

REPUBBLICA ITALIANA



BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE CALABRIA

Catanzaro, martedì 16 luglio 2013

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE • CATANZARO, TRAVERSA CASSIODORO, 19 • (0961) 775522

Le edizioni ordinarie del Bollettino Ufficiale della Regione Calabria
sono suddivise in tre parti che vengono così pubblicate:

Il 1° e il 16 di ogni mese:

PARTE PRIMA • ATTI DELLA REGIONE

SEZIONE I

- ◆ *Leggi*
- ◆ *Regolamenti*
- ◆ *Statuti*

SEZIONE II

- ◆ *Decreti, ordinanze ed atti del Presidente della Giunta regionale*
- ◆ *Deliberazioni del Consiglio regionale*
- ◆ *Deliberazioni della Giunta regionale*
- ◆ *Deliberazioni o comunicati emanati dal Presidente o dall'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale*
- ◆ *Comunicati di altre autorità o uffici regionali*

PARTE SECONDA • ATTI DELLO STATO E DEGLI ORGANI GIURISDIZIONALI

SEZIONE I

- ◆ *Provvedimenti legislativi statali e degli organi giurisdizionali che interessano la Regione*

SEZIONE II

- ◆ *Atti di organi statali che interessano la Regione*
- ◆ *Circolari la cui divulgazione è ritenuta opportuna e gli avvisi prescritti dalle leggi e dai regolamenti della Regione*

Ordinariamente il venerdì di ogni settimana

PARTE TERZA • ATTI DI TERZI

- ◆ *Annunzi legali*
- ◆ *Avvisi di concorso*

Regione Calabria**BOLLETTINO UFFICIALE**

Traversa Cassiodoro, 19 – CATANZARO

*Il pubblico si riceve:*Martedì e Giovedì
dalle ore 10 alle ore 12*Informazioni telefoniche:*Martedì e Giovedì
dalle ore 10 alle ore 12

Tel. e fax 0961/775522

A V V I S O

Con l'entrata in vigore della L.R. 4 settembre 2001, n. 19, questa Direzione è sollevata da ogni eventuale responsabilità che potrebbe scaturire dal mancato rispetto delle norme sulla privacy, a seguito della pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria di atti, documenti e quant'altro verrà trasmesso dagli organi e soggetti proponenti. Pertanto, al fine di non incorrere in violazioni di legge, si richiama l'attenzione degli interessati sulla normativa relativa alla tutela della sfera privata della persona.

SOMMARIO**PARTE PRIMA****SEZIONE II**
Regione Calabria
DECRETI DEL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
16 maggio 2013, n. 63

Rinnovo Consiglio Camerale della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Crotona (art. 9 D.M. n. 156/2011) - Attribuzione seggi pag. 15830

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
23 maggio 2013, n. 68

Riconoscimento della Personalità giuridica di diritto privato alla Associazione Enoteca Regionale "Casa dei Vini di Calabria", con sede in Cirò (KR) Località Cappella c/o Centro Servizi. Iscrizione nel Registro regionale delle Persone Giuridiche Private ai sensi del D.P.R. n. 361/2000 e del Regolamento regionale n. 1 del 10 maggio 2001 pag. 15832

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
29 maggio 2013, n. 69

Rettifica proprio decreto n. 52 del 16 maggio 2013 pag. 15833

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
29 maggio 2013, n. 70

Proroga Sig. Agliano Giuseppe, presso la Struttura del Presidente della Giunta regionale pag. 15834

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
29 maggio 2013, n. 71

Nomina del Dott. Enzo Sergi, Segretario Particolare dell'Assessore regionale alle "Attività produttive", Dott. Demetrio Arena pag. 15834

REGIONE CALABRIA
BOLLETTINO UFFICIALE
A V V I S O

Si evidenzia agli Enti e ai soggetti, pubblici e privati, che inviano avvisi da pubblicare sul Bollettino Ufficiale la necessità che gli avvisi stessi siano redatti in conformità ai disposti del D.Lgs. 196/2003, con particolare riferimento alla disciplina dei dati sensibili.

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
29 maggio 2013, n. 72

Fondazione “Amalia Villotta” Onlus con sede in Montalto Uffugo (CS) - Riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato e, conseguente, iscrizione nel Registro Regionale delle Persone Giuridiche Private ai sensi del D.P.R. n. 361/2000 e del Regolamento Regionale n. 1 del 10 maggio 2001
pag. 15835

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
29 maggio 2013, n. 73

L.R. 26/11/01 n. 30, e s.i.m. - integrazione componente “Comitato tecnico per la difesa del patrimonio naturalistico e fungino della Calabria”
pag. 15835

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
3 giugno 2013, n. 74

Prof. Giuseppe ZIMBALATTI - Conferimento dell’incarico di Dirigente Generale del Dipartimento “Agricoltura Foreste e Forestazione” della Giunta della Regione Calabria
pag. 15836

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
3 giugno 2013, n. 75

Avv. Pasquale Monea - Conferimento dell’incarico di Dirigente Generale del Dipartimento “Attività Produttive” della Giunta della Regione Calabria
pag. 15836

**Regione Calabria
DECRETI DEL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE
NELLA QUALITÀ
DI COMMISARIO AD ACTA**

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l’attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 luglio 2010)

DECRETO n. 76 del 17 giugno 2013

Approvazione Convezione tra Regione Calabria e Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali per “Adeguamento del portale Attività Libero-Professionale alle esigenze regionali”
pag. 15837

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l’attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 77 del 17 giugno 2013

Decreto del Ministero della Salute dell’1.3.2013 recante “Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità” - Nomina soggetti responsabili -Adesione al Progetto Definito dall’Agenas a supporto delle Regioni per la definizione del Percorso
pag. 15843

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l’attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 78 del 17 giugno 2013

Adempimenti di cui al punto 12 del Piano di Rientro del Servizio Sanitario Regionale della Calabria. Gestione del rischio clinico. Obiettivo G01.S04.08. Recepimento Raccomandazione n. 12 del Ministero della Salute per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-Alike/Sound-Alike (LASA) e approvazione indirizzi sulla modalità della loro gestione
pag. 15845

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l’attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 79 del 17 giugno 2013

DPGR n. 118 del’11 luglio 2012: “DPGR n. 26 del 21 Marzo 2012 “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati. Obiettivo: G01.S01-S02”. Revoca dell’accreditamento ex DPGR n. 1/2011; Autorizzazione ed accreditamento della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura “Sacro Cuore srl” con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02. Presa atto delibera n. 1383 del 30.05.2013 del Direttore Generale dell’ASP di Cosenza
pag. 15858

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l’attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 80 del 17 giugno 2013

DPGR n. 106 del 5 luglio 2012 “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per post acuzie dei soggetti pubblici e privati. Obiettivo: G01.S01-S02”. Presa atto delibera n. 1386 del 30.05.2013 del Direttore Generale dell’ASP di Cosenza. Autorizzazione ed accreditamento della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura “Villa del Sole srl” con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02
pag. 15860

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 81 del 17 giugno 2013

DPGR n. 120 dell'11 luglio 2012 "DPGR n. 26 del 21 Marzo 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati. Obiettivo: G01.S01-S02". Revoca dell'accREDITAMENTO ex DPGR n. 1/2011; Autorizzazione ed accREDITAMENTO della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "Villa del Sole srl" con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02. Presa atto delibera n. 1386 del 30.05.2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza
pag. 15862

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 82 del 17 giugno 2013

DPGR n. 106 del 5 luglio 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per post acuzie dei soggetti pubblici e privati. Obiettivo: G01.S01-S02". Revoca dell'accREDITAMENTO ex DPGR 1/2011; Presa atto delibera n. 1387 del 30.05.2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza. Autorizzazione ed accREDITAMENTO della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "Scarnati srl" con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02
pag. 15865

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 83 del 17 giugno 2013

DPGR n. 115 dell'11 luglio 2012: "DPGR n. 26 del 21 Marzo 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati. Obiettivo: G01.S01-S02". Revoca dell'accREDITAMENTO ex DPGR n. 1/2011; Autorizzazione ed accREDITAMENTO della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "Scarnati srl" con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02. Presa atto delibera n. 1387 del 30.05.2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza
pag. 15867

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 84 del 17 giugno 2013

DPGR n. 106 del 5 luglio 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per post acuzie dei soggetti pubblici e privati. Obiettivo: G01.S01-S02". Presa atto delibera n. 1461 del 5.06.2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza. Autorizzazione ed accREDITAMENTO della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "La Madonnina srl" con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02
pag. 15870

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 85 del 17 giugno 2013

DPGR n. 117 del 11 luglio 2012, parzialmente rettificato con DPGR n. 172 del 11.10.2012: "DPGR n. 26 del 21 Marzo 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati. Obiettivo: G01.S01-S02". Revoca dell'accREDITAMENTO ex DPGR n. 1/2011; Autorizzazione ed accREDITAMENTO della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "La Madonnina srl" con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02. Presa atto delibera n. 1461 del 5.06.2013 del Direttore Generale dell' ASP di Cosenza
pag. 15873

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 86 del 17 giugno 2013

Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria - deliberazione del 20 aprile 2012, n. 486, avente ad oggetto "Bilancio d'esercizio 2011 ex art. 25 L.R. n. 43/1996" - Determinazioni
pag. 15875

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 87 del 17 giugno 2013

**Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria - deliberazione
del 13 marzo 2013, n. 266 - Bilancio Economico Preventivo
anno 2013 - Bilancio Pluriennale di Previsione 2013-2015 -
Determinazioni** pag. 15879

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 88 del 17 giugno 2013

**Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza - deliberazione
del 30 ottobre 2012, n. 3142 - Adozione Bilancio Economico
Preventivo anno 2013 - Bilancio Pluriennale di Previsione
2013-2015 - Piano Attuativo anno 2013 - Determinazioni**
pag. 15883

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 89 del 19 giugno 2013

**Recepimento Accordo Stato-Regioni "Piano per la ma-
lattia diabetica". Rep. atti n. 233/csr del 06 dicembre 2012**
pag. 15886

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 90 del 19 giugno 2013

**DPGR n. 106 del 5 luglio 2012 "Riordino rete ospedaliera
ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per post
acuzie dei soggetti pubblici e privati Obiettivo G01.S01-
S02". Revoca dell'accreditamento ex DPGR n. 1/2011; Presa
atto delibera n. 1384 del 30.05.2013 del Direttore Generale
dell'ASP di Cosenza. Autorizzazione ed accreditamento
della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura
"S. Francesco srl" con sede nel Comune di Mendicino (CS).
Obiettivo: G01.S01-S02** pag. 15928

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 91 del 19 giugno 2013

**Linee di indirizzo per la presa in carico integrata dei mi-
nori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.
Obiettivo G02** pag. 15931

Regione Calabria

DELIBERAZIONI DEL CONSIGLIO REGIONALE

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE

24 giugno 2013, n. 313

**Modifica dei confini territoriali dei Comuni di Zambrone
e Zaccanopoli della provincia di Vibo Valentia. Effettuazione
del referendum consultivo, ai sensi della legge regionale 5
aprile 1983, n. 13** pag. 15940

Regione Calabria

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

30 maggio 2013, n. 190

**Piano per la costruzione di infrastrutture e connessi im-
pianti fissi e tecnologici di controllo per il sistema del tra-
sporto pubblico locale di cui alla DGR 22 dicembre 2004, n.
1039. Istanza di ulteriore proroga e di ridefinizione dell'in-
tervento nella città di Catanzaro** pag. 15941

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

30 maggio 2013 n. 196

**Costituzione gruppo di lavoro per la definizione delle linee
guida finalizzate alla redazione dei piani di classifica dei con-
sorzi di bonifica** pag. 15943

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

8 giugno 2013 n. 203

**Nomina Presidente della Commissione Provinciale per
l'abilitazione all'esercizio venatorio per la Provincia di Vibo
Valentia** pag. 15944

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

8 giugno 2013 n. 204

**Legge Regionale n. 9/07, art. 4 e Legge Regionale n. 25/
2013, art. 13, comma 4. Nomina Commissario liquidatore
AFOR.** pag. 15944

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

8 giugno 2013 n. 209

**Aggiornamento Disciplinare di Produzione Integrata
della Regione Calabria - anno 2013 - ex DGR n. 95 del 21
marzo 2013** pag. 15945

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
8 giugno 2013 n. 210

Legge regionale n. 66/2012, art. 4. Nomina Direttore Generale dell'Azienda Regionale per lo Sviluppo dell'Agricoltura Calabrese (ARSAC) pag. 15953

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
8 giugno 2013 n. 211

Piano Regionale per la Programmazione delle attività di Previsione, Prevenzione e lotta contro gli incendi boschivi per il periodo 2010-2012, Art. 3 Legge 353/2000, approvato con D.G.R. n. 427 del 07/06/2010. Proroga validità per l'anno 2013 pag. 15954

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
8 giugno 2013 n. 212

D.G.R. n. 616 del 23/12/2011. Commissione definizione chiusure Piani Attuativi di Forestazione Consorzi di Bonifica e A.For. Risultanze accertamento Consorzi di Bonifica pag. 15955

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
18 giugno 2013 n. 219

Avviso di selezione, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, per il conferimento n. 5 incarichi di Dirigenti Generali di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria, pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.5.2013: Nomina Dirigente Generale del Dipartimento "Politiche dell'Ambiente" pag. 15957

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
18 giugno 2013 n. 220

Avviso di selezione, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, per il conferimento n. 5 incarichi di Dirigenti Generali di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria, pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.5.2013: Nomina Dirigente Generale del Dipartimento "Lavoro, Politiche della Famiglia, Formazione Professionale, Cooperazione e Volontariato" pag. 15959

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
18 giugno 2013 n. 223

POR Calabria FESR 2007-2013 Asse IV - Ob. Operativo 4.3.1 - Approvazione del documento Progetto Integrato di Sviluppo Regionale (PISR) "Legalità e sicurezza in Calabria" pag. 15962

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
18 giugno 2013 n. 225

Progetto di valorizzazione delle produzioni zootecniche Calabresi 2007-2013. Esecuzione DGR n. 457 del 19/10/2012 e assegnazione risorse al comparto zootecnico pag. 15968

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
18 giugno 2013 n. 227

Approvazione del protocollo d'intesa con il Rotary International, distretto 2100 Italia, per azioni di volontariato finalizzate alla diffusione della vaccinazione contro la rosolia congenita nelle donne suscettibili pag. 15969

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
27 giugno 2013 n. 228

Avviso di selezione, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, per il conferimento n. 5 incarichi di Dirigenti Generali di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria, pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.5.2013: Nomina Dirigente Generale del Dipartimento "Infrastrutture, Lavori pubblici, Edilizia residenziale, Politica della casa, Autorità di Bacino" pag. 15970

