del Prof. Pietro Rossi con quello del Prof. Enrico Traverso -IRCCS AOU San Martino - IST quale Referente del Centro Regionale di Riferimento per autorizzazioni di cure all'estero per la branca di Oculistica.;

LOMBARDIA

DD 1 8.14 - n. 7407 - Risorse da riconoscere ai gestori per il secondo anno di sperimentazione CReG (Chronic Related Group) e indirizzi sulle specificità organizzative, patto di cura e protezione dati personali (BUR n. 42 del 1.10.14)

Note

Sono approvati i seguenti criteri, uniformi a livello regionale, per il calcolo della quota parte da riconoscere ai Gestori CReG, sulla base del differenziale tra consumi 'attesi' e 'osservati', per il secondo anno di sperimentazione, e precisamente il valore economico dei 'consumi attesi' rispetto al quale è calcolata la quota da riconoscere ai Gestori CReG è relativo ai soli pazienti arruolati per i quali sia stato redatto e trasmesso un PAI (Piano Assistenziale Individuale), ed è pari alla sommatoria delle Tariffe CReG maturate nei periodi di presa in carico;

- tutti i pazienti sono stati riclassificati sulla base dei consumi 2013, al fine di tener conto dell'evoluzione della cronicità nel corso del tempo e dei reali profili di spesa di ciascun paziente arruolato. Il perfezionamento dell'algoritmo di identificazione e stadiazione dei pazienti cronici ha infatti consentito di riclassificare i pazienti sulla base dei consumi reali occorsi nel 2013;
 - nel calcolo dei 'consumi attesi' sono state utilizzate le Tariffe approvate con d.d.g. Sanità n. 4383/2011, mentre per le Classi CReG non valorizzate da tale provvedimento, sono state utilizzate le Tariffe di cui all'allegato tecnico al d.d.g. 11454 del 5 dicembre 2013;
 - i 'consumi osservati' sono stati quantificati considerando gli stessi elementi di spesa utilizzati per la definizione delle Tariffe CReG, e precisamente:
 - specialistica Ambulatoriale (da flusso 28/SAN);
 - farmaceutica;
 - farmaci a somministrazione diretta a pazienti non ricoverati (da File-F);
 - non essendo stato possibile, in questa fase, determinare i consumi di protesica minore per le Classi CReG 70* ('Diabetici insulinici') e B0* ('Diabetici non escl. Insulinici'), si è reso necessario sottrarre il valore di € 248, forfetariamente incluso inizialmente nelle tariffe per valorizzare i consumi di protesica minore di queste categorie di pazienti;
 - il differenziale tra 'consumi attesi' e 'osservati' è stato calcolato utilizzando i periodi di consumo sotto indicati, in relazione alle scadenze contrattuali delle 5 ASL, e considerando per ciascun paziente esclusivamente i periodi di effettiva presa in carico:
 - dal 1° Aprile 2013 al 31 Dicembre 2013, per le ASL di Bergamo e Milano,
 - dal 1° Gennaio 2013 al 31 Dicembre 2013, per le ASL di Como, Lecco e Milano 2;
 - sono escluse dal calcolo del differenziale 'consumi attesi' e 'osservati' le seguenti categorie di pazienti:
 - pazienti con neoplasia attiva e/o con insufficienza renale in dialisi, in quanto, come evidenziato dall'analisi dei dati, sono presi in carico prevalentemente in ambito specialistico;
 - pazienti deceduti nel corso dell'anno di sperimentazione, in quanto i dati dimostrano che, come noto, l'approssimarsi del decesso comporta un incremento dei consumi, prevalentemente in ambito specialistico;
2. di approvare i sottoindicati corrispettivi spettanti ai Gestori CReG per la gestione del servizio sperimentale nel secondo anno di sperimentazione:

COD.	ASL	Gestore CReG	TOTALE € (IVA inclusa)
301	BERGAM	Società	1.040.056,1
	O	IML	0
303	COMO	Como	750.768,48
		Medicare	
303	COMO	Cosma	361.310,32
		2000	
303	COMO	MMG-	508.306,90
		CReG	
303	COMO	PAXME	502.799,82
		Gestioni	
305	LECCO	Cosma	1.245.435,7
		Cooperativ	8
		a Lecco	
308	MILANO	CMMC	168.557,64
310	MILANO	Cooperativ	197.890,10
	2	a CReG	
		Servizi	
310	MILANO	Iniziativa	145.065,32
	2	Medica	
		Lombarda	
Totale			4.920.188,02

Le assegnazioni per l'esercizio 2013, già effettuate con d.d.g. n. 4607 del 29 maggio 2014, saranno adeguate con successivo provvedimento agli importi indicati nella tabella sopra riportata, i quali dovranno

essere erogati ai Gestori CReG secondo quanto indicato negli accordi contrattuali sottoscritti tra le parti, e a seguito delle risultanze delle attività di controllo effettuate dalle ASL.

DGR 17.10.14 - n. X/2531 - Promozione e sviluppo sul territorio di azioni per la qualità della vita delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica (BUR n. 43 del 21.10.14)

Note

Sono promosse e sviluppate sul territorio azioni per migliorare la qualità della vita delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica, attraverso:

- a) il sostegno delle donne con alopecia da chemioterapia e delle loro famiglie anche attraverso l'erogazione di un contributo economico per l'acquisto della parrucca;
- b) la definizione, all'interno delle attività consultoriali, di spazi e modalità di coinvolgimento delle persone interessate ad un percorso di condivisione e di sviluppo di azioni orientate alla prevenzione e alla promozione di attività di sostegno alle persone sottoposte a terapia oncologica, in stretto raccordo con la rete ospedaliera e le organizzazioni del terzo settore che operano in questo segmento di attività;
- c) l'istituzione di un elenco degli enti del Terzo settore che operano in tale ambito e che, attraverso apposita istanza, manifestano l'interesse ad aderire alla predetta iniziativa, così come meglio specificato nell'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente atto;.

Sono individuati i criteri generali, per selezionare le Associazioni e gli Enti non profit iscritti negli appositi registri, che abbiano maturato specifiche competenze nell'ambito dell'aiuto e del sostegno della donna sottoposta a cure oncologiche e in tutto ciò che riguarda il recupero della qualità di vita, così come analiticamente riportati all'Allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Sono stimate - per la fase di prima applicazione della durata orientativa di un anno -le risorse necessarie, per estendere la sperimentazione attivata su tutta il territorio della Lombardia, pari a complessivi euro 675.000,00.

ALLEGATO A MODALITÀ E CRITERI PER LA PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

1. PREMESSA E FINALITÀ

Regione Lombardia, nell'ambito dell'adozione di interventi per la famiglia e i suoi componenti fragili e alla luce della positiva sperimentazione avviata sul territorio dell'ASL di Monza e Brianza, intende promuovere e valorizzare, su base regionale attività rivolte a migliorare la qualità della vita delle persone in terapia oncologica e delle loro famiglie, coerenti con i principi della prossimità territoriale, della presa in carico del paziente e della partecipazione a gruppi di auto mutuo aiuto.

Tali principi trovano conferma negli atti generali di programmazione della Regione Lombardia e segnatamente nel PSSR e nella d.g.r.

14 maggio 2013, n. 116 "Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto d'indirizzo" ove si prevede di tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, agevolando e sostenendo armoniose relazioni familiari, pur in presenza di problematiche complesse derivanti da fragilità.

In fase di prima applicazione gli indirizzi testé esposti sono richiamati nella d.g.r. n° 856 del 25/10/2013 recante "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo" nel cui ambito Regione Lombardia ha previsto l'individuazione di alcuni interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili.

La valorizzazione di attività a sostegno delle persone in terapia oncologica rappresenta l'ulteriore individuazione di interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili.

La diagnosi precoce e le terapie oncologiche ad oggi erogate hanno progressivamente aumentato, talvolta in modo assai significativo, la sopravvivenza e la qualità della vita delle persone affette da tumore.

Acclarata la centralità del paziente, trattato nella sua totalità di persona, nel percorso di diagnosi e cura un ruolo determinante è svolto dalle condizioni di vita cui è sottoposto, anche da un punto di vista estetico, e conseguentemente psicologico tali da contribuire ad ottenere un miglioramento dell'autonomia e della qualità di vita.

La perdita dei capelli, riconosciuta come importante conseguenza collaterale del trattamento chemioterapico, rappresenta un elemento di fragilità e comporta per le donne che si trovano in questa difficile situazione un problema, non solo nell'elaborazione personale della malattia, ma soprattutto nei suoi aspetti interpersonali e relazionali.

Le parrucche - quali ausili nelle fasi di recupero della qualità di vita con specifico riguardo agli aspetti relazionali ed interpersonali – assumono un ruolo significativo nell'avvio del percorso di presa in carico della persona fragile.

In questa prospettiva associare alla fornitura materiale della parrucca uno specifico percorso di ascolto, sostegno e accompagnamento da collocare all'interno delle attività consultoriali con modalità diversificate, individuate in base agli effettivi bisogni manifestati dalle persone e in una logica di supporto personale e di attività di auto e mutuo aiuto, costituisce un obiettivo fondamentale della strategia di Regione Lombardia in una dimensione articolata di intervento indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di benessere per le persone e le loro famiglie.

Essenziale per la realizzazione delle attività a sostegno delle persone con alopecia da chemioterapia e da radioterapia, è il coinvolgimento attivo e la piena collaborazione delle associazioni di donne e delle associazioni di volontariato che da anni operano nel settore anche al fine di promuovere il sostegno e facilitare la procedura di erogazione del contributo medesimo, nel pieno rispetto delle scelte individuali delle persone e delle loro famiglie che possono comunque optare per una gestione riservata e personale della richiesta di contributo nell'ambito delle attività consultoriali.

L'obiettivo da perseguire, anche alla luce degli atti assunti nella X legislatura, è quindi quello di sostenere le persone che stanno affrontando le cure oncologiche, supportandole negli aspetti personali, interpersonali e relazionali, cruciali per il recupero della propria qualità di vita, rimuovere un fattore di disuguaglianza nelle cure e garantire l'accesso a tutti i soggetti interessati indipendentemente dalle condizioni economiche.

2. RISORSE

Regione Lombardia sostiene le attività, anche attraverso un contributo per l'acquisto della parrucca a rendiconto dell'effettiva presa in carico della persona e, comunque, nei limiti delle risorse di seguito definite.

Le risorse effettivamente disponibili per la fase di prima applicazione della durata orientativa di un anno, sono stimate in euro 675.000,00.

Il contributo massimo erogabile per ciascuna persona è pari a euro 150,00.

Regione Lombardia – all'interno delle attività consultoriali – definisce spazi e modalità di coinvolgimento delle persone interessate ad un percorso di condivisione e di sviluppo di azioni orientate alla prevenzione e alla promozione di attività di sostegno alle persone sottoposte a terapia oncologica, in stretto raccordo con la rete ospedaliera e le organizzazioni del terzo settore che operano in questo segmento di attività.