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
27 giugno 2013 n. 230

Art. 3 comma 2 L.R. n. 47/2012: nuove procedure per l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale dei prodotti privi di glutine a favore dei soggetti affetti da malattia celiaca residenti nella Regione Calabria pag. 15973

**Regione Calabria
DETERMINAZIONI DEI DIPARTIMENTI
DEL CONSIGLIO REGIONALE**

DETERMINAZIONE n. 443 del 14 giugno 2013

Estratto Determina del Consiglio Regionale - Settore risorse umane Reg. Part. n. 183 del 04.06.2013 avente per oggetto: **"Comando dipendente LACAVA Eufemia rimborso Comune di Condofuri per competenze ed oneri per il periodo dal 01.07.2012 al 31.12.2012"** pag. 15982

DETERMINAZIONE n. 444 del 14 giugno 2013

Estratto determinazione del Dirigente del Servizio Provveditorato, Economato e Contratti avente ad oggetto: **Proroga affidamento del servizio Bar e Ristorazione del Consiglio regionale della Calabria** pag. 15983

DETERMINAZIONE n. 445 del 14 giugno 2013

Estratto Determina del Consiglio Regionale - Settore Risorse Umane Reg. Part. n. 185 del 05.06.2013 avente per oggetto: **"Omissis/Omissis - procedura esecutiva presso terzi - Tribunale di Reggio Calabria - Giudizio R.G. Es. n. 1658/2012 - Esecuzione ordinanza di assegnazione. Rettifica determinazione R.G. n. 258 dell'11.04.2013"** pag. 15983

DETERMINAZIONE n. 447 del 14 giugno 2013

Estratto Determina del Consiglio Regionale - Settore risorse umane Reg. Part. n. 181 del 29.05.2013 avente per oggetto: **"Atto di pignoramento omissis/ommissis - Giudizio R.G. Es. n. 419/2013 - Esecuzione ordinanza di assegnazione"** pag. 15984

DETERMINAZIONE n. 448 del 14 giugno 2013

Estratto determinazione del Capo Ufficio Stampa, Romano Pitaro, avente per oggetto: **Liquidazione fattura n. 10 del 09/04/2013 - Acquisto pagina intera sul Corriere della Calabria - Z730A19E6C** pag. 15985

DETERMINAZIONE n. 449 del 14 giugno 2013

Estratto Determina del Consiglio Regionale - Settore risorse umane Reg. Part. n. 179 del 28.05.2013 avente per oggetto: **“Dipendente sig. Aiello Ferdinando - Collocamento in Aspettativa per lo svolgimento del mandato di Parlamentare della Camera dei Deputati per la XVII Legislatura**

pag. 15986

DETERMINAZIONE n. 450 del 20 giugno 2013

Estratto Determina del Consiglio Regionale - Settore risorse umane Reg. Part. n. 182 del 29.05.2013 avente per oggetto: **“omissis/omissis - procedura esecutiva presso terzi - Tribunale di Reggio Calabria - Giudizio R.G. Es. n. 1543/12 - Esecuzione ordinanza di assegnazione»**

pag. 15986

DETERMINAZIONE n. 451 del 20 giugno 2013

Estratto determinazione del Segretario Generale R.P. n. 208 del 14.06.2013 avente ad oggetto: **“Dott. Angelo Gaglioti. Cancellazione definitiva dai ruoli della dotazione organica del Consiglio regionale della Calabria con decorrenza 13.05.2013”**

pag. 15988

DETERMINAZIONE n. 455 del 20 giugno 2013

Estratto della determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 189 Reg. Part.re del 07/06/2013 avente per oggetto: **Autisti strutture speciali: Ristoro disagio economico fisico mesi di aprile, maggio 2013**

pag. 15988

DETERMINAZIONE n. 456 del 24 giugno 2013

Estratto della determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 164 Reg. Part.re del 15.05.2013 avente per oggetto: **Sig. Saverio CALAFIORE dipendente Comune di Reggio Calabria, rimborso competenze ed oneri previdenziali per il periodo 01.01.2012 al 31.12.2012**

pag. 15989

DETERMINAZIONE n. 457 del 24 giugno 2013

Estratto della Determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 202 del Reg. Part.re del 17.06.2013 avente ad oggetto: **Dipendente ... omissis ... Interdizione dal lavoro per maternità a decorrere dal 27.05.2013 al 25.06.2013 - D.Lgs. 151/2001 - art. 17, comma 2, lett. a)**

pag. 15990

DETERMINAZIONE n. 458 del 24 giugno 2013

Estratto della determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 163 Reg. Part.re del 15.05.2013 avente per oggetto: **Sig.ra Rosanna TRIMBOLI dipendente Comune di Reggio Calabria. Rimborso competenze ed oneri previdenziali per il periodo 26.11.2012 al 31.12.2012**

pag. 15991

DETERMINAZIONE n. 459 del 24 giugno 2013

Estratto della Determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 200 del Reg. Part.re del 14.06.2013 avente ad oggetto: **Dipendente Consiglio regionale della Calabria ... omissis ... Interdizione dal lavoro per maternità a decorrere dal 17.05.2013 al 15.06.2013 - D.Lgs. 151/2001 - art. 17, comma 2, lett. a)**

pag. 15992

DETERMINAZIONE n. 460 del 24 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale R.P. n. 204 del 06.06.2013 avente per oggetto: **«Sig. Pasquale Angelo SCIGLIANO nato a Taurianova (RC) il 17/12/1972. Conferimento incarico di “Collaboratore esperto al 50%” del Segretario Questore, On.le Giovanni NUCERA, con decorrenza 01/06/2013»**

pag. 15993

DETERMINAZIONE n. 461 del 26 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale R.P. n. 194 del 28.04.2013 avente per oggetto: **“Sig.ra Stefania CAMPAGNA, nata a Reggio Calabria il 04/06/1970. Assegnazione dell’incarico di Collaboratore esperto al 100% dell’On.le Nazareno SALERNO con decorrenza 25/04/2013”**

pag. 15994

DETERMINAZIONE n. 462 del 26 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale R.P. n. 207 del 06.06.2013 avente per oggetto: **«Sig.ra Caterina VELTRI nata a Cosenza l’1/08/1965. Conferimento incarico di “Collaboratore esperto al 50%” della Struttura speciale on.le Salvatore Pacenza, con decorrenza 18/05/2013»**

pag. 15995

DETERMINAZIONE n. 463 del 26 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale avente per oggetto **Sig. CALAFIORE Saverio dipendente del Comune di Reggio Calabria, comando presso il Consiglio regionale della Calabria. Assegnazione presso la Struttura Speciale dell’On. Antonino DE GAETANO - Consiglio regionale della Calabria, a decorrere dal 18/05/2013 e fino al 17/05/2014**

pag. 15995

DETERMINAZIONE n. 464 del 26 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale R.P. n. 202 del 06.06.2013 avente per oggetto: **«Sig. Giuseppe BRIGLIO nato a Cosenza il 18/08/1986. Conferimento incarico di “Collaboratore esperto al 50%” del Consigliere regionale, On.le Michele TREMATERRA, con decorrenza 01/06/2013»**

pag. 15996

DETERMINAZIONE n. 465 del 26 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale R.P. n. 206 del 06.06.2013 avente per oggetto: **«Sig. Domenico RIZZO nato a Umbriatico (KR) il 09/02/1971. Conferimento incarico “autista al 50%” nella Struttura Speciale dell’on.le Salvatore PACENZA, Presidente III Commissione consiliare, dal 18.05.2013»**

pag. 15997

DETERMINAZIONE n. 466 del 26 giugno 2013

Estratto della determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 165 Reg. Part.re del 15.05.2013 avente per oggetto: **Sig. Emanuele SCARPELLI dipendente Provincia di Cosenza. Rimborso competenze ed oneri previdenziali per il periodo 01.01.2012 al 31.12.2012**

pag. 15997

DETERMINAZIONE n. 467 del 26 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale R.P. n. 205 del 06.06.2013 avente per oggetto: «**Sig. Davide FELLETTI nato a Lamezia Terme (CZ) il 21/12/1983. Conferimento incarico "autista al 50%" nella Struttura Speciale dell'on.le Salvatore PACENZA, Presidente III Commissione consiliare, dal 18.05.2013**» pag. 15998

DETERMINAZIONE n. 468 del 26 giugno 2013

Estratto Determina del Consiglio Regionale - Settore risorse umane Reg. Part. n. 184 del 05.06.2013 avente per oggetto: «**Sig. omissis, matr. 54, nato il 16.01.1953 e deceduto il 05.03.2009 - liquidazione indennità sostitutiva del preavviso**» pag. 15999

DETERMINAZIONE n. 469 del 26 giugno 2013

Estratto della Determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 186 del Reg. Part.re del 07.06.2013 avente per oggetto: **omissis, dipendente di ruolo del Consiglio regionale della Calabria. Benefici di cui all'art. 33, comma 3, della Legge quadro 104/92** pag. 16000

DETERMINAZIONE n. 470 del 26 giugno 2013

Estratto della determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 162 Reg. Part.re del 15.05.2013 avente per oggetto: - **Sig. Pietro GIAMBORINO dipendente Città di Vibo Valentia. Rimborso competenze ed oneri per il periodo 01.01.2012 al 31.12.2012** pag. 16001

COMUNICATI DI ALTRE AUTORITÀ O UFFICI REGIONALI

REGIONE CALABRIA – SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Elenco delle deliberazioni della Giunta Regionale
pag. 16002

PARTE SECONDA

SEZIONE I

PROVVEDIMENTI LEGISLATIVI STATALI E DEGLI ORGANI GIURISDIZIONALI

PUBBLICAZIONE DISPOSTA DAL PRESIDENTE DELLA CORTE COSTITUZIONALE A NORMA DELL'ART. 20 DELLE NORME INTEGRATIVE PER I GIUDIZI DAVANTI LA CORTE COSTITUZIONALE

Ricorso n. 67 depositato il 7 giugno 2013 per la dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'articolo 1, commi 1, 2 e 3, della Legge Regionale Calabria 29 marzo 2013, n. 12, recante "Provvedimenti per garantire la piena funzionalità del Servizio Sanitario regionale" pag. 16005

CORTE COSTITUZIONALE – ROMA

Sentenza n. 131 – Anno 2013 nel giudizio di legittimità costituzionale dell'articolo 46 della legge della Regione Calabria 4 febbraio 2002, n. 8 (Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione Calabria) pag. 16008

PARTE PRIMA**SEZIONE II**

Regione Calabria
DECRETI DEL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
 16 maggio 2013, n. 63

Rinnovo Consiglio Camerale della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Crotona (art. 9 D.M. n. 156/2011) - Attribuzione seggi.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

VISTA la Legge 29 dicembre 1993 n. 580 avente ad oggetto "Riordinamento delle Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura", così come modificata dal D.Lgs. del 15 febbraio 2010 n. 23.

VISTO il decreto del Ministero dello Sviluppo Economico n. 155 del 4 agosto 2011.

VISTO il decreto del Ministero dello Sviluppo Economico n. 156 del 4 agosto 2011.

RILEVATO che, sulla base della consistenza numerica delle imprese registrate e annotate, il numero dei componenti il Consiglio Camerale della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Crotona è determinato, ai sensi dell'art. 10 comma 1 della Legge n. 580/1993, in numero di 20, cui si devono aggiungere, ai sensi dell'art. 10 comma 6 della stessa Legge e del D.M. n. 156/2011, TRE componenti, di cui DUE in rappresentanza delle Organizzazioni Sindacali e delle Associazioni di tutela degli interessi dei consumatori e degli utenti ed UNO in rappresentanza dei liberi professionisti designato dai Presidenti degli ordini professionali costituiti in apposita Consulta presso la Camera di Commercio.

VISTO il vigente Statuto della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Crotona, approvato con delibera di Consiglio n. 17 del 06/12/2011, ed in particolare l'art. 10 relativo alla composizione del Consiglio camerale, che prevede la seguente ripartizione:

SETTORE	NUMERO DI CONSIGLIERI
Agricoltura	4
Industria	3
Artigianato	3
Commercio	4
Cooperazione	1
Turismo	1
Trasporti e Spedizioni	1
Credito, Assicurazioni e altri Settori	1
Servizi alle Imprese	2

CONSIDERATO che, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 2 del D.M. n. 156/2011, il Presidente della Camera di Com-

mercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Crotona, in data 07/02/2013, ha disposto la pubblicazione dell'avviso relativo alla procedura di rinnovo del Consiglio Camerale per il periodo 2013-2018.

VISTA la nota prot. n. 1 del 7 febbraio 2013, con la quale il Presidente della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Crotona ha comunicato, al Presidente della Giunta regionale, di aver attivato la procedura anzidetta.

VISTA la nota prot. n. 6022 del 15 aprile 2013, con la quale il Segretario della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Crotona, nell'ambito del procedimento di rinnovo del Consiglio camerale, ha trasmesso, ai sensi dell'art. 5 comma 3 del D.M. n. 156/2011:

— la documentazione presentata dalle Organizzazioni imprenditoriali, dalle Organizzazioni Sindacali e dalle Associazioni di tutela degli interessi dei consumatori, regolarmente acquisita a norma degli art. 2, 3 e 4 del D.M. n. 156/2011;

— la tabella riepilogativa dei dati contenuti negli elenchi di cui agli allegati B e D al D.M. n. 156/2011, completati con il diritto annuale versato dalle imprese, aggregati per ogni associazione e divisi per settori;

— le determinazioni da n. 139 a n. 164 del 15 aprile 2013 della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Crotona, relative alle risultanze istruttorie.

VALUTATA la completezza della documentazione presentata dalle Organizzazioni imprenditoriali, dalle Organizzazioni Sindacali e dalle Associazioni di tutela degli interessi dei consumatori ai sensi del D.M. n. 156/2011 citato e le precisazioni ed i chiarimenti forniti a seguito dell'attività istruttoria svolta dalla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Crotona.

VISTI i commi 2 e 3 dell'art. 9 del D.M. n. 156/2011, che disciplinano, per ciascun settore, le modalità di attribuzione dei seggi alle Organizzazioni imprenditoriali interessate a designare i componenti del Consiglio camerale sulla base del grado di rappresentatività delle stesse, definito dalla media aritmetica delle percentuali, sui rispettivi totali, dei seguenti parametri "numero delle imprese", "numero degli occupati", "valore aggiunto relativo agli occupati" e "diritto annuale versato dalle imprese".

VISTO il comma 6 dell'art. 9 del D.M. n. 156/2011, che disciplina le modalità di attribuzione dei seggi alle Organizzazioni Sindacali ed alle Associazioni di tutela degli interessi dei consumatori, interessate a designare i componenti del Consiglio camerale, sulla base di un punteggio assegnato per ciascuno dei seguenti parametri "consistenza numerica", "ampiezza e diffusione strutture organizzative" e "servizi resi ed attività svolta".

TENUTO presente che:

— ai sensi del comma 4 dell'art. 10 della Legge n. 580/1993, il numero dei consiglieri in rappresentanza dei settori agricoltura, artigianato, industria e commercio deve essere pari almeno alla metà dei componenti il Consiglio;

— ai sensi del comma 5 del citato art. 10 della Legge n. 580/1993, nei settori dell'industria, del commercio e dell'agricoltura deve essere garantita una rappresentanza autonoma per le piccole imprese.

VISTO il comma 4 del medesimo articolo che precisa, con riferimento ai settori industria, commercio e agricoltura, che l'autonoma rappresentanza per le piccole imprese, nell'ambito del numero complessivo dei seggi spettanti al settore, è assicu-

rata dalle organizzazioni o gruppo di organizzazioni che presentano il più alto indice di rappresentatività per le piccole imprese.

RITENUTO, per quel che attiene i seggi da attribuire alle Organizzazioni Sindacali ed alle Associazioni di tutela degli interessi dei consumatori, di adottare il seguente metodo e assegnare, in termini comparativi, a ciascuna Organizzazione/Associazione il relativo punteggio:

- a) consistenza numerica: punti 50;
- b) ampiezza e diffusione strutture organizzative: punti 25;
- c) servizi resi ed attività svolta: punti 25;

Organizzazione sindacale

Associazione	N. Sedi	Iscritti	Servizi	Punteggio
CISL-		10.914		
CIGL		10.670		

Associazione di tutela dei consumatori

Associazione	N. Sedi	Iscritti	Servizi	Punteggio
Federconsumatori-		635		
Adiconsum		248		

PRESO ATTO e VALUTATO che, con riferimento alle Organizzazioni imprenditoriali ed a seguito delle risultanze previste dall'art. 9 del D.M. n. 156/2011, i seggi vanno assegnati come segue:

Settore Agricoltura

N. Posti	Organizzazione imprenditoriale
1	CIA
1	App. Coldiretti-Acli
1	Confagricoltura
1	Coldiretti

Settore Industria

N. Posti	Organizzazione imprenditoriale
3	App. Confindustria - ANCE

Settore Artigianato

N. Posti	Organizzazione imprenditoriale
2	Ap CNA - Confcommercio
1	Confartigianato

Settore Commercio

N. Posti	Organizzazione imprenditoriale
2	App CNA - Confcommercio-FIT
1	Confesercenti
1	Confcommercio

Settore Cooperazione

N. Posti	Organizzazione imprenditoriale
1	App. Confcooperative - Lega Coop

Settore Turismo

N. Posti	Organizzazione imprenditoriale
1	App. Confindustria- Confcommercio

Settore Trasporti e Spedizione

N. Posti	Organizzazione imprenditoriale
1	CNA

Settore Credito e Assicurazioni

N. Posti	Organizzazione imprenditoriale
1	Confindustria

Settore Servizi alle Imprese

N. Posti	Organizzazione imprenditoriale
2	App. Confcommercio - Confindustria

PRESO ATTO e VALUTATO che, per quel che attiene il seggio da assegnare alle Organizzazioni Sindacali, di cui all'art. 3 del D.M. n. 156/2011, esso va attribuito all'apparentamento CISL - CGIL.

PRESO ATTO e VALUTATO che, per quel che attiene il seggio da assegnare alle Associazioni di tutela degli interessi dei consumatori, di cui all'art. 3 del D.M. n. 156/2011, esso va attribuito all'apparentamento Federconsumatori - Adiconsum.

DATO ATTO che, ai sensi del combinato disposto degli artt. 9 comma 1 lett. d) e 10 comma 1 del D.M. n. 156/2011, occorre richiedere alle Organizzazioni imprenditoriali, alle Organizzazioni Sindacali e alle Associazioni di tutela degli interessi dei consumatori, che hanno effettuato validamente la trasmissione della documentazione di cui agli artt. 2, 3 e 4, l'indicazione dei nominativi dei componenti del Consiglio camerale della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Crotone.

DATO ATTO della corretta istruttoria effettuata dagli uffici del Dipartimento Attività Produttive.

DECRETA

Per quanto espresso in precedenza, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato per costituirne parte integrante e sostanziale della presente, di:

— individuare le Organizzazioni imprenditoriali, le Organizzazioni Sindacali e le Associazioni di tutela degli interessi dei consumatori, cui spetta designare i componenti del Consiglio camerale della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Crotone, nonché il numero di componenti a ciascuna spettante, nell'ambito del rispettivo settore di appartenenza, come segue:

SETTORE	N. SEGGI	RAPPRESENTANZA			
		SEGGIO 1	SEGGIO 2	SEGGIO 3	SEGGIO 4
Agricoltura	4	CIA	App.Coldiretti/Acli	Confagricoltura	Coldiretti
Industria	3	App. Confindustria/Ance	App. Confindustria/Ance	App. Confindustria/Ance	
Artigianato	3	App. CNA/Confcommercio	App. CNA/Confcommercio	Confartigianato	
Commercio	4	App.Confcommercio/ CNA/FIT	Confesercenti	App. Confcommercio/ CNA/FIT	Confcom- mercio
Cooperazione	1	App. confcooperative/Lega Coop			
Turismo	1	App. Confindustria/Con- fcommercio			
Trasporti e Spe- dizione	1	CNA			
Credito e Assi- curazione	1	Confindustria			
Servizi alle Im- prese	2	App. Confcommercio/Con- findustria	App.Confcommercio/Con- findustria		

— precisare che avverso il presente provvedimento può essere presentato ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale della Calabria entro 60 giorni dall'avvenuta conoscenza, ovvero, alternativamente, avanti il Capo dello Stato entro 120 giorni;

— notificare, ai sensi del comma 1°, lettera d) dell'art 9 del D.M. n. 156/2011, il presente atto, alle Organizzazioni Imprenditoriali e Sindacali e alle Associazioni dei Consumatori, che hanno effettuato validamente la trasmissione della documentazione di cui agli artt. 2, 3 e 4 del citato D.M., ed alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Crotone;

— invitare le Organizzazioni imprenditoriali, le Organizzazioni Sindacali e le Associazioni di tutela degli interessi dei consumatori a cui sono stati attribuiti i seggi, di comunicare, ai sensi dell'art. 10 comma 1 del D.M. n. 156/2011, entro 30 giorni dalla data di notifica del presente atto, i nominativi dei componenti del Consiglio camerale da loro designati, tenuto conto delle indicazioni contenute nell'art. 4 comma 2 ed a pena di esclusione, di quelle previste all'art. 6 commi 1 e 2, unitamente alla documentazione necessaria per l'accertamento del possesso dei requisiti personali di cui al comma 1 dell'art. 13 della legge n. 580/1993, per come modificata dal decreto legislativo 15 Febbraio 2010 n. 23, e di trasmettere, inoltre, un'apposita dichiarazione, rilasciata dagli interessati a norma dell'art. 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 Dicembre 2000 n. 445, attestante la disponibilità dei designati alla nomina ed allo svolgimento del relativo incarico e l'inesistenza delle cause ostative di cui al comma 2 dello stesso art. 13 della Legge n. 508/1993, per come modificata dal Decreto Legislativo 15 Febbraio 2010 n. 23.

— pubblicare integralmente nel BURC il presente provvedimento

Catanzaro, lì 16 maggio 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
23 maggio 2013, n. 68

Riconoscimento della Personalità giuridica di diritto privato alla Associazione Enoteca Regionale "Casa dei Vini di Calabria", con sede in Cirò (KR) Località Cappella c/o Centro Servizi. Iscrizione nel Registro regionale delle Persone Giuridiche Private ai sensi del D.P.R. n. 361/2000 e del Regolamento regionale n. 1 del 10 maggio 2001.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— con D.G.R. del 27 marzo 2001 n. 224, la Giunta Regionale ha approvato il Regolamento n. 1 del 10 maggio 2001 di attuazione del D.P.R. 10 febbraio 2000 n. 361 per l'istituzione del Registro delle Persone Giuridiche private e relative modalità di iscrizione;

— l'art. 4, comma 6, del predetto Regolamento prevede che l'istruttoria degli atti e l'accertamento delle condizioni previste dalla normativa vigente sia svolta dal Dipartimento competente per materia;

— l'articolo 3 della Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, ha modificato l'art. 117 della Costituzione e ripartito le competenze legislative per materia tra Stato e Regioni;

— la nuova formulazione dell'art. 117 della Costituzione indica le materie in cui lo Stato ha legislazione esclusiva demandando alla legislazione regionale la normazione nelle materie di legislazione concorrente;

— con DGR n. 618 del 23/12/2011 è stata istituita l'Enoteca Regionale "Casa dei Vini di Calabria" ai sensi della Legge regionale 10/02/2011 articolo 5 comma 1;

— con Decreto del Presidente del Consiglio Regionale n. 7 del 16/04/2012 sono stati nominati i tre componenti, tra cui il Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'Enoteca Regionale "Casa dei Vini di Calabria";

CONSIDERATO che il Settore competente del Dipartimento n. 6 Agricoltura, Foreste e Forestazione Settore 2 ha accertato che:

— l'Associazione Enoteca Regionale "Casa dei Vini di Calabria", con sede in Cirò (KR) Località Cappella c/o Centro Servizi, si occupa di promozione dei vini regionali materia che, non essendo stata attribuita dalla predetta Legge Costituzionale alla legislazione esclusiva dello Stato, appartiene alla potestà legislativa regionale;

— la materia rientra, inoltre, tra le competenze regionali indicate nel D.P.R. 616 del 24 luglio 1977;

— con nota del 24/01/2013, acquisita al Dipartimento n. 6 Agricoltura, Foreste e Forestazione Settore 2 della Regione Calabria con prot. n. 0026187 del 24/01/2013, il legale rappresentante dell'Associazione Enoteca Regionale "Casa dei Vini di Calabria", ha chiesto il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato mediante l'iscrizione nel Registro della Regione Calabria;

— con atto notarile, datato 07/12/2012, repertorio n. 13621, racc. n. 8774, a rogito del Dr. Sebastiano Panzarella, notaio in Lamezia Terme con studio in Piazza F. Fiorentino n. 24, iscritto nel ruolo dei Distretti Notarili Riuniti di Catanzaro, Crotona, Lamezia Terme e Vibo Valentia, è stata costituita l'Associazione Enoteca Regionale "Casa dei Vini di Calabria" con sede in Cirò (KR) Località Cappella c/o Centro Servizi ed approvato dai soci lo statuto dell'Associazione;

— dall'esame della documentazione allegata all'istanza e dai documenti prodotti successivamente ad integrazione della stessa in data 30/4/2013, è emerso che sussistono le condizioni previste dal D.P.R. n. 361/2000 e dal Regolamento Regionale n. 1/2001 per accogliere la stessa ed in particolare:

— l'Associazione Enoteca Regionale "Casa dei Vini di Calabria" con sede in Cirò (KR) Località Cappella c/o Centro Servizi, è un'istituzione senza fini di lucro ed ha per scopo la promozione dei vini regionali (art. 4 punto 1 lettere a, b, c, d, e dello Statuto);

— lo scopo dichiarato nello Statuto risulta essere lecito e non lucrativo;

— le suddette finalità statutarie della Associazione si esauriscono nell'ambito della Regione Calabria;

— l'Associazione non persegue fini di lucro e che il valore del patrimonio attualmente è pari ad € 4.400,00;

TENUTO CONTO che:

— i soci dell'Enoteca Regionale hanno sottoscritto quote di adesione per un importo pari ad € 8.200,00;

— con Contratto di Comodato registrato all'Agenzia delle Entrate di Crotona al n. 658 del 01/03/2013, il Comune di Cirò, socio fondatore dell'Enoteca Regionale, ha concesso in comodato all'Associazione Enoteca Regionale l'immobile di sua proprietà, sito in località Cappella di Cirò, il cui valore di mercato è stimato in 3.500.000,00 € ed il cui fitto annuale è valutato in 12.000,00 € annue;

— pertanto, l'Associazione è in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di acquisizione della personalità giuridica di diritto privato e lo Statuto non contiene norme in contrasto con le disposizioni di legge, l'ordine pubblico ed il buon costume;

Visto il D.P.R. 10 febbraio 2000, n. 361;

Visto il Regolamento Regionale n. 1/2000;

Vista la legge regionale n. 34 del 2002 e s.m.i. e ritenuta la propria competenza;

DECRETA

Per quanto esposto in premessa, che qui si intende integralmente riportato, di:

— Riconoscere la personalità giuridica di diritto privato, ai sensi del D.P.R. n. 361/2000 e del Regolamento Regionale n. 1/2001 all'Associazione Enoteca Regionale "Casa dei Vini di Calabria" con sede in Cirò (KR) Località Cappella c/o Centro Servizi, mediante iscrizione nel Registro Regionale delle Persone Giuridiche Private, al numero 95 del 28/5/2013

— di dare mandato al Dipartimento della Presidenza per l'esecuzione del presente Decreto;

— Pubblicare il presente Decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 23 maggio 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
29 maggio 2013, n. 69

Rettifica proprio decreto n. 52 del 16 maggio 2013.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— con proprio decreto n. 52 del 16 maggio 2013 era stato confermato al Sig. Attilio Morabito l'incarico, quale giornalista pubblicitista, di fotocinereporter dell'Ufficio Stampa della Giunta regionale;

— per mero errore di battitura, si è ommesso di indicare dopo le parole "quale giornalista pubblicitista", la qualifica da assegnare e, precisamente, quella di Capo Servizio;

RITENUTO di dover provvedere, pertanto, alla rettifica del proprio decreto n. 52/2013;

VISTO l'art. 9 della Legge regionale n. 7/96;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 336 del 26.04.2010;

VISTO l'art. 34, comma 1, lettera e) dello Statuto della Regione Calabria;

DECRETA

A parziale rettifica del proprio decreto n. 52 del 16 maggio 2013, di confermare, ai sensi dell'art. 9, comma 1, della L.R. n. 7/96, al Sig. Attilio Morabito, nato a Reggio Calabria il 02.04.1981 ed ivi residente in Via Modena San Sperato, n. 8, quale giornalista pubblicitista con la qualifica di Capo Servizio, l'incarico di fotocinereporter dell'Ufficio Stampa della Giunta regionale, a far data dalla stipula del contratto individuale di lavoro per la durata di anni uno;

— di confermare nel resto il proprio decreto n. 52/2013;

— di demandare al Dipartimento “Organizzazione e Personale” l’adozione di ogni atto consequenziale al presente provvedimento, ivi compresa la stipula del relativo contratto;

— di notificare il presente decreto all’interessato ed all’Ufficio Stampa della Giunta regionale;

— di disporre la integrale pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.C.