3. CHI PUÒ PRESENTARE LA DOMANDA

La manifestazione di interesse può essere presentata da organismi, singoli o associati, senza scopo di lucro di cui all'art. 1, comma 5, della legge 8 novembre 2000 n. 328, che dimostrino i seguenti requisiti:

- iscrizione negli appositi albi;
- avere una sede operativa permanente sul territorio della Regione Lombardia e operare, da almeno tre anni, con carattere di continuità e specificità nel sostegno dei pazienti in terapia oncologica, nella distribuzione di parrucche ed altri ausili;
- aver svolto attività di accompagnamento e di *counseling* alle persone in terapia oncologica;
- aver svolto attività di formazione agli operatori e volontari ed essere in possesso di specifiche competenze maturate in ambito socio-sanitario e di *counseling*;
- dimostrare di aver instaurato rapporti di collaborazione con le Aziende Ospedaliere o con le Aziende Sanitarie Locali della Regione Lombardia.

È facoltà dei soggetti partecipanti costituire forme di partenariato al fine di partecipare alla presente manifestazione di interesse e garantire una capillare presenza sul territorio lombardo. In tal caso la proposta dovrà essere presentata da un soggetto individuato quale soggetto capofila. I requisiti devono essere posseduti da tutte le componenti del partenariato.

I soggetti dovranno presentare, unitamente all'istanza, una proposta di intervento anche con riguardo al percorso di ascolto, sostegno e accompagnamento che l'ente intende realizzare e che verrà valutata ai fini dell'iscrizione all'elenco.

4. REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ

Sono considerate ammissibili le istanze che:

- siano presentate nel termine perentorio stabilito con atto successivo della Direzione Generale competente;
- siano corredate dalla documentazione che sarà successivamente prevista con atto della Direzione Generale competente;
- contengano gli elementi essenziali previsti dal presente provvedimento e dai successivi atti adottati dalla Direzione Generale competente;
- dimostrino di operare sul territorio lombardo sui temi oggetto della manifestazione di interesse attraverso rapporti di collaborazione con la rete delle aziende sanitarie.

5. COSTI AMMISSIBILI

Sono ammissibili i costi relativi al diretto conseguimento delle finalità/azioni previste nel presente avviso per la manifestazione di interesse, in particolare quelli relativi all'acquisto delle parrucche cui la Regione Lombardia contribuisce con un contributo nella misura massima di euro 150,00 per ciascuna persona rientrante nei programmi di intervento all'interno di una platea determinata in 4500 persone.

Le modalità di rendicontazione e pagamento delle spese ammissibili e i controlli saranno specificate con successivi provvedimenti.

MARCHE

DGR 22.9.14, n. 1059 - Bando di ricerca finalizzata anno 2011-2012, ai sensi degli articoli 12 e 12bis del D.Lgs. 502/92 - Valutazione di coerenza con la programmazione regionale dei progetti finanziati dal Ministero della Salute.

Note

Viene stabilita la compatibilità con la programmazione sanitaria regionale dei progetti finanziati dal Ministero della Salute ai sensi del bando di ricerca finalizzata 2011 - 2012, pubblicato dal Ministero della Salute, come descritti nell'allegato A, facente parte del presente atto (a cui si rinvia). (BUR n. 96 del 10.1014)

DGR 22.9.14, n. 1062 - DGR 884/2014 - Disciplina di riordino della rete regionale delle Commissioni Terapeutiche preposte al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, al governo della spesa farmaceutica e alla definizione del Prontuario Terapeutico Ospedale - Territorio (PTOR) e dei Prontuari Terapeutici di Area Vasta (PTOAV) – Modifica ed integrazione componenti. (BUR n. 96 del 10.1014)

Note

Viene modificata ed integrata la composizione della Commissione Regionale per l'Appropriatezza Terapeutica (CRAT) inserendo un medico specialista in Medicina Interna ed un medico specialista in Geriatria.

Viene sostituito l'ALLEGATO A della DGR n. 884/2014 con l'ALLEGATO A della presente deliberazione (a cui si rinvia).

DGR 22.9.14, n. 1066 - Direttiva per la conduzione e l'evoluzione coordinata ed unitaria del Sistema informativo amministrativo e del personale (denominato SIA). (BURn. 98 del 16.10.14)

Note

Viene approvato il documento denominato "Sistema Informativo Sanitario Unico Regionale - Sistema informativo amministrativo e del personale (denominato SIA) - Organizzazione interaziendale per la gestione operativa" (Allegato n. 1) – a cui si rinvia - facente parte integrante e sostanziale.

DGR 22.9.14, n. 1067 - Accordo con le strutture private aderenti all'Associazione Italiana delle Unità Autonome Private di Day Surgery accreditate della Regione Marche - (AIUDAPDS) per gli anni 2014-2015. (BURn. 98 del 16.10.14)

Note

Viene recepito l' Accordo siglato in data 8 agosto 2014 con le strutture private aderenti all'Associazione Italiana delle Unità Autonome Private di Day Surgery accreditate della Regione Marche - (AIUDAPDS)

per gli anni 2014-2015, come riportato nell'allegato A (a cui si rinvia) che forma parte integrante della presente deliberazione.

I valori indicati nello schema di accordo sono ricompresi nel budget assegnato agli Enti del SSR per l'anno 2014.

Per l'anno 2015 la copertura sarà assicurata dal budget che verrà assegnato all'ASUR, coerentemente con le risorse disponibili e con la normativa finanziaria vigente.

DGR 22.9.14, n. 1071 - Approvazione dello schema di protocollo tra la Regione Marche e CUPLA regionale sulla attuazione degli indirizzi programmatici nel settore delle politiche sociali e socio-sanitarie inerenti il Piano Socio-sanitario regionale 2014-2020. (BURn. 98 del 16.10.14)

Note

Viene approvato lo schema di protocollo tra Regione Marche e CUPLA regionale sulla attuazione degli indirizzi programmatici nel settore delle politiche sociali e socio-sanitarie inerenti il Piano Sociosanitario regionale 2014-2020 riportato in allegato 1 (a cui si rinvia) quale parte integrante e sostanziale del presente atto.

MOLISE

DGR 27.9.14, n.453 – D. lgs 30 dicembre 1992 n.502 ss.mm.ii. - nomina del direttore generale dell'azienda sanitaria regionale del molise – asrem.

DGR 1.10.14, n.479 - Legge regionale n. 23 del 22/11/2013: direttiva per la gestione dei defibrillatori automatici esterni in ambito extraospedaliero.

DGR 1.10.14, n.489 - Accordo ai sensi dell'art.5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il governo, le regioni e le province autonome di trento e bolzano di individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.(rep. atti n. 87/csr del 10 luglio 2014).

PIEMONTE

DD 24.7.14, n. 663 - Protezione soggetti affetti da celiachia - Progetto regionale per il proseguimento delle azioni attuate da parte dei SIAN. Assegnazione e liquidazione alle ASL regionali della somma di 166.740,62=. Impegni 2364/2012 - 2851/2013.(BUR n. 43 del 23.10.14)

PUGLIA

L.R. 8.10.14, n. 40 - “Disposizioni per la tutela delle donne affette dall’endometriosi”. (BUR n. 143 del 15.10.14)

Art. 1

Finalità e oggetto

1. Al fine di migliorare la tutela della salute e le condizioni di vita, individuali e sociali, delle donne, la Regione Puglia promuove la prevenzione e la diagnosi precoce dell’endometriosi, nonché il miglioramento della qualità delle cure, e promuove altresì la conoscenza della patologia e dei suoi effetti in ambito sanitario, sociale e lavorativo; riconosce l’associazionismo e le attività di volontariato svolte in ambito regionale e finalizzate a sostenere e aiutare le donne affette da endometriosi.

Art. 2

Osservatorio regionale sull’endometriosi

1. E’ istituito l’Osservatorio regionale sull’endometriosi.
2. L’Osservatorio ha il compito di raccogliere dati e statistiche sulla fenomenologia dell’endometriosi nell’ambito del territorio regionale, di proporre al competente Servizio dell’Area Politiche per la promozione della salute l’attuazione di campagne di informazione per la popolazione. L’Osservatorio ha

il compito di promuovere azioni mirate alla diagnosi precoce, di raccogliere dati e statistiche sulle azioni di diagnosi, cura e formazione promosse dal competente Servizio dell'Area politiche per la promozione della salute.

3. L'Osservatorio, inoltre, coordina le azioni regionali relativamente a quelle promosse in sede nazionale nella prospettiva dell'istituzione del Registro nazionale dell'endometriosi, trasmette con cadenza annuale alla Giunta regionale e alla Commissione consiliare competente una relazione sull'attività svolta e i dati raccolti e monitorati.

4. L'Osservatorio regionale è composto da

- a) un componente della Direzione regionale competente in materia;
- b) un rappresentante di ogni associazione regionale che si occupi della patologia dell'endometriosi;
- c) un rappresentante della Commissione regionale per le pari opportunità;
- d) un rappresentante per ogni professione medica responsabile del piano diagnostico-terapeutico e assistenziale territoriale e ospedaliero;
- e) un rappresentante della Facoltà di medicina dell'Università degli studi della regione;
- f) un rappresentante dell'INAIL regionale;
- g) un rappresentante dell'INPS regionale.

5. La partecipazione ai lavori dell'Osservatorio non comporta il riconoscimento di compensi, gettoni di presenza o rimborsi spesa.

6. L'Osservatorio è costituito con deliberazione di Giunta entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

7. Le funzioni di segreteria dell'Osservatorio sono assicurate dal personale del competente Servizio dell'Area Politiche per la promozione della salute.

Art. 3

Registro regionale dell'endometriosi

1. E' istituito il Registro regionale dell'endometriosi per la raccolta e l'analisi dei dati clinici e sociali riferiti alla malattia al fine di stabilire appropriate strategie di intervento, di monitorare l'andamento e la ricorrenza della malattia, di rilevare le problematiche connesse e le eventuali complicanze.

2. Il Registro riporta il numero dei casi di endometriosi diagnosticati, con esplicito riferimento al numero di nuovi casi registrati annualmente, così da rappresentare statisticamente l'incidenza della malattia sul territorio regionale.

3. Il Registro rileva in particolare le modalità di accertamento secondo i protocolli sanitari previsti, i trattamenti e gli interventi sanitari conseguenti, la qualità delle cure prestate, le conseguenze della malattia in termini funzionali.

4. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito l'Osservatorio di cui all'articolo 2 e acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, sono definiti i criteri e le modalità di tenuta e di rilevazione dei dati del Registro, anche con strumenti informatici e telematici.

5. L'aggiornamento del Registro sulla base dei dati raccolti dall'Osservatorio è curato dalla Direzione dell'Area regionale Politiche per la promozione della salute.

6. I dati raccolti sono utilizzati per la predisposizione di atti di pianificazione e programmazione regionale al fine da individuare le migliori azioni per la diagnosi precoce e il trattamento medico-sanitario più efficace.

Art. 4

Associazioni e attività di volontariato

1. La Regione riconosce il rilevante apporto delle associazioni di volontariato che si occupano di endometriosi sul territorio regionale.