Catanzaro, li 29 maggio 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
29 maggio 2013, n. 70

Proroga Sig. Agliano Giuseppe, presso la Struttura del Presidente della Giunta regionale.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

VISTO il D.P.G.R. n. 92 del 16 aprile 2010 concernente “Nomina della Giunta Regionale della Calabria ed attribuzione dei relativi incarichi”;

VISTA la L.R. 13.05.1996, n. 7, e sue successive modificazioni ed integrazioni, che detta norme sull’ordinamento della struttura organizzativa della Giunta Regionale ed, in particolare, l’art. 8 che disciplina la composizione delle strutture di diretta collaborazione con gli organismi politico - istituzionali della Giunta regionale;

VISTA la L.R. 07 ottobre 2011, n. 36, “Riduzione dei costi della politica”, che da ultima ha modificato l’art. 8 della L.R. 7/96;

CONSIDERATO che il Settore competente per l’istruttoria ha accertato che:

1. Con Decreto del Dirigente del Settore Giuridico del Dipartimento “Organizzazione e Personale” n. 9464, giusta richiesta del Presidente della Giunta regionale, è stata disposta “la proroga del comando, presso la Sua Struttura Speciale, del Sig. Agliano Giuseppe nato a Reggio Calabria il 22 luglio 1960 ed ivi residente Via Saracinello, n. 32, dipendente dell’Amministrazione Provinciale di Reggio Calabria, in qualità di Componente, fino al 09 giugno 2013;

2. La citata assegnazione rispetta le previsioni sul numero degli addetti alle strutture speciali degli Assessori regionali, di cui all’art. 8, comma 4, della L.R. n. 7/96, e sue successive modifiche ed integrazioni.

DECRETA

1) Prendere atto del decreto n. 9464 del Dirigente del Settore n. 1 del Dipartimento “Organizzazione e Personale” e confermare, in continuità, quale componente, presso la struttura speciale del Presidente della Giunta regionale, il Sig. Agliano Giuseppe, nato a Reggio Calabria il 22 luglio 1960 ed ivi residente Via Saracinello, n. 32, dipendente dell’Amministrazione Provinciale di Reggio Calabria, fino al 09 giugno 2013.

2) Stabilire che, in caso di richiesta di revoca per sopravvenuta carenza dell’elemento fiduciario, o sopravvenuta incompatibilità, o cessazione dalla carica del Presidente della G.R., il

Sig. Agliano Giuseppe, dovrà fare immediato rientro presso l’Ente di appartenenza senza ulteriori provvedimenti e/o comunicazioni;

3) Dare atto che la spesa nascente dal presente provvedimento sarà interamente a carico della Regione Calabria e graverà sui capitoli del corrente bilancio, istituito ai sensi dell’art. 5, comma 2, della L.R. 8/97.

4) Dare mandato ai Settori Giuridico ed Economico del Dipartimento “Organizzazione e Personale” di adottare gli atti consequenziali di competenza.

5) Notificare il presente atto al Sig. Agliano Giuseppe, all’Amministrazione Provinciale di Reggio Calabria ed a tutte le strutture regionali interessate.

6) Provvedere alla pubblicazione integrale del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 29 maggio 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
29 maggio 2013, n. 71

Nomina del Dott. Enzo Sergi, Segretario Particolare dell’Assessore regionale alle “Attività produttive”, Dott. Demetrio Arena.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

VISTO il proprio decreto n. 35 del 24 aprile 2013 di nomina, tra l’altro, del Dott. Demetrio Arena, quale Assessore regionale alle “Attività Produttive”;

VISTA la L.R. 13.05.1996, n. 7, che detta norme sull’ordinamento della struttura organizzativa della Giunta Regionale ed, in particolare, l’art. 8 che disciplina la composizione delle strutture di diretta collaborazione con gli organismi politico - istituzionali della Giunta regionale;

VISTA la L.R. 07 ottobre 2011, n. 36, che da ultima ha modificato l’art. 8 della L.R. 7/96 recante norme sul riordino e funzionamento sulle strutture speciali;

CONSIDERATO che il Settore competente per l’istruttoria ha accertato che:

1. Con nota prot. n. 00012 S/SP del 23 maggio 2013 ed acquisita al protocollo del Dipartimento Presidenza in data 24.05.2013 con n. 0175901, l’Assessore alle “Attività Produttive”, Dott. Demetrio Arena, ha chiesto la nomina quale Segretario Particolare, del Dott. Enzo Sergi, nato a Melito di Porto Salvo (RC) l’11.03.1965 e residente a Reggio Calabria, via G. De Nava, n. 121, c.f.: SRG NZE 65C11 F1 12R, esterno alla Pubblica Amministrazione.

2. Con attestazione in atti, il Dott. Sergi ha dichiarato, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e sue successive modificazioni ed integrazioni, di non trovarsi in alcuna delle condizioni previste dall’art. 1 della L.R. n. 16/2005 ed ha, altresì, fornito notizie su quanto richiesto dall’Ufficio di Gabinetto della Presidenza della Giunta regionale con nota n. 6046 del 07.12.2007.

3. La citata assegnazione rispetta le previsioni sul numero degli addetti alle Segreterie particolari di cui alla L.R. n. 36/2011.

DECRETA

Prendere atto della nota dell'Assessore regionale alle "Attività Produttive", Dott. Demetrio Arena, e nominare, con decorrenza dalla data di sottoscrizione del contratto di diritto privato, Suo Segretario Particolare, il Dott. Enzo Sergi, nato a Melito di Porto Salvo (RC) l'11.03.1965 e residente a Reggio Calabria, via G. De Nava, n. 121, esterno alla Pubblica Amministrazione.

Stabilire che:

salvo eventuale revoca per sopravvenuta carenza dell'elemento fiduciario, o sopravvenuta incompatibilità, l'incarico ha durata fino alla cessazione dalla carica di Assessore regionale del Dott. Demetrio Arena, che ne ha richiesto la nomina ed al verificarsi di una qualsiasi di tali ipotesi, il Dott. Enzo Sergi cesserà ogni rapporto con la Regione Calabria senza ulteriori provvedimenti e/o comunicazioni.

Dare atto che la spesa nascente dal presente provvedimento graverà sui capitoli del corrente bilancio, istituito ai sensi dell'art.5, comma 2, della L.R. 8/97.

Dare mandato ai Settori Giuridico ed Economico del Dipartimento "Organizzazione e Personale" per l'adozione degli atti consequenziali di competenza.

Notificare il presente decreto al Dott. Enzo Sergi, a tutte le strutture interessate e provvedere alla sua pubblicazione integrale sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.

Catanzaro, lì 29 maggio 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 maggio 2013, n. 72

Fondazione "Amalia Villotta" Onlus con sede in Montalto Uffugo (CS) - Riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato e, conseguente, iscrizione nel Registro Regionale delle Persone Giuridiche Private ai sensi del D.P.R. n. 361/2000 e del Regolamento Regionale n. 1 del 10 maggio 2001.

IL PRESIDENTE

PREMESSO che:

— con il Regolamento Regionale 10 maggio 2001, n. 1, in attuazione del D.P.R. n. 10 febbraio 2000, n. 361, è stato istituito il registro Regionale delle persone Giuridiche di Diritto Privato;

— l'art. 4, comma 6 del predetto Regolamento prevede che l'istruttoria degli atti relativi all'accertamento delle condizioni di cui alla normativa vigente sia svolta dal Dipartimento competente per materia;

VISTA l'istanza della Fondazione "Amalia Villotta" Onlus con sede in Montalto Uffugo (CS) via Alimena n. 46, con la quale chiede il riconoscimento della personalità giuridica di diritto privato e, conseguente, iscrizione nel Registro Regionale delle Persone Giuridiche Private;

CONSIDERATO che il Dipartimento competente per l'istruttoria ha accertato che sussistono le condizioni previste dal D.P.R. n. 361 del 10 febbraio 2000 e dal Regolamento Regionale n. 1 del 10 maggio 2001, ed in particolare:

— che la Fondazione "Amalia Villotta" Onlus è stata costituita con atto notarile del notaio Dr.ssa Anna Calvelli, notaio in Rende, n. 64532 del Repertorio - n. 15090 della Raccolta - registrato a Cosenza il 27.12.2012 al n. 13481 s 1T - trascritto a Cosenza il 28.12.2012 al n. 32958 R.G. e n. 27192 R.P.;

— che le finalità statutarie della Fondazione "Amalia Villotta" Onlus si esauriscono nell'ambito della Regione Calabria;

— che lo scopo dichiarato dallo statuto risulta essere lecito e non lucrativo;

— che il valore del patrimonio, come risulta documentato, risulta adeguato alla realizzazione dello scopo.

Su conforme proposta del Dirigente Generale del Dipartimento Cultura, formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla struttura interessata, nonché dall'espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto, resa dal Dirigente preposto al competente settore,

DECRETA

Per quanto esposto in premessa, che qui si intende integralmente riportato:

1) Di riconoscere la personalità giuridica di diritto privato alla Fondazione "Amalia Villotta" Onlus con sede in Montalto Uffugo (CS) via Alimena n. 46.

2) Di iscrivere la predetta Fondazione "Amalia Villotta" Onlus nel Registro Regionale delle Persone Giuridiche Private, al numero 96 del 30 maggio 2013.

3) Di demandare al Dipartimento della Presidenza per l'esecuzione del presente atto.

4) Di disporre la pubblicazione del presente decreto sul BURC.

Catanzaro, lì 29 maggio 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 maggio 2013, n. 73

L.R. 26/11/01 n. 30, e s.i.m. - integrazione componente "Comitato tecnico per la difesa del patrimonio naturalistico e fungino della Calabria".

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE

VISTA la Legge Regionale del 26/11/2001 n. 30, per come integrata e modificata con L.R. 31 marzo 2009 n. 9, recante "Normativa per la regolamentazione della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei ed ipogei freschi e conservati", in particolare l'art. 10 che prevede l'istituzione del "Comitato Tecnico per la difesa del patrimonio naturalistico e fungino della Regione";

VISTO il D.P.G.R. n. 28 del 28/02/2011 con cui è stato rinnovato il "Comitato Tecnico per la difesa del patrimonio naturalistico e fungino della Calabria";

VISTA la L.R. 27 dicembre 2012 n. 69 che, all'art. 33, apporta modifiche alla L.R. 26/11/01 n. 30 e precisamente alla lettera c) statuisce: dopo la lettera j del comma 3 dell'art. 10 è inserita la seguente lettera: «K) un rappresentante designato dalle Associazioni Micologiche iscritte all'Albo regionale»;

RITENUTO pertanto, integrare i Componenti del Comitato Tecnico, rinnovato con D.P.G.R. n. 28 del 28/02/2011, con il rappresentante designato, nella seduta del 3 marzo 2013 Reg. n. 01/2013, dalle Associazioni micologiche iscritte all'Albo Regionale, Avv. Corea Emilio nato a Catanzaro il 18/10/1974;

Su proposta dell'Assessore Regionale all'Agricoltura, Foreste, Forestazione, Caccia e Pesca, Dr. Michele TREMATERRA, nonché dall'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto resa dal Dirigente competente;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte:

— di integrare i Componenti del Comitato tecnico, rinnovato con D.P.G.R. n. 28 del 28/02/2011, con il rappresentante designato dalle Associazioni micologiche iscritte all'Albo Regionale, Avv. Corea Emilio nato a Catanzaro il 18/10/1974;

— di notificare il presente atto all'Avv. Corea Emilio oltre che a tutte le Associazioni iscritte all'Albo Regionale;

— di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURC.

Catanzaro, li 29 maggio 2013

Giuseppe Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
3 giugno 2013, n. 74

Prof. Giuseppe ZIMBALATTI - Conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Agricoltura Foreste e Forestazione" della Giunta della Regione Calabria.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRESO ATTO della deliberazione n. 194 del 30 maggio 2013, con la quale la Giunta regionale, a conclusione della procedura avviata, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, con avviso pubblicato in data 10.4.2013, per il conferimento tra l'altro dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Agricoltura, Foreste e Forestazione", ha nominato ai sensi dell'art. 19, comma 6, del D.Lgs. n. 165/2001, il prof. Giuseppe ZIMBALATTI, per il conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Agricoltura, Foreste e Forestazione";

CONSIDERATO che, ai sensi dell'art. 10, comma 4, della Legge regionale 7 agosto 2002, n. 31, così come successivamente modificata ed integrata, gli incarichi di funzione dirigenziale sono conferiti con decreto del Presidente, previa deliberazione della Giunta Regionale;

VISTA la vigente Struttura della Giunta Regionale, approvata con deliberazione di Giunta n. 258 del 14 maggio 2007, così

come modificata ed integrata dalle deliberazioni di Giunta n. 439 del 7.06.2010, n. 521 del 12.07.2010, n. 680 del 19.10.2010, n. 694, n. 693 del 29.10.2010, n. 308 del 12 luglio 2011, n. 378 dell'11 agosto 2011, n. 4 del 3.1.2012, n. 314 del 28.06.2012 e n. 568 del 13 dicembre 2012;

DECRETA

1) DI CONFERIRE, ai sensi del comma 6 dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Agricoltura Foreste e Forestazione" al Prof. Giuseppe ZIMBALATTI, nato a Reggio Calabria il 13.3.1961 ed ivi residente in Via Villini Svizzeri diramazione Gulli n. 3;

2) DI STABILIRE che l'incarico decorre dalla data di stipula del contratto individuale di lavoro, previo adempimento degli obblighi di comunicazione preventiva previsti dall'art. 1, comma 1180 della legge 296 del 2006 (Finanziaria 2007) e avrà la durata di anni tre, salvo cessazione anticipata nelle ipotesi previste dalla normativa vigente;

3) DI RICONOSCERE che, in ragione della specifica qualificazione professionale posseduta dal prof. Giuseppe Zimbaldi, sussistano le condizioni per l'attribuzione dell'integrazione stipendiale di cui all'art. 10, comma 5, della Legge Regionale n. 31/2002 nella misura di cui all'art. 21, comma 3, della Legge regionale n. 8/2010;

4) DI DETERMINARE che gli obiettivi da conseguire saranno fissati con separato provvedimento;

5) DI DARE MANDATO al Dipartimento "Organizzazione e Personale" per l'espletamento di tutti gli adempimenti conseguenti al presente atto, nonché per la stipula del contratto individuale di lavoro.