2. Le associazioni sono coinvolte nelle campagne di informazione e sensibilizzazione promosse dalla Regione Puglia in merito al tema dell'endometriosi, delle sue cause e delle sue conseguenze oltre che nell'informazione mirata alla diagnosi precoce.

3. Il rapporto tra le associazioni di volontariato che si occupano di endometriosi e la Regione Puglia è regolato dalla legge regionale 11 febbraio 1999, n. 11 (Disciplina delle strutture ricettive ex articoli 5, 6, e 10 della legge 17 maggio 1983, n. 217, delle attività turistiche ad uso pubblico gestite in regime di concessione e delle associazioni senza scopo di lucro).

Art 5

Campagne di informazione, sensibilizzazione e formazione

1. L'Assessorato regionale alla salute promuove campagne informative e di sensibilizzazione sulle problematiche relative all'endometriosi.
2. Le campagne sono dirette a diffondere una più diffusa conoscenza dei sintomi della malattia, soprattutto nelle scuole, così da favorire il ricorso a una diagnosi precoce e corretta della malattia e prevenire l'infertilità a essa correlata nonché la consapevolezza che la stessa sia una malattia cronica e invalidante tanto da dover essere riconosciuta come malattia sociale.
3. Le campagne sono realizzate con la collaborazione delle associazioni regionali, con il coinvolgimento dei ginecologi e dei consultori familiari.
4. L'Assessorato regionale alla salute prevede la pianificazione di attività formative e di aggiornamento sull'endometriosi destinate al personale medico, paramedico e operante presso le strutture ospedaliere e i consultori familiari.

Art. 6

Giornata regionale per la lotta all'endometriosi

1. E' istituita la "Giornata regionale per la lotta all'endometriosi" da celebrare il 9 marzo di ogni anno.
2. In occasione della Giornata regionale sono programmate iniziative mirate a promuovere una maggiore conoscenza della patologia.
3. Le iniziative possono essere realizzate con il coinvolgimento dell'Osservatorio regionale.

Art. 7

Disposizioni finanziarie

1. Per l'esercizio finanziario 2014, gli oneri derivanti dai commi 1 e 2 dell'articolo 5 trovano copertura mediante l'istituzione, nell'ambito della U.P.B. 05.07.01, del capitolo n. 711058, denominato "Spese per campagne informative e di sensibilizzazione in materia di endometriosi", con una dotazione finanziaria di euro 50 mila da prelevare dal capitolo 1110070 denominato "Fondo globale per il finanziamento di leggi regionali di spesa corrente in corso di adozione".
2. Per gli esercizi finanziari successivi la spesa è stabilita e contenuta entro i limiti fissati con le leggi di bilancio.

DGR 610.14, n. 1945 - Istituzione Tavolo Tecnico Regionale per la definizione di una Rete di Laboratori di Genetica Medica.

Note

- Sono nominati quali componenti del predetto Tavolo Tecnico Regionale le seguenti professionalità:
- Dr.ssa Lucia BISCEGLIA - Responsabile del Servizio Analisi della domanda e dell'offerta sanitaria e valutazione delle dinamiche epidemiologiche - Ares Puglia, con funzioni di Coordinatore;
 - dott. Mattia GENTILE - Direttore di Unità Operativa Complessa Laboratorio di Genetica Medica - ASL BA e Coordinatore per la Puglia e la Basilicata della Società Italiana di Genetica Medica (SIGU);
 - dott. Salvatore MAURO - Direttore di Unità Operativa Complessa Laboratorio di Genetica Medica - ASL LE;
 - dr.ssa Antonella PICO - Coordinatore Unità Operativa Complessa Laboratorio di Genetica Medica - ASL LE;
 - dott. Leopoldo ZELANTE - Direttore di Unità Operativa Complessa Laboratorio di Genetica Medica - IRCCS di San Giovanni Rotondo e componente del Coordinamento Regionale Malattie Rare;
 - Prof. Nicoletta RESTA - Professore associato - Direttore Cattedra di Genetica Medica Università di Bari;
 - Prof. Maurizio MARGAGLIONE - Professore ordinario - Direttore Cattedra di Genetica Medica - Università di Foggia;
 - Dr.ssa Elena MEMEO - Alta professionalità "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali - Strutture sociosanitarie" - Servizio Programmazione Assistenza

Ospedaliera e Specialistica;

- Dott. Alfredo GRAVINA - competenza in Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica

- Dr.ssa Giuseppina ANNICCHIARICO - Responsabile del Coordinamento regionale delle malattie rare - AREA Puglia

La partecipazione ai lavori da parte dei Componenti del Tavolo Tecnico deve intendersi a titolo gratuito;

L.R. 17.10.14, n. 42 - “Modifica all’articolo 11 della legge regionale 18 febbraio 2014, n. 5 (Disciplina dei turni e degli orari del Servizio pubblico farmaceutico territoriale)”

Art. 1

Modifica all’articolo 11 della legge regionale 18 febbraio 2014, n. 5

1. L’articolo 11 della legge regionale 18 febbraio 2014, n. 5 (Disciplina dei turni e orari del Servizio Pubblico Farmaceutico Territoriale), è sostituito dal seguente:

“Art. 11

(Sostituzione temporanea dei titolari)

1. La sostituzione temporanea del titolare di farmacia con altro farmacista regolarmente iscritto all’albo, nella conduzione professionale dell’esercizio, è consentita nei casi previsti dalla legislazione statale”.

L.R.17.10.14, n. 43 - “Norme in materia di costituzione, composizione e funzionamento del Collegio di direzione delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale ai sensi degli articoli 3, comma 1- quater e 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.”

Art.1

Collegio di direzione delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale

1. Nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario della Regione Puglia (SSR) è istituito il Collegio di direzione, quale organo collegiale, ai sensi degli articoli 3, comma 1- quater, e 17 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).

2. La qualità di componenti del Collegio di direzione e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, ad essi non spetta alcun compenso né può essere corrisposta alcuna indennità o rimborso spese.

Art.2

Competenze

1. Il Collegio di direzione delle aziende ed enti del SSR:

a) concorre al governo delle attività cliniche dell’azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri dietro obbligatoria consultazione del Direttore generale in merito a tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche;

b) concorre alla pianificazione delle attività dell’azienda, ivi comprese la didattica e la ricerca, e allo sviluppo organizzativo e gestionale dell’azienda, con particolare riferimento all’organizzazione dei servizi, alla valorizzazione delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alle soluzioni organizzative per l’attuazione dell’attività libero-professionale intramuraria;

c) esprime parere obbligatorio sull’atto aziendale per la parte relativa all’organizzazione delle attività cliniche;

d) esprime parere obbligatorio sul piano aziendale annuale della formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché degli specifici bisogni formativi espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;

e) esprime parere obbligatorio sul piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;

f) partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale, e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

2. Il Collegio di direzione delle aziende ospedaliero-universitarie (AOU) del SSR, oltre ai compiti di cui al comma 1, contribuisce alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, partecipa alla programmazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dai Protocolli d'intesa Regione-Università ed esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di didattica, ricerca e innovazione.

3. Il Collegio di direzione degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) del SSR, oltre ai compiti di cui al comma 1, esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca e innovazione.

Art.3

Composizione

1. Il Collegio di direzione delle aziende sanitarie locali del SSR è composto da:

- a) i dirigenti delle aree amministrative e professionali;
- b) il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;
- c) il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;
- d) un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
- e) un direttore di Dipartimento strutturale per ciascuna area (medica, chirurgica, materno-infantile, emergenza-urgenza, dei servizi di diagnosi e cura);
- f) il direttore del Dipartimento di prevenzione;
- g) il direttore del Dipartimento di salute mentale;
- h) il direttore del Dipartimento delle dipendenze patologiche;
- i) il direttore del Dipartimento di riabilitazione;
- j) i direttori dei distretti socio-sanitari;
- k) i direttori degli ospedali a gestione diretta dell'ASL;
- l) il medico di medicina generale responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie (UACP);
- m) il pediatra di libera scelta responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie pediatriche (UACPP);
- n) lo specialista di medicina ambulatoriale interna che ricopre il ruolo di Coordinatore dei responsabili di branca specialistica ambulatoriale o equivalenti.

2. Il Collegio di direzione delle AOU del SSR è composto da:

- a) il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;
- b) il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;
- c) un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
- d) i direttori di presidio ospedaliero, qualora l'AOU non sia costituita da un unico presidio;
- e) i direttori dei Dipartimenti ad attività integrata;
- f) i direttori dei dipartimenti assistenziali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419).

3. Il Collegio di direzione degli IRCCS del SSR è composto da:

- a) il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;
- b) il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;
- c) un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
- d) i direttori di Presidio ospedaliero, qualora l'IRCCS non sia costituito da un unico Presidio;
- e) i direttori dei Dipartimenti.

4. Il Presidente del Collegio di direzione, in relazione alle materie in trattazione, può estendere la partecipazione alle singole sedute del Collegio ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali di volta in volta interessate, i quali possono essere sentiti senza diritto di voto.

Art.4

Costituzione e funzionamento

1. Il Collegio di direzione è nominato con deliberazione del Direttore generale, il quale ne convoca la seduta di insediamento, e dura in carica tre anni.
2. Nella seduta di insediamento il Collegio elegge il proprio Presidente e il Vice-Presidente, scegliendoli fra i componenti di diritto.
3. Il Presidente convoca e presiede le singole riunioni del Collegio, stabilendone l'ordine del giorno, e fissa un calendario annuale delle riunioni.
4. Le funzioni di segreteria del Collegio di direzione sono svolte da un Ufficio di segreteria composto da almeno due dipendenti dell'azienda (e loro sostituti, in caso di assenza), individuati dal Direttore generale nell'ambito della segreteria della Direzione generale, sanitaria o amministrativa, ovvero nell'ambito di altra struttura dell'azienda. L'Ufficio di segreteria supporta il Presidente del Collegio nella convocazione delle riunioni, anche attraverso la raccolta delle proposte per la formazione dell'ordine del giorno delle singole riunioni, la predisposizione e l'invio dei materiali occorrenti per i lavori del Collegio, si occupa della registrazione dei presenti e della verbalizzazione delle riunioni, gestisce l'archiviazione delle pratiche.
5. Il Collegio di direzione si riunisce ordinariamente con cadenza almeno mensile, secondo il calendario di cui al comma 3.
6. In caso di urgenza, ovvero su richiesta motivata della metà più uno dei componenti, il Collegio di direzione è convocato in via straordinaria, con un preavviso di almeno cinque giorni lavorativi.
7. Il componente impossibilitato a partecipare è tenuto a darne preventiva comunicazione scritta - anche tramite posta elettronica - alla segreteria del Collegio, specificandone le motivazioni e delegando contestualmente un sostituto.
8. Per la validità delle riunioni del Collegio di direzione è necessaria la presenza della metà più uno dei componenti.
9. Le deliberazioni del Collegio di direzione sono adottate a maggioranza semplice, a eccezione dell'elezione del Presidente e del Vice-Presidente del Collegio, nonché dell'espressione dei pareri obbligatori, che sono adottati a maggioranza assoluta, e dell'approvazione del regolamento interno di funzionamento del Collegio, che è adottato a maggioranza qualificata dei due terzi dei componenti.
10. I verbali di ciascuna riunione, debitamente sottoscritti, sono trasmessi a tutti i componenti del Collegio di direzione, nonché al Direttore generale e ai collegi sindacali dell'azienda di riferimento. Nel caso delle AOU, tali verbali sono altresì trasmessi al Presidente dell'Organo di indirizzo. Nel caso degli IRCCS, i medesimi verbali sono invece trasmessi anche al Presidente del Consiglio di indirizzo e verifica.
11. I pareri del Collegio di direzione sono espressi entro trenta giorni dalla richiesta del Direttore generale. Ove tali pareri non vengano espressi nel predetto termine, gli stessi si intendono favorevolmente espressi.
12. Il funzionamento del Collegio di direzione può essere ulteriormente disciplinato con regolamento interno, approvato dallo stesso Collegio a maggioranza qualificata dei due terzi dei componenti.

Art.5

Norma finale

1. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogate tutte le norme regionali previgenti in materia di Collegio di direzione.
 2. I Direttori generali provvedono, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in conformità alle previsioni della stessa, alla nomina e prima convocazione del Collegio di direzione nonché all'adeguamento delle previsioni in materia dei relativi atti aziendali, ove adottati.
- La presente legge è dichiarata urgente e sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 1 della L.R. 12/05/2004, n° 7 "Statuto della Regione Puglia" ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Puglia.

SICILIA

DD 12.5.14. - PO FESR Sicilia 2007/2013 - Linea di intervento 6.1.2.A attività C) - Ammissione alla rendicontazione dei fondi strutturali dell'intervento relativo alla "Realizzazione di un centro di eccellenza oncologico nell'ambito del P.O. Papardo di Messina". (BUR n. 43 del 10.10.14)

Art. 1

Per le motivazioni di cui in premessa, l'intervento relativo alla "Realizzazione di un centro di eccellenza oncologico nell'ambito del P.O. Papardo di Messina", cofinanziato con l'Accordo di Programma Quadro Sanità, stipulato in data 23 dicembre 2003 dell'importo complessivo di € 40.987.413,95, ridotto a € 38.512.497,09 a seguito della perizia di assestamento contabile finale di cui € 10.000.000,00 a carico dell'A.P.Q. Sanità sopracitato, avendone verificata la conformità con i requisiti previsti dall'obiettivo operativo 6.1.2 A attività C), è ammesso alla rendicontazione dei fondi strutturali del P.O. FESR 2007-2013.

Art. 2

Le risorse comunitarie che si renderanno disponibili a seguito della rendicontazione e successiva certificazione delle spese sul programma operativo, verranno reimpiegate nell'ambito dello stesso accordo secondo le indicazioni contenute nelle circolari del MISE sopra richiamate.

DASS 12.9.14 - Istituzione della Conferenza dei direttori generali delle aziende sanitarie, IRCCS, degli enti e degli ospedali classificati del servizio sanitario regionale. (BUR n. 43 del 10.10.14)

Art. 1

Per le motivazioni in premessa specificate, è istituita, presso l'Assessorato regionale della salute, la Conferenza dei direttori generali del servizio sanitario regionale.

Art. 2

La Conferenza di cui all'art. 1 è presieduta dall'Assessore regionale per la salute o suo delegato ed è così costituita:

- Assessore regionale per la salute, o suo delegato, che la presiede;
- dirigente generale del Dipartimento per la pianificazione strategica o suo delegato;
- dirigente generale del Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico o suo delegato;
- direttori generali delle aziende sanitarie provinciali o loro delegati;
- direttori generali delle aziende ospedaliere o loro delegati;
- direttori generali delle aziende ospedaliere universitarie o loro delegati;
- direttori generali di SEUS 118 Scpa, IRCCS Bonino Pulejo di Messina, CEFPAS di Caltanissetta, Istituto Zooprofilattico Sperimentale (IZS), ospedale classificato Buccheri La Ferla di Palermo, ospedale Giglio di Cefalù e Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione (ISMETT) di Palermo o loro delegati al fine di assicurare il raccordo sistematico tra l'Assessorato regionale della salute e le predette direzioni per il perseguimento degli obiettivi comuni di programmazione sanitaria, favorendo l'emersione e la diffusione di buone prassi e la definizione di priorità e indirizzi a valenza sovraziendale.

Art. 3

Nella prima seduta la Conferenza dei direttori generali del servizio sanitario regionale si doterà di apposito regolamento interno di funzionamento. Il Dipartimento per la pianificazione strategica assicurerà, con proprio personale, le funzioni di segreteria della Conferenza.

Art. 4

L'istituzione della Conferenza dei direttori generali del servizio sanitario regionale di cui all'art. 1 non comporta alcun onere finanziario per l'Amministrazione regionale.

Per i componenti della stessa non è previsto alcun compenso e l'eventuale rimborso delle spese è a carico delle amministrazioni di appartenenza. Art. 5

DASS 12.9.14 - Istituzione del nucleo tecnico per la verifica dell'attuazione degli adempimenti previsti dal D.A. n. 540/14, recante "misure volte a promuovere l'utilizzo dei farmaci originatori o biosimilari a minor costo di terapia". (BUR n. 43 del 10.10.14)

DASS 22.9.14 - Rettifica del decreto 16 settembre 2014, concernente determinazione dell'aggregato regionale e provinciale per l'assistenza ospedaliera da privato delle case di cura, per l'anno 2014. (BUR n. 43 del 10.10.14)

Articolo unico

Per quanto riportato in premessa, che qui si intende interamente richiamato, l'art. 2 del D.A. n. 1470/2014 del 16 settembre 2014 è così sostituito:

Le aziende sanitarie provinciali per l'assegnazione dei budget per l'attività ordinaria di ricovero anno 2014 alle case di cura accreditate già contrattualizzate di media e alta specialità disporranno ciascuna delle somme a fianco indicate nella seguente tabella:

ASP DI AGRIGENTO AG - -	12.218.000,00	12.218.000,00		
ASP DI CALTANISSETTA CL	254.100,00	3.733.600,00	10.380.300,00	14.368.000,00
ASP DI CATANIA CT	2.035.900,00	33.988.500,00	116.476.600,00	152.501.000,00
ASP DI MESSINA ME	609.860,00	8.658.698,40	56.659.441,60	65.928.000,00
ASP DI PALERMO PA	2.669.900,00	7.010.300,00	137.566.800,00	147.247.000,00
ASP DI RAGUSA RG -	2.957.100,00	5.203.900,00	8.161.000,00	
ASP DI SIRACUSA SR -	3.971.900,00	31.749.100,00	35.721.000,00	
ASP DI TRAPANI TP -	2.542.000,00	12.735.000,00	15.277.000,00	
Totale	5.569.760,00	62.862.098,40	382.989.141,60	451.421.000,00

DASS 26.9.14 - Determinazione degli aggregati di spesa per l'assistenza specialistica da privato - anno 2014. (GURS n. 44 del 10.10.14)

Art. 1

Per quanto specificato in premessa, i cui contenuti si intendono integralmente qui riportati, il tetto di spesa per l'assistenza specialistica da privato per l'anno 2014 è determinato in euro 445.595.000,00, al netto del ticket (come previsto anche per l'anno 2011 quale anno di comparazione di cui al D.L. n. 95/2012) e al lordo della quota fissa di € 10,00 per ricetta per i soggetti non esenti da ticket, secondo le specifiche riportate nella tabella (a cui si rinvia)

Art. 2

I budget da assegnare per l'anno 2014 saranno determinati, previa riduzione dell'1% da operare sui singoli budget assegnati nell'anno 2013, sulla base del rapporto tra l'effettiva produzione realizzata nell'anno 2013 medesimo e l'aggregato provinciale di branca per l'anno 2014 di cui all'allegato "A" del presente decreto, al fine di non penalizzare le strutture specialistiche che hanno dimostrato maggiore capacità erogativa.

Art. 3

Gli aggregati provinciali per ciascuna tipologia di prestazioni sono comprensivi anche del costo dei contributi previdenziali, ove previsti per legge a carico delle aziende sanitarie provinciali. Per le prestazioni relative alle branche di FKT e radio terapia innovativa, resta fermo quanto previsto dall'art. 1, comma 796, lett. o), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, così come previsto dal D.A. n. 1745 del 29 agosto 2007 e dal D.A. n. 924/2013.

Art. 4

Al fine di assicurare le prestazioni indispensabili per i pazienti affetti da tumore, gli aggregati e i conseguenti budget assegnati a ciascuna struttura specialistica dovranno prioritariamente assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni contrassegnate con codice "048" e correlate alla patologia oncologica accertata. La violazione di detta disposizione sarà assunta come "comportamento di non leale collaborazione".

Art. 5

Con riferimento alle prestazioni relative alle branche di "Nefrologia" e "Radioterapia" si dispone che:

- 1) gli eventuali superamenti dei tetti di spesa assegnati per l'anno 2014 saranno remunerati a consuntivo sulla base dell'attività sanitaria effettivamente erogata, fatte salve comunque le disposizioni contenute nel D.A. n. 925 del 14 maggio 2013, e le valutazioni ed i controlli di tipo clinico, epidemiologico e di appropriatezza, che dovranno essere effettuati correntemente durante l'anno solare ed essere completate entro il 31 marzo 2015;
- 2) a tal fine le AA.SS.PP. nelle quali si dovesse profilare in corso d'anno il superamento della spesa prefissata di cui al punto 1), dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio di

competenza appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, previa verifica delle eventuali disponibilità di prestazioni erogabili presso i centri pubblici dello stesso territorio.

Art. 6

Le economie di spesa discendenti dalla minore produzione di attività che dovesse eventualmente verificarsi nelle branche della specialistica convenzionata da privato diverse da “Nefrologia” e “Radioterapia”, dovranno essere utilizzate prioritariamente per la remunerazione delle prestazioni eventualmente prodotte in extra budget nelle branche della “Nefrologia” e “Radioterapia”.

Art. 7

Le prestazioni erogate nella branca di “Nefrologia” in favore dei cittadini di altre regioni (mobilità attiva extraregionale), per effetto di quanto disposto dall’articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. f), come modificato dal comma 6 dell’art. 71 della legge regionale 15 maggio 2013, n. 9, sono considerate al di fuori del budget assegnati alle singole strutture. Le prestazioni erogate sulla base dei relativi piani terapeutici a cittadini non residenti e dimoranti temporaneamente in Sicilia non concorrono alla formazione del tetto così come previsto anche dal comma 1 dell’articolo 3 del D.A. n. 925/2013. Le AA.SS.PP. dovranno chiedere alle strutture specialistiche di produrre separate fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre regioni. La mancata evidenza separata della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni.

Le prestazioni di dialisi rientranti nella branca di “Nefrologia” saranno valorizzate nella misura del 95% della tariffa vigente nella Regione siciliana, per effetto di quanto disposto dall’articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. f) e s.m.i., misura ritenuta adeguata alla tipologia delle prestazioni e al breve periodo in cui le stesse vengono erogate.