6) DI DISPORRE la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 3 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
3 giugno 2013, n. 75

Avv. Pasquale Monea - Conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Attività Produttive" della Giunta della Regione Calabria

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PRESO ATTO della deliberazione n. 198 del 30 maggio 2013, con la quale la Giunta regionale, a conclusione della procedura avviata, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, con avviso pubblicato in data 10.4.2013, per il conferimento tra l'altro dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Attività Produttive", ha nominato ai sensi dell'art. 19, comma 5 bis, del D.Lgs. n. 165/2001, l'Avv. Pasquale MONEA, Segretario Comunale Generale, per il conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Attività Produttive";

CONSIDERATO che, ai sensi dell'art. 10, comma 4, della Legge regionale 7 agosto 2002, n. 31, così come successivamente modificata ed integrata, gli incarichi di funzione dirigenziale sono conferiti con decreto del Presidente, previa deliberazione della Giunta Regionale;

VISTA la vigente Struttura della Giunta Regionale, approvata con deliberazione di Giunta n. 258 del 14 maggio 2007, così come modificata ed integrata dalle deliberazioni di Giunta n. 439 del 7.06.2010, n. 521 del 12.07.2010, n. 680 del 19.10.2010, n. 694, n. 693 del 29.10.2010, n. 308 del 12 luglio 2011, n. 378 dell'11 agosto 2011, n. 4 del 3.1.2012, n. 314 del 28.06.2012 e n. 568 del 13 dicembre 2012;

DECRETA

1) DI CONFERIRE, ai sensi del comma 5 bis dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Attività Produttive" all'Avv. Pasquale MONEA, Segretario Comunale Generale, nato a Laureana di Borrello (RC) il 7.11.1964, residente a Satriano di Lucania (PZ) in C.da Arminia e domiciliato a Salerno in Via Wagner, 2 lotto n. 13/M P.co Arbostella;

2) DI STABILIRE che l'incarico decorre dalla data di stipula del contratto individuale di lavoro, previo adempimento degli obblighi di comunicazione preventiva previsti dall'art. 1, comma 1180 della legge 296 del 2006 (Finanziaria 2007) e avrà la durata di anni tre, salvo cessazione anticipata nelle ipotesi previste dalla normativa vigente;

3) DI RICONOSCERE che, in ragione della specifica qualificazione professionale posseduta dall'Avv. Pasquale Monea, sussistano le condizioni per l'attribuzione dell'integrazione stipendiale di cui all'art. 10, comma 5, della Legge Regionale n. 31/2002 nella misura di cui all'art. 21, comma 3, della Legge regionale n. 8/2010;

4) DI DETERMINARE che gli obiettivi da conseguire saranno fissati con separato provvedimento;

5) DI DARE MANDATO al Dipartimento "Organizzazione e Personale" per l'espletamento di tutti gli adempimenti conseguenti al presente atto, nonché per la stipula del contratto individuale di lavoro, previa acquisizione delle autorizzazioni di legge da parte dell'Amministrazione a cui appartiene l'Avv. Pasquale Monea;

6) DI DISPORRE la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.

Catanzaro, lì 3 giugno 2013

Scopelliti

Regione Calabria DECRETI DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE NELLA QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 76 del 17 giugno 2013

Approvazione Convezione tra Regione Calabria e Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali per "Adeguamento del portale Attività Libero-Professionale alle esigenze regionali".

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la Regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: “Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell’economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione”, successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l’art. 7, comma 5, dell’Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all’Accordo “sono vincolanti, ai sensi dell’art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la Regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Calabria in materia di programmazione sanitaria”;

— che l’art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che “Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”;

DATO ATTO che, ai sensi dell’art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l’attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell’economia e delle finanze, nell’ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria di cui all’art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell’acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell’art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall’art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell’economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati sub Commissari per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarria ha rassegnato le proprie dimissioni dall’incarico a far data dall’1/02/2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarria, ha nominato il dott. Luigi D’Elia sub Commissario per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall’analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all’adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell’art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d’ostacolo all’attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall’art. 17 - comma 4 - lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

PREMESSO che il Piano Nazionale di governo delle liste d’attesa per il triennio 2010-2012, approvato in Conferenza Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, rep. Atti n. 189/CSR, ha individuato quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi d’attesa, tra gli altri, anche il flusso informativo dei tempi d’attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria

CONSIDERATO che il predetto Piano promuove l’acquisto delle prestazioni erogate in regime libero-professionale dai professionisti all’interno dell’azienda nell’ambito del governo delle liste d’attesa e prevede il monitoraggio dell’ALPI per verificare

il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria;

ATTESO che l'AgeNaS, per come previsto nel Piano nazionale di governo delle liste d'attesa ha individuato le procedure per il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali libero professionali e ha strutturato il portale per l'acquisizione dei dati, già utilizzato dalla Regione Calabria per l'inserimento dei relativi dati;

TENUTO CONTO che l'AgeNaS, su richiesta di alcune Regioni, tra le quali anche la Regione Calabria, si è resa disponibile all'adeguamento del portale alle esigenze regionali, a titolo gratuito, ed ha dato riscontro con nota del 9 aprile 2013, n. 4216;

VISTO il DPGR n. 126 del 2 dicembre 2011 con il quale è stato approvato il Piano regionale di governo delle liste d'attesa ed è stata recepita l'Intesa Stato- Regioni sul "Sistema CUP-Linee guida nazionali";

RITENUTO pertanto di procedere all'approvazione della Convenzione tra l'AgeNaS e la Regione Calabria per l'adeguamento del portale ALPI alle esigenze regionali;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono integralmente ripetute e confermate;

DI APPROVARE lo schema di Convenzione tra la Regione

Calabria e l'AgeNaS per l'adeguamento del portale ALPI, utilizzato per il monitoraggio dei tempi d'attesa per l'attività intramoenia, che fa parte integrante del presente decreto;

DI PRECISARE che la collaborazione è offerta dall'AgeNaS a titolo gratuito, senza alcun onere a carico della Regione Calabria;

DI MANDARE al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la sua esecuzione nei tempi prescritti dalle norme e per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 17 giugno 2013

Scopelliti

(segue allegato)

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ACCORDO DI COLLABORAZIONE "Adeguamento del portale Alpi alle esigenze regionali"

Convenzione tra

l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, con sede in Roma, Via Puglie, 23, C.F. 97113690586 (di seguito Agenzia), nella persona del Presidente, arch. Giovanni Bissoni, domiciliato per la carica presso la sede dell'Agenzia e avente i poteri per la sottoscrizione del presente atto;

E

La Regione Calabria C.F. 80002770792, nella persona del Presidente della Giunta Regionale, On.le Dott. Giuseppe Scopelliti, domiciliato per la carica presso la sede della Presidenza della Giunta Regionale, sita in via Sensales, n. 20- 88100 Catanzaro e avente i poteri per la sottoscrizione del presente atto;

premessi che

- a. la deliberazione n 73/cu del 20 settembre 2007 attribuisce all'Agenas lo sviluppo di competenze e attività anche relativamente a monitoraggio dei tempi di attesa e definizione di proposte in materia di liste di attesa;
- b. tale convenzione definisce l'ambito e le modalità della collaborazione e del supporto operativo e gestionale individuando, tra l'altro, le singole funzioni nelle quali si articolano i compiti di collaborazione e supporto demandati all'Agenzia, nonché le funzioni, le attività, i prodotti attesi;
- c. La Regione Calabria, Dipartimento Tutela della Salute, con nota prot n.115020 del 4 aprile 2013, ha manifestato interesse all'adeguamento del portale, creato ad hoc da Agenas per il monitoraggio dei tempi di attesa per l'attività intramoenia ed intramoenia allargata (Alpi), alle esigenze regionali di rilevazione e di poterlo utilizzare in autonomia, al di là dei vincoli temporali previsti, secondo le specifiche necessità;
- d. L'Agenzia, pertanto, si rende disponibile all'adeguamento del portale per il Monitoraggio nazionale per i tempi di attesa per l'Alpi con nota prot.n 4216 del 9 aprile 2013 secondo quanto dalla Regione richiesto e a supporto degli obblighi nazionali previsti dal PNGLA 2010-2012.
- e. Le modalità di attuazione dell'adeguamento saranno oggetto di definizione nell'ambito di un gruppo di lavoro.
- f. Il presente atto convenzionale disciplina, pertanto, i rapporti fra questa Agenzia e la Regione Calabria, Dipartimento Tutela della Salute che si avvarrà, per le attività di raccolta dati delle Aziende Sanitarie pubbliche.

Tutto ciò premesso e ratificato come parte integrante e sostanziale del presente atto convenzionale, le parti di comune accordo convengono quanto segue:

Articolo 1

- 1 Le parti condividono ed accettano il contenuto del presente accordo di collaborazione riguardo alle finalità, agli obiettivi, alla direzione e al coordinamento ribadendo l'impegno alla conduzione, nei tempi e modi stabiliti, delle attività da esse previste, ognuna per quanto di propria pertinenza.
- 2 Il contenuto del presente accordo è dettagliatamente descritto nell'allegato 1 (piano operativo) alla presente convenzione, che ne costituisce parte integrante.

Articolo 2

- 1 Le parti individuano i rispettivi responsabili. L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali individua nella dott.ssa Emanuela Reale il proprio responsabile scientifico e nel dott. Achille Iachino il proprio responsabile amministrativo. La Regione Calabria, Dipartimento Tutela della Salute individua nella dott.ssa Rosalba Barone, il proprio responsabile scientifico.

Articolo 3

- 1 La presente convenzione, finalizzata alla realizzazione dell'accordo, dovrà concludersi entro il 31 Marzo 2014 e potrà essere prorogata previo accordo fra le parti.

Articolo 4

- 1 Le attività affidate all'Agenas e le eventuali affidate alla Regione Calabria, Dipartimento Tutela della Salute (all.1), sono rese a titolo gratuito.

Articolo 5

1. La Regione Calabria è proprietaria dei dati acquisiti dal sistema online. I prodotti (elaborati, tabelle, pubblicazioni scientifiche, brevetti, opere d'ingegno, ecc.) derivanti dalle attività di collaborazione collegabili al presente accordo, dovranno riportare i nominativi dell'Agenzia e della Regione Calabria. La pubblicazione e la diffusione dei risultati e dei prodotti dell'accordo è riservata alla Regione Calabria e all'Agenas previa autorizzazione della regione stessa.

Articolo 6

1. La Regione Calabria potrà acquisire, in qualsiasi momento e conformemente alle tecniche di accessibilità delle informazioni, le informazioni archiviate ed elaborate dalla procedura informatica in carico all'Agenzia.
2. La Regione Calabria e l'Agenas si impegnano a far osservare ai propri dipendenti, incaricati e collaboratori la massima riservatezza su fatti e circostanze di cui gli stessi vengano a conoscenza nell'esecuzione della presente convenzione.

Articolo 7

1. I dati che afferiscono alla banca dati monitoraggio Alpi provengono dalle Aziende Sanitarie pubbliche della Regione Calabria. In considerazione di quanto già rappresentato, si ritiene di dover assicurare e condividere che il possesso e la titolarità delle informazioni caricate per il monitoraggio delle prestazioni in Alpi debba rispettare i criteri prestabiliti dalla norma in materia di tutela dei dati personali (D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.) e quindi ricadere nelle competenze dell'amministrazione regionale, in particolare relativamente all'utilizzo dei dati al di fuori delle settimane indice stabilite a livello nazionale per la rilevazione dei tempi.

Articolo 8

1. Per ogni eventuale difficoltà applicativa della presente convenzione verrà nominato un comitato composto da tre membri, di cui uno designato dall'Agenzia, uno dalla Regione e il terzo, con funzioni di presidente, designato da entrambi.

Allegato n. 1 Piano operativo

La presente Convenzione si compone di 8 articoli redatti elettronicamente su 2 fogli e un allegato e viene redatta in due esemplari originali

Per l' Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali Il Presidente

Per la Regione Calabria Il Presidente Giunta Regionale

ALLEGATO 1

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Piano operativo del progetto

Durata del progetto 12 mesi. Il progetto dovrà concludersi entro il 31 Marzo 2014

Finanziamento previsto – euro 0,00

Sintetica descrizione delle attività affidate all'Agenas e alla Regione Calabria

- a. Partecipazione agli incontri, anche in videoconferenza, relativi alla definizione dei requisiti ed alle riunioni sullo stato di avanzamento dei lavori; (Agenas-Regione Calabria)
- b. Identificazione delle modifiche da apportare al portale esistente e delle caratteristiche aggiuntive. (Agenas- Regione Calabria)
- c. Definizione per le modalità di utilizzo delle basi dati, sia per l'aggiornamento che per l'interrogazione. (Agenas- Regione Calabria)
- d. Collaborazione alle attività di individuazione, ricognizione e revisione della reportistica già in uso e di nuova realizzazione. (Agenas- Regione Calabria)
- e. Interazione e collaborazione nella progettazione e nella realizzazione del portale. (Agenas- Regione Calabria)
- f. Realizzazione del nuovo portale, installazione, test, messa in esercizio e attività correlate all'implementazione del sistema on-line.(Agenas)
- g. Attività di sperimentazione del portale con tutti i soggetti coinvolti nelle rilevazioni on-line (Agenas-Regione Calabria)
- h. Supporto tecnico-informatico per l'inserimento e l'estrazione dei dati dal sistema on-line.(Agenas)
- i. Supporto tecnico per l'adeguamento, l'evoluzione e la correzione del software di base per il sistema on-line a seguito di eventuali necessità sorte durante l'utilizzo. (Agenas)
- j. Assistenza agli utenti per il corretto utilizzo del sistema on-line. (Agenas- Regione Calabria)

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 77 del 17 giugno 2013

**Decreto del Ministero della Salute dell'1.3.2013 recante
"Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità" -
Nomina soggetti responsabili -Adesione al Progetto Definito
dall'Agenas a supporto delle Regioni per la definizione del
Percorso.**

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al
comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4,
D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n.
80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la ne-
cessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo deter-
minano ed alla elaborazione di un programma operativo di rior-
ganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Ser-
vizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e
dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano ap-
posito accordo che individui gli interventi necessari per il perse-
guimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli es-
senziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa pre-
vista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009
n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009 n.
102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza, di
tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione
delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di As-
sistenza e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-
finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario della re-
gione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile,
tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Ta-
vollo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23
marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro con-
tenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Ser-
vizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui
all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e
s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta
Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modi-
fica del documento adottato in precedenza dalla medesima re-
gione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18
novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009,
avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio
sanitario regionale della Calabria ex art. 1, comma 180, L. 311/
2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il
Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17
dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata
dalla DGR n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede
che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo
"sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b) della
L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in
esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti
normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione
Calabria in materia di programmazione sanitaria";

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finan-
ziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di
rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuov-
ere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di
nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di
rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo
in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista: - la
funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello
stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del
Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema
nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui
all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acqui-
sizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di
spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i prov-
vedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata
nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro
tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario
ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del
settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159,
convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007
n. 222;