Art. 8

Per l’assegnazione della somma accantonata di € 5.000,000,00 da destinare alle nuove strutture già accreditate e non ancora contrattualizzate si provvederà con successivo e separato provvedimento assessoriale, previa concertazione con i direttori generali delle aziende sanitarie provinciali in relazione ai fabbisogni sanitari da queste ultime rilevati.

Art. 9

Per le prestazioni sanitarie di cui al presente decreto erogate in favore dei cittadini di altre regioni (mobilità attiva extra-regionale), le strutture specialistiche, nelle more degli accordi di confine da definire tra le regioni, sono tenute ad emettere separate fatture comprovanti le prestazioni specialistiche erogate in favore dei cittadini di altre regioni, valorizzate nella misura del 100% delle tariffe vigenti nel territorio regionale siciliano. Alla valorizzazione di tali prestazioni sarà applicata una riduzione del 20% nel rispetto di quanto disposto dall’articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. f), come modificato dal comma 6 dell’art. 71 della legge regionale 15 maggio 2013, n. 9. La mancata separata evidenza della contabilizzazione fiscale comporterà automaticamente il mancato riconoscimento delle prestazioni in argomento.

Per la mobilità attiva extra regionale, alle singole strutture verrà assegnato un budget che sarà determinato in proporzione all’attività sanitaria erogata dalle stesse ai soggetti di altre regioni nell’anno 2013 e comunque entro il limite massimo dei tetti di spesa provinciali sotto riportati:

Azienda | Importi

ASP di Agrigento | 60.000,00

ASP di Caltanissetta | 15.000,00

ASP di Catania | 650.000,00

ASP di Enna | 15.000,00

ASP di Messina | 1.660.000,00

ASP di Palermo | 120.000,00

ASP di Ragusa | 15.000,00

ASP di Siracusa | 15.000,00

ASP di Trapani | 140.000,00

Totale | 2.690.000,00

Le eventuali economie che si realizzino nell’ambito di ciascuna provincia, nei tetti di spesa per “extra regione” potranno essere ridistribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che hanno registrato una maggiore produzione, in mobilità attiva extra regione, rispetto al budget assegnato.

L'ulteriore produzione extra regione eventualmente erogata dalle singole strutture non remunerata dalle economie sarà riconosciuta solo nei tempi ed agli esiti delle procedure di compensazione fra le regioni interessate alla mobilità attiva/passiva.

Per tale maggiore produzione, le strutture interessate potranno emettere regolare fattura soltanto dopo la comunicazione del riconoscimento delle prestazioni da parte delle AA.SS.PP., previa disposizione assessoriale.

Art. 10

Gli aggregati di spesa per l'anno 2014 sono suddivisi per provincia e per branca, come da tabella allegata al presente provvedimento (alla lettera sub "A"). È confermata, anche per il 2014, la possibilità per gli erogatori accreditati e contrattualizzati per più branche, di utilizzare la minore produzione di attività che dovesse eventualmente verificarsi in una delle branche in favore delle altre che compongono il budget complessivo (con esclusione del budget dedicato per la mobilità attiva), operando meccanismi di riequilibrio, nel limite massimo del 5% e comunque sempre entro i limiti del budget complessivo. Tale facoltà è riconosciuta anche agli specialisti e/o strutture specialistiche di oculistica con budget separato per l'intervento di cataratta effettuato in regime ambulatoriale (cod.13.71).

Art. 11

Le strutture e/o gli specialisti privati accreditati e convenzionati concorrendo alla realizzazione del Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali, in quanto coadiuvanti nel processo di miglioramento degli indici di appropriatezza clinica ed organizzativa e di contenimento delle liste di attesa di cui al relativo Piano regionale, sono tenute, nell'ambito degli aggregati di spesa stabiliti a livello provinciale e per branca, a garantire il loro inserimento nel sistema unico di prenotazione sia a livello provinciale che regionale.

Art. 12

Le strutture private, nell'ambito del budget loro assegnato, sono tenute a garantire l'attuazione di quanto indicato nel decreto assessoriale n. 2085/2010 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 27 agosto 2010, n. 38 (regolamento di gestione delle prescrizioni) che disciplina le prescrizioni per livello di priorità clinica, riservando, previo accordo con le aziende sanitarie provinciali di riferimento, una quota delle proprie prestazioni giornaliere, mediamente quantificabili fino al 50%, in favore dei pazienti inviati dalle AA.SS.PP. con richieste "urgenti" e "brevi" che non possano trovare tempestiva risposta nei servizi pubblici.

Art. 13

Le aziende sanitarie provinciali dovranno stipulare, con le strutture private accreditate, già autorizzate ad effettuare prestazioni di diagnostica di laboratorio nell'ambito delle risorse per "l'Assistenza domiciliare integrata", accordi per l'erogazione di prestazioni di prelievo ematico domiciliare, in favore dei soggetti non autosufficienti per i quali l'UVM ha definito un progetto assistenziale individualizzato sulla base della valutazione multidimensionale attuata con lo strumento in uso (SVAMA) secondo quanto previsto dal D.A. 2 luglio 2008, come integrato dalla disciplina di settore di cui alle linee guida approvate con decreto presidenziale 26 gennaio 2011. Tale tipologia di prestazione domiciliare, effettuata dal personale abilitato al prelievo ai sensi della normativa vigente e in possesso dei requisiti di cui al D.A. n. 890/2002, sarà remunerata in aggiunta alla tariffa regionale in atto vigente, nella misura di 6,00 euro per percorso tra sede della struttura e domicilio del paziente inferiore a 3 Km. e nella misura di euro 9,00 per percorso superiore a 3 Km.. Tale remunerazione aggiuntiva è comprensiva, ove richiesto dall'assistito, del servizio di consegna a domicilio del referto.

Art. 14

Le aziende sanitarie provinciali dovranno stipulare, con le strutture già autorizzate ad effettuare trattamenti riabilitativi in regime ambulatoriale (paragrafo 2.2-a dell'allegato al D.A. 17 giugno 2002, n. 890), nell'ambito delle risorse per "l'Assistenza domiciliare integrata", accordi per l'erogazione di prestazioni riabilitative domiciliari, in favore dei soggetti non autosufficienti per i quali l'UVM (unità di valutazione multidimensionale) ha definito un progetto assistenziale individualizzato sulla base della valutazione dell'appropriatezza terapeutica rispetto al grado di complessità dei pazienti, effettuata attraverso lo strumento di valutazione in uso (SVAMA) e limitatamente al percorso riabilitativo indicato al PR 1 di cui al decreto del 27 giugno 2002. Sono fatte salve le modalità già poste in essere dalle aziende sanitarie provinciali per l'erogazione del servizio nel rispetto di quanto indicato, in materia di esternalizzazione, dalle direttive assessoriali esplicative dell'art. 21 della legge regionale n. 5/2009 (nota

prot. n. 10221 del 18 settembre 2009 e n. 657 del 18 febbraio 2010). Per i percorsi riabilitativi denominati PR1 effettuati a domicilio, sarà riconosciuta una remunerazione aggiuntiva, in analogia a quanto previsto per le prestazioni di prelievo ematico domiciliare, nella misura di 8,00 euro per percorso tra sede della struttura e domicilio del paziente inferiore a 3 Km. e nella misura di euro 12,00 per percorso superiore a 3 Km.

Art. 15

Le aziende sanitarie provinciali, ai fini dei contratti relativi all'esercizio 2014 utilizzeranno lo schema di contratto allegato al presente decreto (allegato sub "B").

Contestualmente alla sottoscrizione del contratto, i direttori generali delle AA.SS.PP. avranno cura di consegnare alle strutture una scheda che riporti, tenuto conto della rete dell'offerta pubblica e privata della provincia, le motivazioni tecniche sottostanti alla determinazione del livello quali-quantitativo delle prestazioni richieste alla singola struttura in funzione dei fabbisogni.

Per le strutture e/o gli specialisti privati accreditati che per qualunque motivo non sottoscrivano il contratto di cui all'allegato B, ivi compreso il caso in cui non intendano sottoscriverlo a seguito di formale diniego opposto dall'ASP alla richiesta di apporre eventuali riserve alla proposta contrattuale così come formulata dall'ASP competente, fatto salvo il diritto ad adire l'autorità giudiziaria, con decorrenza dal giorno successivo a quello previsto per la firma del contratto, cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario regionale e si applica la sospensione dell'accreditamento istituzionale, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 (introdotto dal comma 1 quinquies dell'art. 79 del D.L. n. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008).

In quest'ultimo caso, le AA.SS.PP. accantoneranno a valere sul corrispondente aggregato le somme relative al budget da attribuire alla struttura e/o allo specialista ricorrente, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso.

Art. 16

I direttori generali delle aziende sanitarie provinciali dovranno espletare le attività negoziali con i soggetti erogatori, o con le OO.SS. da essi delegate, entro 20 giorni dalla notifica del presente decreto, nel rispetto degli obiettivi assegnati e inviando all'Assessorato regionale della salute, nei successivi 15 giorni, i contratti sottoscritti con gli stessi erogatori, autenticati ai sensi di legge, in formato elettronico.

Art. 17

Gli oneri che scaturiscono dal presente decreto trovano copertura nell'ambito delle risorse del fondo sanitario regionale assegnate per quota capitaria alle AA.SS.PP. dalla Regione siciliana per l'anno 2014.

Art. 18

Il presente decreto sarà notificato alle aziende sanitarie provinciali e, da queste, a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale per conto del servizio sanitario regionale.

Il provvedimento è trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale, a fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on line.

DASS 15.9.14 - Rete regionale per la gestione clinica dei soggetti affetti da Sclerosi multipla. (GURS n. 45 del 24.10.14)

Art. 1

È approvato il documento tecnico "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale integrato per la gestione della sclerosi multipla" (PDTA), che fa parte integrante del presente decreto.

Art. 2

È approvata la Rete regionale dei centri per la Sclerosi multipla definita secondo il modello Hub e Spoke, suddivisi in quattro aree territoriali, come di seguito riportato:

Hub Palermo - Trapani:

- A.O.O.R. "Villa Sofia-Cervello" di Palermo
- Ospedale Giglio di Cefalù (PA) Spoke (collegati all'Hub A.O.O.R. "Villa Sofia-Cervello");
- P.O. S. Antonio Abate dell'ASP di Trapani
- ARNAS Civico di Palermo (SM in età Pediatrica) Spoke (collegati all'Hub Fondazione Ospedale S. Raffaele Giglio di Cefalù (PA):
- A.O.U. Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

Hub Caltanissetta – Agrigento - Enna:

- P.O. “S. Elia” dell’ASP di Caltanissetta Spoke (collegati all’Hub P.O. “S. Elia” dell’ASP di Caltanissetta):
- P.O. Umberto I dell’ASP di Enna
- P.O. San Giovanni di Dio dell’ASP di Agrigento

Hub Catania – Siracusa - Ragusa:

- ARNAS “Garibaldi” di Catania
- A.O.U. Policlinico V.E. di Catania Spoke (collegati all’Hub ARNAS “Garibaldi” di Catania):
- P.O. U.O. Neurologia - ASP di Siracusa
- P.O. “Ospedale Civile M. P. Arezzo” dell’ASP di Ragusa Spoke (collegati all’Hub A.O.U. “Policlinico V.E.” di Catania):
- P.O. “Guzzardi” di Vittoria dell’ASP di Ragusa
- A.O. “Cannizzaro” di Catania

Hub Messina:

- IRCCS Centro Neurolesi “Bonino Pulejo” Spoke:
- A.O.U. Policlinico “G. Martino” di Messina
- A.O. “Papardo-Piemonte” di Messina

Art. 3

Con successivo provvedimento sarà modificato l’allegato 2 “Farmaci di area neurologica – Sclerosi Multipla” del D.A. n. 804/11 del 3 maggio 2011 e s.m.i. , con il quale è stata istituita la Rete regionale dei centri prescrittori dei farmaci per la cura della Sclerosi Multipla.

Art. 4

È istituita, come di seguito si riporta, la Commissione regionale per la Sclerosi Multipla, coordinata dal dirigente dall’area interdipartimentale 2:

- prof. Placido Bramanti - Direttore Scientifico IRCSS Centro neurolesi Bonino Pulejo di Messina
- prof. Francesco Patti - Professore aggregato di neurologia Centro Sclerosi multipla A.O Policlinico G. Rodolico - Catania
- dr. Salvatore Cottone - Direttore UOS Neuroimmunologia AOOR Villa Sofia-Cervello di Palermo.
- dr. Giuseppe Salemi – A.U.O. Policlinico “P. Giaccone” di Palermo
- d.ssa Maria Buccafusca – A.O.U. Policlinico “G. Martino” - Messina
- prof. M. Alberto Battaglia – Presidente (FISM) Fondazione italiana Sclerosi Multipla
- dr.ssa Maria Grazia Furnari – Dirigente U.O. Pianificazione strategica – Arnas Civico - Palermo
- dr. Pasquale Cananzi – Dirigente farmacista Centro regionale di farmacovigilanza – c/o Servizio 7 “Farmaceutica” - DPS
- dr. Angelo La Via - Presidente regionale AISM Sicilia – dr.ssa Anna Maria Abbate – Funzionario direttivo –Area interdipartimentale 2 Ufficio del Piano di rientro
- DPS.

Art. 5

Sono compiti della Commissione, nell’ottica di migliorare e implementare la gestione della patologia su tutto il territorio regionale:

- proporre aggiornamenti del documento tecnico, approvato con il presente decreto, e dei percorsi diagnostico-terapeutici in coerenza con l’evoluzione scientifica;
- verificare e monitorare il corretto funzionamento dei Centri regionali della Rete nonché dei collegamenti tra questi e vigilare sulla puntuale applicazione di quanto disposto nel documento tecnico approvato.

Art. 6

Nessun compenso è dovuto ai componenti della Commissione ad eccezione dei rimborsi, se e in quanto dovuti, per le spese sostenute per le trasferte necessarie alla partecipazione ai lavori, che rimangono a carico delle amministrazioni di appartenenza.

Art. 7

Con successivo provvedimento sarà istituito il Registro regionale per la Sclerosi Multipla, nel quale confluiranno, attraverso uno specifico flusso di raccolta dati di tutti i Centri, le informazioni relative al numero di pazienti trattati, diagnosi (Codice ICD - IX), patologie concomitanti, trattamenti effettuati, sui percorsi assistenziali attivati e sugli esiti delle cure.

Art. 8

Le aziende sanitarie devono adeguarsi a quanto disposto dal Documento tecnico allegato, formalizzando con delibera del direttore generale, l'organizzazione del Centro (secondo i requisiti di personale, strutturale e organizzativi) ed il funzionamento della Rete.

Le delibere devono essere inviate all'Assessorato della salute (e-mail: ufficiopianorientro@regione.sicilia.it), entro il termine di 30gg dalla pubblicazione del presente decreto.

DD 10 ottobre 2014 - Aggiornamento dei centri prescrittori di "Farmaci di area neurologica - Sclerosi multipla. (GURS n. 45 del 24.10.14)

TOSCANA

MOZIONE 24 settembre 2014, n. 909 - In merito all'anzianità del personale con rapporto convenzionato beneficiario di inquadramento straordinario nei ruoli nominativi regionali del personale delle unità sanitarie locali. (BUR n. 41 del 15.10.14)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che:

- con legge 20 maggio 1985, n. 207 (Disciplina transitoria per l'inquadramento diretto nei ruoli nominativi regionali del personale non di ruolo delle unità sanitarie locali), furono sanate, regolarizzandole, una serie di posizioni, fino a quel momento ambigue, in ordine al rapporto tra le allora unità sanitarie locali (USL) ed i molti lavoratori non di ruolo, tecnici e laureati (psicologi, psichiatri, assistenti sociali, logopediste, psicomotriciste,

Ricordato che la Regione Toscana, sulla base della legge nazionale 29 luglio 1975, n. 405 (Istituzione dei consultori familiari), con legge regionale 12 marzo 1977, n. 18 (Istituzione del servizio di assistenza alla famiglia, alla maternità, all'infanzia e ai giovani in età evolutiva), è stata tra le prime regioni italiane a recepire l'importante ed innovativa tematica riguardante la salute della famiglia e della donna: all'interno dei servizi, quali i consultori familiari, i servizi di salute mentale e disabilità, operavano molte figure professionali (psicologi, assistenti sociali, logopediste, psicomotriciste, audiometriste, educatori professionali, fisioterapisti ed assistenti sanitarie, alcune delle quali entravano per la prima volta a far parte del Servizio sanitario nazionale) che furono, inizialmente, assunte con "contratti a convenzione" per poi essere inquadrate, dal 1985, nei ruoli nominativi regionali, purché in possesso dei requisiti richiesti;

- la l. 207/85, mentre procedeva, da un lato, ad un inquadramento di un numero rilevante di lavoratori, che, di fatto, operavano come dipendenti, essendo, tuttavia, regolamentati dai cosiddetti "contratti a convenzione", non conteneva, d'altro lato, il riconoscimento, al suddetto personale, dell'anzianità di servizio per gli anni pregressi;

- nell'applicazione della legge, tuttavia, si sono verificate situazioni disomogenee su tutto il territorio nazionale, che hanno visto coinvolti un gran numero di enti e di giurisdizioni, determinando condizioni di palese ingiustizia e disparità di trattamento poiché il problema, nel corso degli anni, è stato risolto in modo diverso da caso a caso. In alcune USL, infatti, vi è stato un immediato riconoscimento del rapporto di lavoro subordinato regolarizzando anche la parte previdenziale attinente al suddetto periodo, mentre in altre USL tale riconoscimento è stato rifiutato;

- da qui deriva un ampio contenzioso, con casi in cui la magistratura (sia quella ordinaria sia quella amministrativa) ha dato ragione al lavoratore ed altri in cui, al contrario, al lavoratore non è stata riconosciuta la continuità di servizio per il periodo anteriore alla data di entrata in vigore della l. 207/1985;

- nello stesso periodo, l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) chiedeva ed otteneva vari decreti ingiuntivi, ognuno di importo consistente, contro le USL (successivamente contro le ASL), sostenendo che il rapporto a convenzione, in realtà, mascherava un rapporto di lavoro subordinato, con la conseguenza che l'ente era tenuto a pagare i relativi contributi. In tutti questi casi le USL facevano opposizione davanti al giudice competente (giudice del lavoro), il quale, spesso, decideva in favore dei lavoratori.

Premesso, altresì, che:

- in Toscana i lavoratori che sino al 1985 hanno lavorato con “contratti a convenzione”, e, successivamente, assunti ed inquadrati nei ruoli nominativi regionali, sono, da una prima, ed ancora parziale, stima effettuata oltre 400 (molti dei quali si trovano ad avere anche sino a 5/7 anni di attività lavorativa non coperta da contribuzione previdenziale);

- tale personale, tecnico e specialistico, ha contribuito, negli anni, a formare l’ossatura dei servizi più innovativi delle aziende sanitarie locali (ASL), servizi che sono passati dalla sanità “ospedaliera” alla visione più ampia della sanità intesa anche come prevenzione in tutti i campi (promozione della salute, tutela della stessa in ambito territoriale, diagnosi e cura connessi ai bisogni del bambino, della donna e, più in generale, della famiglia).

Ricordato che la Regione Toscana, sulla base della legge nazionale 29 luglio 1975, n. 405 (Istituzione dei consultori familiari), con legge regionale 12 marzo 1977, n. 18 (Istituzione del servizio di assistenza alla famiglia, alla maternità, all’infanzia e ai giovani in età evolutiva), è stata tra le prime regioni italiane a recepire l’importante ed innovativa tematica riguardante la salute della famiglia e della donna: all’interno dei servizi, quali i consultori familiari, i servizi di salute mentale e disabilità, operavano molte figure professionali (psicologi, assistenti sociali, logopediste, psicomotriciste, audiometriste, educatori professionali, fisioterapisti ed assistenti sanitarie, alcune delle quali entravano per la prima volta a far parte del Servizio sanitario nazionale) che furono, inizialmente, assunte con “contratti a convenzione” per poi essere inquadrati, dal 1985, nei ruoli nominativi regionali, purché in possesso dei requisiti richiesti;

Considerato, altresì, che:

- in Parlamento sono state presentate alcune proposte di legge di modifica alla l. 207/1985, concernenti la determinazione dell’anzianità del personale con rapporto convenzionato beneficiario di inquadramento straordinario nei ruoli nominativi regionali del personale delle unità sanitarie locali; proposte non ancora discusse;

- la possibilità di ricostruzione della situazione contributiva e dell’anzianità ai fini pensionistici, trattandosi di personale con molti anni di servizio, potrebbe produrre un consistente esodo, con un notevole risparmio per la Regione Toscana e con la possibilità di immettere in ruolo tramite procedure concorsuali un adeguato numero di figure professionali;

Considerato che la situazione registra condizioni di ingiustizia e disparità di trattamento, poiché, a parità di prestazione lavorativa, pur in presenza di contratti diversi, corrispondono trattamenti differenti per le stesse categorie di lavoratori;

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

ad attivarsi al fine di effettuare un censimento capillare per conoscere il numero di lavoratori che hanno lavorato a convenzione nelle USL del territorio toscano sino al 1985, poi inquadrati nei ruoli nominativi regionali; a ricercare ed attivare, di concerto con il Governo, ogni azione utile a sanare una situazione di palese violazione dei principi di uguaglianza, valutando la possibilità di intervenire, affinché siano riconosciuti i periodi di attività lavorativa, anche tramite il riscatto a carico del lavoratore o, in parte, del datore di lavoro, ovvero prevedere l’applicazione delle norme preesistenti alla più recente riforma previdenziale (cd. legge Fornero); a farsi, comunque, portavoce del problema in Conferenza Stato-Regioni, al fine di individuare interventi volti a rimediare ad una situazione di palese disparità di trattamento tra lavoratori, integrando, nel senso suddetto, la normativa del 1985;

a valutare, in particolare, soluzioni per i dipendenti delle ASL toscane, al fine di agevolare la ricostruzione dell’anzianità lavorativa ed il raggiungimento del diritto al collocamento a riposo, con consistente risparmio per la finanza regionale e possibilità di effettuare il turnover.