CONSIDERATO che ai sensi dell'art. 2, comma 83 della
Legge n. 191/09 il Presidente della Regione nominato Commis-
sario ad acta adotta tutte le misure indicate nel piano nonché gli
ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, orga-
nizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o
comunque correlati e necessari alla completa attuazione del
piano;

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Mi-
nistri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di
rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad
acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste
dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari
programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempis-
tica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e
osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Mi-
nistero dell'economia e delle finanze;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata
nella seduta del 4 agosto 2010, con la quale il Gen. Dott. Lu-
ciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati sub
commissari per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi del
settore sanitario della Regione Calabria;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarria ha rassegnato le
proprie dimissioni dall'incarico a far data dall'1/02/2011;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 31 maggio 2011, con la quale il Dott. Luigi D'Elia è stato nominato sub commissario per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, in sostituzione del Dott. Giuseppe Navarra;

VISTO il D.Lgs. 23.6.2011, n. 118, recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 delle legge 5 maggio 2009, n. 42";

VISTO l'art. 2 del Decreto Interministeriale del 17.9.2012 che stabilisce che gli Enti del S.S.N. devono garantire sotto la responsabilità ed il coordinamento delle regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute dell'1.3.2013 recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità";

CONSIDERATO

CHE la regione deve avviare il Percorso attuativo della certificabilità, finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della GSA e del consolidato regionale;

VISTA la nota n. 0006037 del 23.5.2013, con la quale l'AGENAS, a seguito della dichiarazione d'interesse di cui alla nota Commissariale n. 24534 dell'11.4.2013, ha comunicato di aver definito un apposito progetto a supporto delle Regioni interessate per la definizione del Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci sanitari con la collaborazione del Lacoss, Laboratorio sul Controllo della spesa sanitaria, costituito da Cerismas dell'Università Cattolica, del Cergas Bocconi e del Cusas dell'Università di Firenze che garantiranno attività di formazione e di supporto alle Regioni aderenti al progetto;

PRESO ATTO che per lo sviluppo delle attività la Regione corrisponderà all'Agenas i soli costi della collaborazione delle istituzioni indicate per un importo pari ad € 10.000,00 che sarà imputato sul cap 4211103 del bilancio regionale;

CHE l'individuazione del percorso di certificabilità richiede l'individuazione di una struttura responsabile regionale, che definisca i requisiti generali, gli indirizzi ed i tempi per l'attuazione del Percorso di Certificabilità;

ACCERTATO che coerentemente con l'avvio del Percorso di certificabilità dei bilanci il Settore Economico Finanziario del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie aveva avviato nell'anno 2010 sotto la responsabilità dello stesso Settore, l'attività di "valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili delle Aziende sanitarie e rilevato la situazione e le criticità";

CONSIDERATO che per garantire il buon esito del percorso è necessario designare i soggetti sotto la cui responsabilità ed azione di coordinamento si intende garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati dal PAC;

ACCERTATO che i soggetti, con comprovata esperienza professionale sia per il ruolo che per le funzioni svolte, si individuano nei sotto elencati Dirigenti, assegnati al settore "Area Economico Finanziaria":

— Dr Ferrari Vincenzo - Dirigente Servizio n. 3 "Gestione FSR - Tavoli di monitoraggio" - Laurea in Economia e Commercio e Dottore Commercialista e Revisore Contabile - Dipendente di ruolo della Regione Calabria con la qualifica di Dirigente dal 30.12.2008;

— Dott.ssa Nicolace Angela - Dirigente Settore 2 "Area Economico Finanziaria" - Laurea in Economia e Commercio - Dipendente di ruolo della Regione Calabria dall'1.10.1978 e Dirigente dall'1.2.2002 c/o il Dipartimento Bilancio al 30.7.2010, e nello specifico dall'1.5.2005 al 30.7.2010 ha ricoperto l'incarico di Direttore di Ragioneria Generale - dal 17.9.2010 le è stato conferito l'incarico di Dirigente del Settore 2 "Area Economico Finanziaria";

CONSIDERATO che si rende necessario designare la stessa quale responsabile del coordinamento per assicurare la corretta e completa attuazione del PAC;

CHE la suddetta struttura, nelle attività di monitoraggio dei PAC Aziendali si avvarrà del supporto dell'advisor contabile e AGENAS;

CONSIDERATO, altresì:

— che la Regione deve designare un soggetto "terzo" con comprovata esperienza professionale sia per il ruolo che per le funzioni svolte;

— che lo stesso si individua nella persona del Dr. De Cello Filippo, Dirigente di ruolo del Dipartimento Bilancio e Programmazione Economico Finanziaria, laureato in Scienze Economiche e Sociali;

VISTO il decreto legislativo 3 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il D.Lgs. 23.6.2011, n. 118;

VISTO l'art. 2 del Decreto Interministeriale del 17.9.2012;

VISTO il Decreto dell'1.3.2013

DECRETA

Per quanto esposto in premessa, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato:

DI NOMINARE i soggetti sotto indicati responsabili del PAC:

— Dr. Ferrari Vincenzo - Dirigente Servizio n. 3 "Gestione FSR - Tavoli di monitoraggio" - Laurea in Economia e Commercio e Dottore Commercialista e Revisore Contabile - Dipendente di ruolo della Regione Calabria con la qualifica di Dirigente dal 30.12.2008;

— Dott.ssa Nicolace Angela - Dirigente Settore 2 "Area Economico Finanziaria" - Laurea in Economia e Commercio - Dipendente di ruolo della Regione Calabria dall'1.10.1978 e Dirigente dall'1.2.2002 c/o il Dipartimento Bilancio al 30.7.2010, e nello specifico dall'1.5.2005 al 30.7.2010 ha ricoperto l'incarico

di Direttore di Ragioneria Generale - dal 17.9.2010 le è stato conferito l'incarico di Dirigente del Settore 2 "Area Economico Finanziaria";

— Dr Filippo De Cello - Dirigente Settore n. 1 - Bilancio e Programmazione Economico Finanziaria - Aziende di Credito di Interesse Regionale - Laurea in Scienze Economiche e Sociali;

DESIGNARE la Dott.ssa Angela Nicolace quale responsabile del coordinamento per assicurare la corretta e completa attuazione del PAC e garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti nello stesso;

DI STABILIRE che le attività in capo ai responsabili sopra individuati saranno definite con il provvedimento di approvazione del P.A.C.;

DI ADERIRE al Progetto dell'AGENAS a supporto delle Regioni interessate per la definizione del PAC la cui spesa pari ad € 10.000,00 sarà imputata sul cap. 4211103;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto agli interessati, ai Ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute e per la pubblicazione sul Bollettino Regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

DI DEMANDARE al Settore Economico Finanziario gli atti per l'impegno e la liquidazione della spesa di cui al punto precedente.

Catanzaro, li 17 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 78 del 17 giugno 2013

Adempimenti di cui al punto 12 del Piano di Rientro del Servizio Sanitario Regionale della Calabria. Gestione del rischio clinico. Obiettivo G01.S04.08. Recepimento Raccomandazione n. 12 del Ministero della Salute per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-Alike/Sound-Alike (LASA) e approvazione indirizzi sulla modalità della loro gestione.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la ne-

cessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la Regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la Regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarra sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarra ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dall'1/02/2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarra, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17 - comma 4 - lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

CONSIDERATO CHE: il punto 12 del Piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario regionale della Calabria, relativo al programma operativo per la gestione del rischio clinico, ha individuato quale obiettivo (G.1. S.4.8):

— l'adozione delle raccomandazioni elaborate in materia di rischio clinico dal Ministero della Salute e condivise con la commissione salute delle regioni.

TENUTO CONTO che il Ministero della Salute ha approvato la Raccomandazione n. 12 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-Alike/Sound-Alike (LASA);

RITENUTO, pertanto, di dover provvedere, nella qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario, al recepimento della suddetta raccomandazione ministeriale e all'implementazione della stessa;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

— di recepire la Raccomandazione del Ministero della salute n. 12 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-Alike/Sound-Alike (LASA), approvando il documento allegato al presente decreto di cui forma parte integrante e sostanziale (Allegato n. 1 e relativo Allegato 1.1);

— di fare obbligo ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere;

— di provvedere, entro 30 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, all'attuazione di quanto ivi previsto, con particolare riferimento all'adozione di idonea procedura aziendale, condivisa tra gli operatori sanitari, per la gestione dei farmaci LASA, completa di ogni indicazione ritenuta utile per la prevenzione degli errori in terapia e per evitare lo scambio di medicinali in ospedale, negli ambulatori e nei servizi territoriali delle ASP. La procedura approvata dovrà essere trasmessa al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie;

— di fare obbligo, altresì, ai Legali rappresentanti delle Case di cura accreditate e delle altre strutture sanitarie accreditate, di provvedere, entro 30 giorni dall'approvazione del presente decreto, all'attuazione di quanto ivi previsto, con particolare riferimento all'adozione di idonea procedura, condivisa tra gli operatori sanitari, per la gestione dei farmaci LASA, completa di ogni indicazione ritenuta utile per la prevenzione degli errori in terapia e per evitare lo scambio di medicinali. La procedura approvata dovrà essere trasmessa al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie;

— di disporre, in relazione a quanto previsto dal precedente capoverso, che le Direzioni delle Aziende Sanitarie Provinciali provvedano alla trasmissione del presente provvedimento alle Case di cura e alle strutture sanitarie accreditate afferenti il territorio di rispettiva competenza;

— di fare obbligo ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di vigilare sulla successiva applicazione di quanto previsto nel presente provvedimento, avvalendosi dei referenti aziendali del rischio clinico (risk manager), dei servizi farmaceutici, delle direzioni sanitarie e dei distretti; i Direttori generali delle ASP hanno, altresì, l'obbligo di vigilare sulla sua applicazione da parte delle Case di cura e strutture sanitarie accreditate;

— di disporre che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere provvedano, attraverso i risk manager aziendali, alla realizzazione delle iniziative di formazione previste dal documento allegato, e all'adozione di ogni misura ritenuta utile alla diffusione capillare e all'utilizzo delle raccomandazioni previste per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA anche nelle strutture sanitarie accreditate del territorio di competenza;

— di disporre, inoltre, che i medesimi Direttori Generali trasmettano, entro 180 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, una relazione sulle azioni poste in essere e sulle iniziative assunte per la diffusione e l'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA e per la formazione degli operatori sanitari in materia;

— di stabilire che l'applicazione di quanto previsto nel presente provvedimento costituisce obiettivo per l'anno 2013 posto in capo ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, da valutarsi in sede di verifica annuale dei Direttori Generali aziendali, ai sensi dell'art. 3-bis del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m. e i.

— di mandare al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la sua esecuzione nei tempi prescritti dalle norme e per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

— di trasmettere il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

di dare mandato alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto alle Aziende Sanitarie Provinciali e Ospedaliere della Calabria, ai Ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute e per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 17 giugno 2013

Scopelliti

_____ (segue allegato)

1. INTRODUZIONE

La prevenzione degli eventi avversi occorsi a seguito di *errori durante la terapia farmacologica* (errori in terapia) è considerata una priorità dell'assistenza sanitaria di molti Paesi ed è oggetto di attenzione da parte dei principali Organismi internazionali che si occupano di Sicurezza dei pazienti.

Tra gli errori in terapia quelli più frequenti sono riferiti all'uso dei **farmaci cosiddetti "Look-Alike/Sound-Alike" o LASA, acronimo utilizzato per indicare quei farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni.** Nomi che si scrivono e/o si pronunciano in modo simile, confezioni simili nelle dimensioni, forma, colore, indicazione del dosaggio e disposizione dei caratteri, possono indurre in errore durante tutte le fasi della gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio (in questo caso, ad esempio, negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia), nelle Farmacie, nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o presso il domicilio del paziente.

A livello nazionale, il Ministero della Salute, unitamente alle altre Istituzioni pubbliche e agli Organismi competenti in materia, ha da tempo dato avvio ad una serie di iniziative tese a potenziare meccanismi e procedure di "messa in sicurezza" di numerose prestazioni ospedaliere, territoriali e di integrazione ospedale-territorio, tra le quali rientra il Progetto "Farmaci LASA e sicurezza dei pazienti", diretto alla prevenzione degli errori in terapia, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Questo Dipartimento ritiene opportuno, per rendere più sicuri i processi organizzativi che permettono l'integrazione tra prestazioni territoriali ed ospedaliere, promuovere l'applicazione della Raccomandazione Ministeriale n. 12 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA, elaborata ad esito del progetto, recependone i contenuti nel presente documento.

Esigenza ulteriore è, altresì, quella di monitorare il grado di applicazione delle raccomandazioni ministeriali a livello aziendale.

ALLEGATO N. 1



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute

“FARMACI LASA (Look-Alike/Sound-Alike): RECEPIMENTO RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.12 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI LASA E INDIRIZZI SULLA MODALITA’ DELLA LORO GESTIONE”

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE.....
2. OBIETTIVO.....
3. AMBITI DI APPLICAZIONE
4. RACCOMANDAZIONI PER GLI OPERATORI SANITARI
5. RACCOMANDAZIONI PER I FARMACISTI
6. RACCOMANDAZIONI PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E I PEDIATRI DI FAMIGLIA
7. RACCOMANDAZIONI PER LE DIREZIONI DELLE AZIENDE SANITARIE
8. IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE.....
9. INDIRIZZI OPERATIVI

ELENCO MINISTERIALE FARMACI LASA (ALLEGATO 1.1)

- Integrare l'elenco reso disponibile dal Ministero della Salute, allegato al presente documento (Allegato 1.1), attraverso la segnalazione di nuovi farmaci, non presenti nell'elenco ministeriale, aventi caratteristiche tali da renderli scambiabili con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni.

3. AMBITI DI APPLICAZIONE

COSA	Tutti i farmaci L.A.S.A. usati in ospedale e sul territorio
A CHI	A tutti gli operatori coinvolti nel processo di gestione del farmaco: in ospedale, nei servizi territoriali delle ASP, nelle Farmacie, negli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia; nonché alle Direzioni delle Aziende sanitarie.
DOVE	In tutte le Strutture sanitarie ospedaliere e territoriali
PER CHI	A tutela di tutti i pazienti che necessitano di terapia farmacologica con farmaci L.A.S.A.

4. RACCOMANDAZIONI PER GLI OPERATORI SANITARI

Tutti gli operatori sanitari, specialmente medici, infermieri e farmacisti, che lavorano in Ospedale e nei servizi territoriali delle Aziende Sanitarie Provinciali, sono chiamati ad un ruolo attivo nella gestione del Rischio clinico.

Ai fini della buona pratica clinica/prescrittiva, che concorre alla Sicurezza delle cure, e per evitare lo scambio dei farmaci L.A.S.A., è utile seguire quanto riportato nella Raccomandazione n. 7 del Ministero della Salute e relativa "Procedura regionale per la gestione del rischio clinico legato alle terapie farmacologiche" allegata alla Deliberazione di Giunta regionale n. 391 del 24 maggio 2010), cui si rinvia.

In particolare, per evitare errori in terapia dovuti allo scambio di farmaci L.A.S.A., è utile seguire le seguenti Raccomandazioni:

a. prestare particolare attenzione alla conservazione dei farmaci (anche di quelli sul carrello della terapia): disporre separatamente, sia in Farmacia che in reparto, nonché negli ambulatori, quei farmaci con nomi e/o confezionamento simili oppure evidenziarne la somiglianza, utilizzando metodi e strumenti (anche contrassegni supplementari, codici colore, "allerte") purché condivisi tra Farmacia e reparti e diffusi dalla Direzione sanitaria;

Per come esplicitato nella Raccomandazione n. 12, numerosi sono i fattori che possono contribuire allo scambio di farmaci, tra cui:

- la scarsa conoscenza della problematica collegata all'uso dei farmaci L.A.S.A.;
- la mancanza di indicazioni riguardo la gestione dei farmaci L.A.S.A., sia in ambiente ospedaliero sia presso le Farmacie e gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia;
- il confezionamento simile di alcuni farmaci appartenenti alla stessa Azienda farmaceutica o ad Aziende diverse, inclusi i generici e i galenici;
- la conservazione e l'organizzazione in ordine alfabetico e per forma farmaceutica, senza indicazioni di possibile rischio di scambio;
- la scrittura illeggibile delle prescrizioni;
- l'eterogeneità nell'utilizzo di sigle, abbreviazioni e acronimi, non condivisi con altri operatori sanitari;
- la scarsa conoscenza dei farmaci di nuova immissione in commercio e di quelli non presenti nel Prontuario terapeutico Ospedaliero (PTO);
- la inadeguata o carente comunicazione tra medici o tra medico e altri operatori sanitari, o ancora tra medico e caregiver;
- la mancata verifica, da parte del medico e/o del farmacista, che il paziente abbia effettivamente compreso la terapia prescritta;
- la scarsa conoscenza, da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia, dei farmaci assunti a domicilio.

2. OBIETTIVO

Prevenire gli errori in terapia legati all'uso dei farmaci L.A.S.A., sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Si pongono, inoltre, le seguenti finalità:

- fornire indicazioni per prevenire lo scambio tra farmaci con somiglianza fonetica e grafica nel nome, nonché somiglianza nella confezione;
- sensibilizzare tutti gli operatori sanitari della Regione e i vari attori coinvolti nella gestione del farmaco affinché siano messe in atto tutte le misure preventive per evitare lo scambio di farmaci;

e. promuovere e partecipare a programmi di educazione alla salute rivolti ai cittadini per aiutarli a gestire la propria cura e provvedere alla divulgazione di materiale informativo in merito alla problematica del rischio da farmaci LASA;

f. partecipare alla gestione del Rischio clinico favorendo le segnalazioni di eventi avversi al Ministero della Salute, per il tramite del Servizio farmaceutico territoriale dell'Azienda sanitaria provinciale di riferimento.

I farmacisti ospedalieri e distrettuali seguono e implementano per la parte di rispettiva competenza, oltre che le presenti raccomandazioni, anche quanto previsto dalla "Procedura regionale per la gestione del rischio clinico legato alle terapie farmacologiche", allegata alla Delibera di Giunta regionale n. 391 del 24 maggio 2010 e relativa Raccomandazione n. 7 del Ministero della Salute.

6. RACCOMANDAZIONI PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E I PEDIATRI DI FAMIGLIA

I medici di medicina generale e i pediatri di famiglia è necessario che provvedano a:

- a.* scrivere in modo chiaro e leggibile le prescrizioni di farmaci;
- b.* favorire una comunicazione trasparente con il paziente o i suoi familiari, oppure con chi se ne prende cura, per renderli consapevoli della terapia e della possibilità di errore con l'uso dei farmaci LASA, usando sempre un linguaggio semplice;
- c.* compilare una nota sintetica dei farmaci prescritti con l'indicazione dell'ora e delle modalità di assunzione;
- d.* prestare attenzione alla conservazione dei farmaci nell'ambulatorio;
- e.* partecipare a gruppi di lavoro multidisciplinari sull'argomento promossi dall'Azienda Sanitaria Provinciale;
- f.* collaborare con i medici ospedalieri per seguire il paziente nel suo percorso assistenziale, soprattutto per quello che riguarda la terapia al momento della dimissione;
- g.* collaborare con i farmacisti per supportare il paziente durante la terapia domiciliare;
- h.* partecipare a corsi di formazione e di aggiornamento nonché a campagne informative, coinvolgendo il personale infermieristico e di segreteria eventualmente operante negli ambulatori, in considerazione anche del Manuale di formazione elaborato e diffuso dal Ministero della Salute, reperibile sul sito web istituzionale (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1232_allegato.pdf);

b. evitare le richieste verbali o telefoniche dei farmaci. Se ciò fosse necessario, e solo in caso di urgenza, ripetere chiaramente o scandire lettera per lettera, il nome del farmaco o del principio attivo e il dosaggio;

c. precisare nelle prescrizioni la forma farmaceutica e la via di somministrazione: in caso di dubbio consultare il medico prescrittore o il farmacista e per la congruenza della prescrizione accertarsi anche dell'indicazione terapeutica;

d. evitare l'uso di abbreviazioni, soprattutto se le prescrizioni e le richieste dei farmaci sono scritte a mano oppure usare abbreviazioni condivise e a conoscenza di tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo;

e. preferire la scrittura in stampatello, soprattutto se non è presente la prescrizione informatizzata;

f. prevedere un doppio controllo delle preparazioni, almeno per i *farmaci ad alto livello di attenzione*;

g. in fase di dimissione fornire ai pazienti le informazioni (anche per iscritto e possibilmente in stampatello), relative ai farmaci in terapia domiciliare riguardo a: interazioni (incluso con alimenti), modalità di assunzione, conservazione, controindicazioni, effetti collaterali, precauzioni d'uso.

h. negli ospedali e nei luoghi di ricovero utilizzare obbligatoriamente la Scheda Unica di Terapia (introdotta con Deliberazione di Giunta regionale n. 369 del 18 giugno 2009).

5. RACCOMANDAZIONI PER I FARMACISTI

Il farmacista provvede a:

- a.* conservare i farmaci evidenziando le confezioni simili o predisponendo altre misure preventive per evitarne lo scambio;
- b.* rendersi disponibile a riportare sulle confezioni la posologia e/o compilare una nota sintetica dei farmaci prescritti, anche contattando il medico prescrittore, con l'indicazione dell'ora e delle modalità di assunzione e conservazione;
- c.* favorire una buona comunicazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di famiglia fornendo informazioni sui farmaci nella fase di prescrizione;
- d.* attuare, assieme al medico prescrittore e nel rispetto dei ruoli e delle competenze, un controllo dell'andamento della terapia farmacologica del paziente, verificando anche che abbia compreso la cura prescrittagli ed incoraggiandolo a fare domande;

i. segnalare gli eventi avversi ed eventuali eventi sentinella o near-miss al risk manager aziendale, per il tramite del distretto.

7. RACCOMANDAZIONI PER LE DIREZIONI DELLE AZIENDE SANITARIE

Le Direzioni aziendali, con l'ausilio del risk manager aziendale, devono implementare, anche sulla scorta della Raccomandazione n. 7 del Ministero della Salute, della relativa "Procedura regionale per la gestione del rischio clinico legato alle terapie farmacologiche" allegata alla Delibera di Giunta regionale n. 391 del 24 maggio 2010 e del presente documento, una procedura condivisa tra gli operatori sanitari per la gestione dei farmaci LASA, completa di ogni indicazione ritenuta utile per la prevenzione degli errori in terapia e per evitare lo scambio di medicinali in ospedale, negli ambulatori e nei servizi territoriali delle ASL.

Le Aziende sanitarie devono, in particolare:

a. adottare un piano della sicurezza aziendale che consideri in maniera rilevante l'analisi degli errori in terapia e le azioni preventive e mitiganti da intraprendere, comprensivo di una procedura per la gestione dei farmaci LASA;

b. rendere disponibili, anche in formato elettronico, tutte le informazioni necessarie al corretto utilizzo dei farmaci;

c. valutare la possibilità, se ritenuto necessario ad evitare lo scambio di farmaci e rispettando la normativa che regola le gare di acquisto, di richiedere nella stesura dei capitolati, la presenza di criteri per la Sicurezza dei pazienti, al fine di raccogliere ogni elemento predittivo di tutte le modalità di errore associate ad ogni singolo acquisto.

d. vigilare sull'effettivo impiego della Scheda Unica di Terapia;

e. introdurre tecnologie informatizzate (in base alle risorse economiche e umane) per la corretta gestione del farmaco;

f. riorganizzare la logistica intraospedaliera garantendo la centralizzazione in Farmacia dei farmaci antitumorali;

g. prevedere il doppio controllo delle preparazioni da parte degli infermieri e/o dei medici prima della somministrazione soprattutto per i *farmaci ad alto livello di attenzione*;

h. divulgare nei reparti e nei distretti eventuali "allerte", contrassegni supplementari e codici colore nonché una lista delle abbreviazioni e degli acronimi purché concordati tra Farmacia ospedaliera, reparti e Funzione aziendale del Rischio clinico;

i. prestare attenzione alla gestione dei farmaci al momento del ricovero e della dimissione. In particolare, all'atto della dimissione, devono essere fornite ai pazienti informazioni scritte che riguardano le indicazioni, le modalità di assunzione e conservazione ed eventuali interazioni;

j. valutare attentamente con la Farmacia ospedaliera e con la Funzione aziendale del Rischio clinico l'opportunità di elaborare e diffondere ai reparti le liste di farmaci LASA da aggiornare periodicamente, inserendo eventuali nuovi farmaci aventi caratteristiche tali da renderli scambiabili con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni, e adottando apposita scheda per la segnalazione dei farmaci LASA (identificare e rivedere periodicamente la lista dei medicinali LASA utilizzati nel proprio ospedale)

k. favorire l'invio delle informazioni relative ai farmaci LASA al Ministero della salute, tramite l'apposita casella di posta elettronica (Terapiaesicurezza@sanita.it), e al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie;

l. formalizzare la gestione dei farmaci fuori PTO la cui fornitura, opportunamente motivata dal medico prescrittore e concordata con la Farmacia ospedaliera, deve essere limitata, ma garantita in tempi brevi;

m. provvedere in modo continuativo al monitoraggio e alla valutazione della gestione corretta dei farmaci;

n. prevedere la formazione periodica sul rischio da farmaci LASA;

o. avviare e sviluppare un sistema di segnalazione interno degli eventi avversi da farmaco a fini di studio e nel rispetto della normativa in tema di privacy, e nello stesso tempo favorire la segnalazione di eventi sentinella al sistema SIMES del Ministero della Salute.

8. IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE

E' necessario che le Direzioni aziendali e le Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate provvedano alla diffusione ed implementazione del presente documento di recepimento della Raccomandazione n.12, nonché a predisporre una loro procedura per la prevenzione degli errori in terapia con l'uso dei farmaci LASA.

FARMACI LASA E FATTORI DI RISCHIO

**Elenco ricavato dalle informazioni pervenute nel corso dell'indagine conoscitiva novembre 2008 - maggio 2009
Aggiornato al 31 dicembre 2010**

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
1	ABILIFY 10mg cpr	ABILIFY 15mg cpr					X	
2	ADRIPLASTINA 50mg/25ml fl	FARMORUBICINA 50mg/25ml fl				X		
3	AKINETON 2mg cpr	AKINETON 4mg cpr					X	
4	ALAPRIL 5mg cpr	ALAPRIL 20 mg cpr					X	
5	ALAPRIL 5mg cpr	CHIARO 250mg cpr				X		
6	ALAPRIL 20mg cpr	CHIARO 250mg cpr				X		
7	ALKERAN 2mg cpr	LEUKERAN 2mg cpr	X	X		X		
8	AMARYL cpr	ALMARYTM cpr	X	X				
9	AMARYL 2mg cpr	AMARYL 4mg cpr					X	
10	AMPLITAL 1g fl	AMPLITAL 500mg fl					X	

Elenco aggiornato al 31 dicembre 2010

9. INDIRIZZI OPERATIVI

Gli errori in terapia da medicinali LASA non sono semplici da individuare, per questo motivo è molto importante attivare le seguenti azioni di carattere generale orientate alla sicurezza dei pazienti:

- implementare la formazione e aumentare la consapevolezza del personale sanitario per un attento e costante monitoraggio dei possibili rischi correlati a tali medicinali;
- favorire la segnalazione dei farmaci suscettibili di confondimenti, ulteriori rispetto a quelli contenuti nell'elenco ministeriale allegato al presente documento (Allegato I.1);
- informare e coinvolgere il paziente sulla corretta gestione della terapia domiciliare con farmaci LASA; infatti un paziente adeguatamente informato può essere in grado di rilevare un possibile scambio di medicinali e prevenire errori ed eventi indesiderati;
- organizzare un'adeguata logistica nello stoccaggio dei medicinali simili, introducendo contrassegni supplementari o sistemi di allerta ovunque siano conservati i medicinali (medicherie, ambulatori, farmacia, carrelli etc.);
- ove possibile, utilizzare sistemi informatizzati per la prescrizione o per la distribuzione dei medicinali;
- rendere disponibili e facilmente consultabili le schede informative dei farmaci;
- identificare e rivedere periodicamente la lista dei medicinali LASA utilizzati nel proprio ospedale.

In particolare la fase della prescrizione medica insieme con la trascrizione delle prescrizioni sul foglio infermieristico rappresentano fasi particolarmente esposte ad errori; pertanto, al fine di ridurre le possibilità di errore, tutte le Strutture Sanitarie pubbliche e Private accreditate devono mettere in atto iniziative volte a minimizzare la possibilità di confondimento.