audiometriste, educatori professionali, fisioterapisti, assistenti sanitarie, chimici, periti chimici, geometri, periti elettronici, periti agrari, medici igienisti), con il cosiddetto “contratto a convenzione”, che svolgevano attività continuativa e subordinata senza, tuttavia, godere delle garanzie previdenziali proprie dei lavoratori con contratto per rapporto di lavoro subordinato;

MOZIONE 24 settembre 2014, n. 911 - Organizzazione di percorsi condivisi per il riconoscimento, l’individuazione e la cura della sindrome fibromialgica. Attivazione di un coordinamento regionale per la definizione e realizzazione di percorsi terapeutici dedicati. (BUR n. 41 del 15.10.14)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che:

- la fibromialgia, o sindrome fibromialgica (SFM), è una malattia complessa e debilitante, caratterizzata da dolore muscolare cronico diffuso ed astenia, associati a rigidità e ad una vasta gamma di disturbi funzionali (cefalea, colite, disturbi del sonno, ecc.), che possono gravemente compromettere la qualità di vita di chi ne è affetto;
- tale sindrome colpisce, approssimativamente, 1,5-2 milioni di italiani ed insorge prevalentemente nelle persone di sesso femminile in età adulta, con un rapporto uomo/donna di 1:8 ed esordio tra i 25-35 anni per gli uomini e tra i 45-55 anni per le donne;
- molto spesso, per questi pazienti, la malattia si presenta fortemente invalidante e, data la giovane età dei suddetti pazienti, si comprende come, dal punto di vista sociale, ma anche economico e di risparmio sanitario, sia conveniente l'istituzione di un percorso che aiuti a mantenere gli stessi attivi e produttivi dal punto di vista lavorativo. Questi pazienti, infatti, possono essere soggetti attivi della società, a seconda dello stadio di avanzamento della patologia e nei limiti loro consentiti dal dolore, ma necessiteranno di periodici controlli ed esami specifici e, quindi, avranno maggiore bisogno di assentarsi dal lavoro, o di maggiore riposo rispetto ad un soggetto sano.

Considerato che:

- la SFM è stata riconosciuta come malattia nel 1992 (Dichiarazione di Copenaghen) ed inclusa nella decima revisione statistica internazionale delle malattie e dei problemi legati alla salute (ICD10) del 1993 come M79.7: reumatismo non specifico;
- nella dichiarazione del Parlamento europeo del 13 gennaio 2009, lo stesso invitava gli stati membri a:
 - mettere a punto una strategia comunitaria per la SFM, in modo da riconoscere questa sindrome come malattia;
 - contribuire ad aumentare la consapevolezza della malattia e favorire l'accesso degli operatori sanitari e dei pazienti alle informazioni, sostenendo campagne di sensibilizzazione a livello nazionale;
 - migliorare l'accesso alla diagnosi ed ai trattamenti terapeutici e di supporto;
 - promuovere lo sviluppo di programmi per la raccolta di dati sulla SFM.

Preso atto che:

- la maggior parte delle nazioni riconosce la SFM come una precisa entità nosologica, con conseguente riconoscimento di esenzione per tale patologia;
- il sistema sanitario nazionale italiano, invece, non prevede alcuna forma di riconoscimento della SFM, per la quale non è prevista l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, nonostante in Parlamento giacciono proposte di legge in merito presentate da più forze politiche;
- in assenza di tale riconoscimento, il comportamento sul territorio nazionale è palesemente disomogeneo, facendo registrare iniziative autonome a livello delle - nelle Regioni Friuli Venezia Giulia e Lombardia è ufficialmente partito un percorso per il riconoscimento della SFM come malattia autonoma fortemente invalidante;
- le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno già riconosciuto la SFM come malattia, permettendo ai malati di godere dell'esenzione per patologia della compartecipazione alla spesa sanitaria e di avere un maggiore ed adeguato riconoscimento in sede di determinazione di invalidità civile;
- il Consiglio regionale della Toscana, nello scorso mese di luglio, ha approvato una mozione (Percorso di riconoscimento, individuazione e cura per la sindrome della Fibromialgia in Toscana), esprimendo la volontà di attivarsi per individuare percorsi per il riconoscimento della patologia ed individuare modelli terapeutici omogenei da proporre sul territorio.

IMPEGNA

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

Ad avviare un tavolo di lavoro e di coordinamento tra i centri appartenenti al sistema sanitario regionale che attualmente trattano questa patologia, per istituire:

- a) un coordinamento sanitario dedicato;
- b) un numero verde regionale dedicato, a disposizione dei cittadini per informazioni ed indirizzamento verso i centri dedicati, utile anche ad avviare un primo censimento della popolazione toscana affetta da SFM;
- c) un protocollo terapeutico attuativo concordato tra i vari centri di individuazione e terapia comune per garantire uniformità di accesso alle cure sul territorio;
- d) una rete territoriale di centri specialistici con istituzione di un "libro bianco dei centri territoriali di

riferimento”;

e) il protocollo per il riconoscimento e l’attestazione della SFM per la determinazione di invalidità civile;
f) un codice di esenzione regionale per le prestazioni sanitarie fruibili dai pazienti affetti da SFM riconosciuta;

g) sistemi di controllo di qualità dei percorsi istituiti e verifica dei diversi indicatori condivisi.

A predisporre una campagna informativa sul territorio diretta a tutti i cittadini attraverso le case della salute e le botteghe della salute, ove già operanti, e specifici incontri informativi per i medici di medicina generale.

DGR 9.9.14, n. 1107 - Modifica alla DGR n. 657 del 9 giugno 2008 relativa a: “Modalità e tempi di effettuazione del collaudo di ausili e protesi di cui al D.M. 332/99”.

La DGR n. 657 del 9 giugno 2008 “Modalità e tempi di effettuazione del collaudo di ausili e protesi di cui al D.M. 332/99” prevede per i dispositivi riabilitativi che il collaudo debba essere effettuato dal medico prescrittore entro 40 giorni dalla data di consegna del dispositivo stesso dal parte del fornitore all’utente.

I termini di pagamento della fattura emessa dal fornitore dell’ausilio sono attualmente disciplinati dall’art. 4, c. 5, D.Lgs. n. 231 del 9 ottobre 2002, come da ultimo modificato dal D.Lgs. 192 del 9 novembre 2012, e s.m. e i., che ha recepito la Direttiva 2011/7/UE, prevedendo la decorrenza di interessi moratori dopo i 60 giorni dalla data di ricevimento della stessa fattura alla Azienda Sanitaria Locale.

Il percorso di prescrizione, autorizzazione, fornitura e collaudo necessita ad oggi di un periodo di tempo superiore ai 60 giorni determinando l’applicazione degli interessi moratori previsti nello specifico.

A tal fine si intende ridurre il tempo concesso per il collaudo dei dispositivi riabilitativi ponendo il limite massimo di 30 giorni anziché 40 dalla data di consegna dell’ausilio all’assistito.

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale l’approvazione del documento in oggetto

DGR 15.9.14, n. 1142 Recepimento “Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 162/2014”, della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (rif. n. 14/109/CR02/C7SAN). (BUR n. 48 del 15.10.14)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Attualmente in Umbria è presente un Centro regionale per la PMA, presso l’Azienda Ospedaliera di Perugia, istituito con DGR n. 1209 del 16 luglio 2007 e prima autorizzato all’esercizio con DGR n. 371 del 2 marzo 2005, recante “Regolamentazione autorizzativa di strutture che erogano prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita”, ed un centro privato denominato “Studio Associato Ostetrico ginecologico e Medicina della riproduzione - G.e.n.e.r.a.”, con sede ad Umbertide, autorizzato con atto n. 309 del 19 gennaio 2007.

La Sentenza della Corte Costituzionale del 9 aprile 2014, n.162, ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 4, comma 3, della legge n. 40 del 19 febbraio 2004 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita), nella parte in cui stabilisce per la coppia di cui all’art. 5, comma 1, della medesima legge, il divieto del ricorso a tecniche di PMA di tipo eterologo, qualora sia stata diagnosticata una patologia che sia causa di sterilità o infertilità assolute ed irreversibili; dell’art. 9, comma 1, della legge 40, limitatamente alle parole «in violazione del divieto di cui all’articolo 4, comma 3»; dell’art. 9, comma 3, limitatamente alle parole «in violazione del divieto di cui all’articolo 4, comma 3» e dell’art. 12, comma 1, sempre della suddetta legge. La Corte, sancisce quindi, il diritto alle coppie che ne faranno richiesta, di poter accedere alla fecondazione eterologa.

Il Governo assieme alle Regioni ha ritenuto che le stesse, in accordo tra loro, dovessero elaborare indirizzi operativi ed indicazioni cliniche omogenee al fine di rendere immediatamente esigibile il diritto costituzionalmente garantito, su tutto il territorio.

Il Gruppo interregionale sulla Procreazione medicalmente assistita (PMA), composto anche dalla nostra referente regionale - Sezione Assistenza territoriale del Servizio scrivente, ha quindi, elaborato un documento istruttorio a seguito della Sentenza sopra citata, che ha presentato alla Commissione Salute.

In attesa dunque che il Parlamento emani la normativa in materia, le Regioni e le Province autonome hanno approvato l’accordo interregionale, allegato al presente atto “recepimento documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della corte costituzionale n.

162/2014”, proposto dal Gruppo interregionale di cui sopra, con valenza transitoria, ma che permetterà alle coppie che ne faranno richiesta, di poter accedere alla fecondazione eterologa.

La Commissione salute, esaminato il documento istruttorio del Gruppo si è riunita in seduta straordinaria il giorno 3 settembre 2014 e verbalizzato alle Regioni con nota del 9 settembre 2014 prot. n. 376581, la necessità di inserire nel DPCM di adeguamento dei LEA, così come definito nel Patto per la Salute 2014-2016, la PMA sia omologa che eterologa, rilevando inoltre, la necessità che in questo periodo transitorio tali prestazioni siano considerate alla stregua di un livello essenziale di assistenza.

Quindi, punto qualificante dell'accordo allegato è il riconoscimento da parte delle Regioni delle due metodiche di PMA, quella omologa e quella eterologa, nei LEA.

Infine, la stessa Commissione Salute, sottolinea nel verbale sopra richiamato, la necessità di andare a definire successivamente, le prestazioni, le tariffe ed i flussi per la regolamentazione di questa attività.

Questa Regione ritiene inoltre necessario ed indifferibile recepire il documento della Conferenza delle Regioni sopraccitato e adottare le decisioni necessarie per garantire la piena attuazione delle disposizioni contenute in tali indirizzi operativi, al fine di rendere immediatamente esigibile un diritto costituzionalmente riconosciuto e imprescindibile evitando di generare situazioni di discriminazione e assicurando ai cittadini la possibilità di poter accedere alla PMA eterologa su tutto il territorio nazionale.