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
11	ARACYTIN 100mg/5ml fl	ESTRACYT 140mg cps				X		
12	ARICEPT 5mg cpr	ARICEPT 10mg cpr					X	
13	AT III KEDRION 1000 UI fl	EMOCLOT 1000 UI fl				X		
14	ATROPINA LUX 1% collirio	CICLOLUX 1% collirio				X		
15	ATROPINA SOLFATO 0,5mg fl MONICO	ADRENALINA 1mg fl MONICO				X		
16	AVASTIN 100 mg fl	AVASTIN 400 mg fl					X	
17	BROMAZEPAM RATIO 20ml gtt	DELORAZEPAM RATIO 20ml gtt	X	X		X		
18	BROMAZEPAM RATIO 20ml gtt	DIAZEPAM RATIO 20ml gtt	X	X		X		
19	BROMAZEPAM RATIO 3mg cpr	TRIAZOLAM RATIO 125mg cpr		X		X		
20	BUSCOPAN cpr	BUSCOPAN ANTIACIDO cpr eff.	X	X				
21	CAELYX 2mg/ml 10ml fl	CAELYX 2mg/ml 25ml fl						X
22	CALCIO CLORURO 1g 10ml fl MONICO	CALCIO GLUCONATO 1000mg fl MONICO				X		
23	CALCIO GLUCONATO 1g 10ml fl BIOINDUSTRIA	CALCIO CLORURO 1g 10ml fl BIOINDUSTRIA				X		

Elenco aggiornato al 31 dicembre 2010

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
24	CARDURA 4mg cpr	MEDROL 4mg cpr				X		
25	CARDURA cpr	RIDAURA cpr	X	X				
26	CARVEDILOLO DOC 25mg cpr	METOPROLOLO DOC 100mg cpr		X		X		
27	CATAPRESAN 150mcg/ml fl	PERSANTIN 10mg/2ml fl				X		
28	CATAPRESAN 150mcg/ml fl	EFFORTIL 10mg fl				X		
29	CEFONICID EG 1g fl	CEFTAZIDIMA EG 1g fl				X		
30	CERCHIO 10mg cpr	CHIARO 250mg cpr	X			X		
31	CLEXANE 2000 UI fl sir	CLEXANE 4000 UI fl sir				X		
32	CLEXANE T 6000 UI fl sir	CLEXANE T 8000 UI fl sir				X		
33	DEPAKIN CHRONO 300mg cpr	DEPAKIN CHRONO 500mg cpr					X	
34	DESAMETASONE FOSFATO HOSPIRA 4mg fl	NALOXONE CLORIDRATO. HOSPIRA 0,4mg fl				X		
35	DESAMETASONE FOSFATO HOSPIRA 8mg fl	NALOXONE CLORIDRATO. HOSPIRA 0,4mg/ml fl				X		
36	DETRUSITOL 1mg cpr	DETRUSITOL 2mg cpr					X	

Elenco aggiornato al 31 dicembre 2010

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
37	DINTOINA 100mg cpr	DINTOINALE 100mg+40mg cpr	X	X		X		
38	ELETTROLITICA EQ. PEDIATRICA fl DIACO	MANNITOLO 18% fl DIACO				X		
39	ELETTROLITICA EQ. PEDIATRICA fl DIACO	GLICEROLO fl DIACO				X		
40	ENDOPROST 0,05mg/0,5ml fl	FOLIDAR 15mg cpr				X		
41	ENDOXAN 500mg fl	ENDOXAN 1g fl					X	
42	ENDOXAN 500mg fl	HOLOXAN 1000mg fl	X	X		X		
43	EXJADE 125mg cpr	EXJADE 250mg cpr					X	
44	EXJADE 125mg cpr	EXJADE 500mg cpr					X	
45	FENTANIL HEXAL 25mcg /ora cer	FENTANIL HEXAL 100mcg/ora cer					X	
46	FLUPID 250mg cpr	SULIDAMOR 100mg cpr				X		
47	FLUXUM 0,4ml fl	FLUXUM 0,6ml fl					X	
48	GARDENALE 100mg cpr	GARDENALE 50mg cpr					X	
49	GLICINA+MANNITOLO 5lt sacca GALENICA SENESE	ACQUA P.I.I. 5lt sacca SALF			X			

Elenco aggiornato al 31 dicembre 2010

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
50	GLUCOSIO 5% 10ml fl BAXTER	SOLUZIONE FISIOLGICA 10ml fl BAXTER				X		
51	HALDOL 1mg cpr	HALDOL 5mg cpr					X	
52	HALDOL cpr	HALCION cpr	X	X				
53	HUMULIN fl	HUMALOG fl	X	X				
54	HALDOL-DECANOAS (50mg/ml) 1fl 3ml	HALDOL-DECANOAS (50mg/ml) 3fl 1ml						X
55	IOMERON 300mg 500ml fl	IOMERON 400mg 500ml fl					X	
56	IOMERON 300mg 500ml fl	IOMERON 400mg 100ml fl					X	
57	KANRENOL 250mg cpr	RYTMONORM 300mg cpr			X			
58	KANRENOL 200mg fl	SAMYR 400mg fl			X			
59	KETANEST S fl	FENTANEST fl	X	X				
60	KIVEXA cpr	TRIZIVIR cpr				X		
61	LAMICTAL cpr	LAMISIL cpr	X	X				
62	LANOXIN 0,0625mg cpr	LANOXIN 0,125mg cpr					X	

Elenco aggiornato al 31 dicembre 2010

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
63	LANSOPRAZOLO HEXAL 30mg cps	METFORMINA HEXAL 1g cpr				X		
64	LEUKERAN cpr	MYLERAN cpr	X	X				
65	LOPID cpr	LOPEMID cps	X	X				
66	LUMINALE 15mg cpr	LUMINALE 100mg cpr					X	
67	LYRICA 25mg cpr	NORVASC 10mg cpr				X		
68	MAGNESIO SOLFATO 1g 10ml fl MONICO	CALCIO GLUCONATO MONICO 1000mg 10ml fl				X		
69	MAGNESIO SOLFATO 1g 10ml fl MONICO	GLUCOSIO 33% 10ml fl MONICO				X		
70	MAGNESIO SOLFATO 1g 10ml fl MONICO	LIDOCAINA CLORIDRATO 50mg fl MONICO				X		
71	MAGNEVIST 469 mg/ml 10ml fl	MAGNEVIST 469 mg/ml 30ml fl						X
72	MEDROL 16mg cpr	XANAX 0,50mg cpr				X		
73	METADONE CLORIDRATO MOLTENI 1mg/ml 20ml flac	METADONE CLORIDRATO MOLTENI 5mg/ml 20ml flac					X	
74	MONOKET 20mg cpr	MONOKET 50mg cps					X	
75	MORFINA CLORIDRATO MOLTENI 10mg fl	MORFINA CLORIDRATO MOLTENI 20mg fl					X	

Elenco aggiornato al 31 dicembre 2010

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
76	MORFINA CLORIDRATO MOLTENI 20mg fl	PETIDINA CLORIDRATO MOLTENI 100mg fl				X		
77	NICOZID 200mg cpr	PERTIROID 200mg cps				X		
78	NIFEDIPINA HEXAL 500mg cpr	FUROSEMIDE HEXAL 20mg cpr				X		
79	OLICLINOMEL 1000N7-1000E sacca BAXTER	OLICLINOMEL 1000N4-550E sacca BAXTER					X	
80	ONKOTRONE 10mg fl	ONKOTRONE 20mg fl					X	
81	OXALIPLATINO 5mg/ml 10ml fl MYLAN	OXALIPLATINO 5mg/ml 20ml fl MYLAN						X
82	PERSANTIN 10mg fl	EFFORTIL 10mg fl				X		
83	PENTREXYL 1g fl	PENSTAPHO 1g fl			X			
84	PIPERITAL 1g fl	PIPERITAL 2g fl					X	
85	PLAUNAZIDE 20mg/12,5mg cpr	PLAUNAZIDE 20mg/25mg cpr					X	
86	PLAVIX cpr	LASIX cpr	X	X				
87	PLAVIX cpr	AVIX cpr	X	X				
88	POTASSIO CLORURO 10ml fl MONICO	MAGNESIO SOLFATO 1g 10ml fl MONICO				X		

Elenco aggiornato al 31 dicembre 2010

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
89	POTASSIO CLOR. 0,3% + GLUCOSIO 5% 500ml fl MONICO	POTASSIO CLOR. 0,6% + NACL 0,9% 500ml fl MONICO				X		
90	PROGRAF 0,5 mg cps	PROGRAF 1 mg cps					X	
91	PROGRAF 0,5 mg cps	PROGRAF 5 mg cps					X	
92	PROMETAX 1,5mg cps	PROMETAX 6mg cps					X	
93	PROSCAR cpr	PROZAC cps	X	X				
94	RAMIPRIL cpr	RANIDIL cpr	X	X				
95	RIFOCIN fl	ROCEFEN fl	X	X				
96	RIFOCIN fl	RIFADIN fl	X	X				
97	RISPERDAL fl	LIORESAL fl		X				
98	RYTMONORM 150mg cpr	ISOPTIN 80mg cpr				X		
99	RYTMONORM 150mg cpr	ISOPTIN 120mg cpr				X		
100	RYTMONORM 300mg cpr	ISOPTIN 80mg cpr				X		
101	RYTMONORM 300mg cpr	ISOPTIN 120mg cpr				X		

Elenco aggiornato al 31 dicembre 2010

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
102	RYTMONORM 70mg fl	SAMYR 400mg fl				X		
103	SANDIMMUN NEORAL 100mg cps	SANDIMMUN NEORAL 50 mg cps					X	
104	SELEPARINA 0,8ml 7600 UI fl	SELEPARINA 0,6ml 5700 UI fl					X	
105	SELOKEN cpr	SEROQUEL cpr	X	X				
106	SEQUACOR cpr	SEACOR cps	X	X				
107	SEQUACOR cpr	SEROQUEL cpr	X	X				
108	SOLDESAM 4mg fl	BETAMETASONE 4mg fl				X		
109	SOLUCORTEF 250mg fl	SOLUMEDROL 125mg fl	X	X		X		
110	SUTENT 12,5mg cps	SUTENT 25mg cps					X	
111	SUTENT 12,5mg cps	SUTENT 50mg cps					X	
112	SUTENT 25mg cps	SUTENT 50mg cps					X	
113	TEGRETOL 200mg cpr	TEGRETOL 400mg cpr					X	
114	TORADOL 10mg cpr	TORECAN 6,5mg cpr		X		X		

Elenco aggiornato al 31 dicembre 2010

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
115	TORADOL 10mg fl	TEFAMIN 240mg fl				X		
116	TORVAST 10 10mg cpr	MEDROL 4mg cpr				X		
117	TORVAST 10mg 30cpr	ZOLOFT 100mg 30cpr				X		
118	TRIMETON 4mg cpr	TRILAFON 4mg cpr	X	X		X		
119	ULTRAVIST 300mg 100ml fl	ULTRAVIST 370mg 100ml fl					X	
120	ULTRAVIST 300mg 500ml fl	ULTRAVIST 370mg 500ml fl					X	
121	UMANCOMPLEX 500 UI fl	EMOCLOT 1000UI fl				X		
122	UNASYN 750mg fl	UNASYN 1,5g fl					X	
123	VALIUM 10mg fl	ANEXATE 0,5mg/5ml fl				X		
124	VINCRISTINA PFIZER 2mg fl	ZAVEDOS 10mg 10ml fl				X		
125	XELODA 150mg cpr	TARCEVA 150mg cpr				X		
126	ZANTAC cpr	ZIRTEC cpr	X	X				
127	ZIMOX cpr	DIAMOX cpr	X	X				

Elenco aggiornato al 31 dicembre 2010

n.	Medicinale 1	Medicinale 2	SIMILITUDINE NEL NOME		SIMILITUDINE NELLA CONFEZIONE			
			GRAFICA	FONETICA	MEDICINALI DIVERSI		MEDICINALI UGUALI	
					Azienda Farmaceutica diversa	Azienda Farmaceutica uguale	Dosaggio diverso	Dosaggio uguale
128	ZOLOFT 100mg cpr	MEDROL 4mg cpr				X		
129	ZOLOFT cpr	ZOTON cpr	X	X				
130	ZOLPIDEM DOC 10mg cpr	MIRTAZAPINA DOC 30mg cpr				X		

Elenco aggiornato al 31 dicembre 2010

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 79 del 17 giugno 2013

DPGR n. 118 del'11 luglio 2012: "DPGR n. 26 del 21 Marzo 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati. Obiettivo: G01.S01-S02". Revoca dell'accreditamento ex DPGR n. 1/2011; Autorizzazione ed accreditamento della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "Sacro Cuore srl" con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02. Presa atto delibera n. 1383 del 30.05.2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza, di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, comma 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla DGR n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vinco-

lanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista;

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO

— che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarria ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 1° febbraio 2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarria, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad

acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17 - comma 4 - lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, nella parte in cui indica gli interventi da realizzarsi in via prioritaria e nello specifico:

— al punto 2) “riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate”;

— al punto 9) “attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale”;

CONSIDERATO che con DPGR n. 26 del 21 marzo 2012 recante: “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati. Obiettivo: G01.S01-S02.” è stata ridefinita la rete degli erogatori privati accreditati, nell'ambito del trattamento delle acuzie, in regime di ricovero ordinario e/o diurno;

CONSIDERATO:

— che conseguenzialmente è stato emanato il DPGR n. 118 dell'11.07.2012 con il quale sono stati concessi l'autorizzazione e l'accredimento, sulla base della dichiarazione sostitutiva di certificazione presentata dal Rappresentante Legale della casa di cura in ordine al possesso dei requisiti di legge, alla struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura “Sacro Cuore s.r.l.” secondo i dettami e riguardo alle discipline attribuite con DPGR n. 26/2012;

— che la concessione dell'autorizzazione e dell'accredimento era sottoposta alla condizione sospensiva della positiva verifica effettuata da parte della Commissione aziendale per l'autorizzazione e l'accredimento dell'A.S.P. territorialmente competente ai sensi dei DD.P.G.R. n. 28/2010 e n. 23/2011, in

ordine al possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalla L.R. n. 24/2008 e dal Regolamento regionale n. 13/2009;

VISTA la delibera n. 1383 del 30 maggio 2013 del Direttore generale dell'ASP di Cosenza avente per oggetto: “Verifica possesso requisiti Strutturali, Tecnologici ed Organizzativi di Autorizzazione e di Accredimento Casa di Cura “Sacro Cuore srl” di Cosenza - D.P.G.R. n. 26/2012, n. 106/2012, e n. 118/2012. Parere”, la quale recependo il verbale di verifica della Commissione Aziendale dell'ASP competente esprime parere favorevole riguardo al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla L.R. n. 24/2008, dal Regolamento regionale n. 13/2009;

CONSIDERATO che i provvedimenti amministrativi di autorizzazione sanitaria all'esercizio, di accreditamento e di revoca degli stessi sono di competenza esclusiva della Regione e per essa nella fase di attuazione del Piano di rientro del Commissario ad acta;

SU PROPOSTA del Responsabile del competente ufficio accreditamento in qualità di responsabile del procedimento;

TENUTO CONTO che in relazione al parere espresso dall'Ufficio Legislativo del Ministero della Salute, n. 7054-P del 03.10.2011, in materia di poteri dei sub