Si rimarca ancora che il recepimento del documento allegato alla presente proposta e che, come sottolineato sopra, contiene gli “Indirizzi operativi per le Regioni e le Province Autonome”, e la conseguente adozione delle determinazioni organizzative regionali sui criteri di accesso alle procedure di PMA con oneri a carico del SSR, rivestano carattere urgente a garanzia di esigenze imprescindibili dei cittadini e che pertanto, oltre a rientrare nella competenza regionale, assumono la veste di un provvedimento necessitato in esecuzione di una sentenza della Corte Costituzionale e finalizzati a tutelare e rendere esigibile un diritto costituzionalmente riconosciuto.

Si ritiene, infine, fondamentale, stabilire che le donatrici e i donatori siano esentati dalla compartecipazione alla spesa per gli esami/visite inerenti la valutazione di idoneità alla donazione, in analogia con quanto previsto per donazione di altre cellule, organi o tessuti.

DGR 29.9.14, n. 1198 - Accordo quadro triennale 2015-2017 per la gestione della mobilità sanitaria fra le Regioni Umbria e Lazio (articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016). (BUR n. 48 del 15.10.14)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

La Regione Umbria e la Regione Lazio intendono stipulare un Accordo quadro per regolamentare i rapporti di confine e la mobilità sanitaria fra le due Regioni, in conformità all'articolo 9 - comma 3 del Patto per la salute 2014-2016 il quale recita che “Dalla data della stipula del presente atto gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'art. 19 del precedente Patto per la salute sottoscritto il 3 dicembre 2009, sono obbligatori”.

Si evidenzia che viene fatto salvo il principio essenziale ed ispiratore del Servizio Sanitario Nazionale della portabilità dei diritti e della libertà di scelta da parte del cittadino del luogo di cura, nell'ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati con cui sono stati stipulati accordi contrattuali.

Si prende atto inoltre che la struttura dell'accordo, risponde in maniera mirata alla necessità che hanno le Regioni di garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettando gli standard di qualità dell'assistenza, la prossimità e la fruibilità, perseguendo gli obiettivi di gestione della mobilità e di qualificazione dell'offerta.

Nell'Accordo viene determinato l'ambito della collaborazione, vengono individuati i principi generali ed i compiti di ciascun ente sottoscrittore, rimandando ad un Piano triennale di attività, articolato per settori assistenziali e/o per ambiti territoriali, con particolare riferimento alle aree di confine, la definizione analitica del programma di collaborazione che rende operativo l'Accordo stesso.

Per i motivi sopra esposti si propone pertanto di approvare lo schema di Accordo quadro triennale 2015-2017 per la gestione della mobilità sanitaria fra le Regioni Umbria e Lazio (articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016) così come risulta nell'Allegato A (Accordo Umbria Lazio), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, e di rinviare ad atto successivo del Servizio Mobilità sanitaria e gestione del sistema informativo sanitario e sociale della Direzione regionale Salute e coesione sociale la definizione del Piano triennale di attività.

TUTELA DEI DIRITTI

LAZIO

DGR 14.10.14, n. 667 - Individuazione dei criteri e modalità per la concessione di contributi a sostegno delle attività delle Associazioni che operano nel settore per la prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne, la violenza domestica e la solidarietà alle vittime - art. 2 e art. 9 L.R. 19 marzo 2014 n. 4. (BUR n. 85 del 23.10.14)

Note

Con la L.R. 19 marzo 2014 n. 4 è stato disposto il “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”.

La Regione sostiene interventi e misure volti a prevenire e a contrastare ogni forma e grado di violenza morale, fisica, psicologica, psichica, sessuale, sociale ed economica nei confronti delle donne, nella vita pubblica e privata, comprese le minacce, le persecuzioni e la violenza assistita.

Persegue, in particolare, le seguenti finalità:

- a) salvaguardare la libertà, la dignità e l'integrità di ogni donna;
- b) promuovere la cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze di genere;
- c) promuovere le relazioni fondate sul principio di uguaglianza sostanziale e di parità di diritti tra uomini e donne tenuto conto della pari dignità e delle differenze di genere;
- d) contrastare la cultura basata su relazioni di prevaricazione che supporta e legittima la violenza maschile nelle relazioni intime, nell'ambito familiare, lavorativo e sociale;
- e) contrastare nella comunicazione l'uso di termini, immagini, linguaggio, verbale e non verbale, prassi discriminatorie offensive e lesive della dignità della donna.

La Regione Lazio nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili promuove:

- a) interventi volti a diffondere la cultura del rispetto e della dignità della donna, anche in collaborazione con le istituzioni e le associazioni delle donne, le associazioni di volontariato e il terzo settore, che abbiano tra i loro scopi il contrasto alla violenza contro le donne ed i minori, la sua prevenzione e la solidarietà alle vittime;
- b) campagne di sensibilizzazione sulla pari dignità, sulla valorizzazione e sul rispetto tra uomo e donna;
- c) presso le istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado, specifici progetti e interventi, anche rivolti a docenti e genitori, per la diffusione di una cultura dei diritti umani e del rispetto dell'altro, con particolare riferimento alla prevenzione e al contrasto della violenza e al superamento degli stereotipi di genere nonché all'acquisizione di capacità relazionali dirette al miglioramento dell'autostima, attraverso specifici percorsi di educazione all'affettività;
- d) interventi, con particolare attenzione a quelli rivolti e posti in essere dagli uomini, per agevolare la comprensione del fenomeno della violenza contro le donne e i minori;
- e) sostiene e valorizza le esperienze di aiuto e automutuoaiuto, nonché le forme di ospitalità fondate sull'accoglienza, sulla solidarietà e sulle relazioni, in particolare, tra donne;
- f) sostiene e potenzia strutture e servizi di presa in carico, di accoglienza e di reinserimento sociale e lavorativo delle donne vittime di violenza e dei loro figli;
- g) rafforza le reti locali, ove presenti, idonee a prevenire e a contrastare gli episodi di violenza nei confronti delle donne;
- h) interventi volti a sostenere l'autonomia economica e psicologica della donna vittima di violenza, ai fini dell'inserimento lavorativo, anche attraverso forme di sostegno a iniziative imprenditoriali;
- i) azioni, per la concessione di immobili, nell'ambito del proprio patrimonio, da concedere in comodato d'uso alle strutture antiviolenza;
- j) percorsi specifici per agevolare i figli delle donne vittime di violenza in un adeguato sostegno psicologico, nel diritto allo studio, anche attraverso l'erogazione di borse di studio, nonché azioni per il loro inserimento nel mondo lavorativo;
- k) la formazione rivolta agli operatori pubblici e del privato sociale, compresi quelli che operano nell'ambito della comunicazione, e in particolare quelli facenti parte delle reti locali;

- l) attraverso la sottoscrizione di appositi protocolli d'intesa, la formazione di agenti delle forze dell'ordine e operatori sanitari del pronto soccorso coinvolgendo, tra i soggetti formatori, anche il personale qualificato dei centri antiviolenza al fine di incentivare il lavoro in équipe multidisciplinare;
- m) campagne informative, nel settore della comunicazione, dei media e dei new media e azioni di sensibilizzazione della popolazione e degli operatori del settore, volte a proporre, in particolare, modelli positivi nelle relazioni tra uomo e donna;
- n) percorsi formativi nell'ambito della comunicazione istituzionale, dei media e dei new media, avvalendosi anche della collaborazione di università, istituti di ricerca, organismi professionali e associazioni di categoria;
- o) attività dirette al potenziamento della sicurezza diurna e notturna di parchi, giardini e altri luoghi pubblici a rischio di violenza, mediante sistemi di illuminazione e l'utilizzo di nuove tecnologie volte ad esercitare efficaci forme di controllo del territorio;
- p) appositi programmi, anche all'interno delle carceri, per il recupero delle persone maltrattanti, su indicazione degli organi giudiziari o dei servizi sociali competenti e a favore di coloro che li richiedano.

I CRITERI

Sono individuati i criteri e le modalità per l'assegnazione di contributi alle associazioni che operano nel settore di cui alla suddetta L.R. 19 marzo 2014 n. 4 - l'**Allegato 1**;

NB

Con successivo atto dirigenziale si provvederà all'approvazione di apposito avviso pubblico nel quale saranno stabiliti i termini e le modalità di presentazione delle istanze di contributo che verranno finanziate sulla base degli stanziamenti disponibili in bilancio – Es. Fin. 2014 – Cap. H 41930 per le finalità di cui sopra.

LA COMMISSIONE

Per la valutazione delle richieste di contributo e la formulazione della graduatoria, sarà istituita una Commissione tecnica composta da un dirigente in qualità di presidente, da personale di categoria "D" membri, e personale di categoria "C" per la segreteria, interni appartenenti alla struttura regionale competente.

I DESTINATARI

I destinatari di contributi sono i soggetti di cui alla Leggi Regionali:

- L.R. 01 settembre 1999, n.22 Promozione e sviluppo dell'associazionismo nella Regione Lazio;
- L.R. 28 Giugno 1993, n. 29 Disciplina dell'attività di volontariato nella Regione Lazio;
- L.R. 27 Giugno 1996, n. 24 Disciplina delle cooperative sociali;

Allegato 1

Le risorse disponibili nel Bilancio regionale Es. Fin. 2014 Cap.H41930, MISSIONE -12 -DIRITTI SOCIALI E FAMIGLIA, Programma 04 - (interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale) –sono così ripartiti:

A) - Il **60 %** del totale delle risorse disponibili in bilancio, saranno concesse a favore di soggetti iscritti, per categoria di appartenenza, ai relativi albi di cui alle Leggi regionali:

- L. R. 01 settembre 1999, n.22 Promozione e sviluppo dell'associazionismo nella Regione Lazio;
- L.R.28 Giugno 1993, n. 29 Disciplina dell'attività di volontariato nella Regione Lazio;
- L. R.27 Giugno 1996, n. 24 Disciplina delle cooperative sociali;

I contributi saranno assegnati a progetti, per il 90% della spesa ritenuta ammissibile, per un massimo di € 20.000,00, per la realizzazione di:

Iniziative concernenti interventi strutturali e messa in sicurezza delle sedi – Strumenti di vigilanza - Corsi di formazione per gli operatori a sostegno psico-fisico alla vittime della violenza - Convegni-Seminari- Studi e ricerche.

I progetti, immediatamente cantierabili, garantiti da una fidejussione bancaria/assicurativa, saranno finanziati previa indicazione di specifico avviso pubblico.

B) - Il **40%** del totale delle risorse disponibili in bilancio, saranno assegnate, per i compiti e le funzioni, all'Osservatorio Regionale delle Pari Opportunità e violenza sulle donne (Art. 9 L.R. 19 marzo 2014, n. 4).

Lo stesso Osservatorio Regionale, individuati i programmi e le iniziative da intraprendere, trasmette la relazione alla competente struttura regionale, che ne curerà tutti gli aspetti amministrativi e gestionali.

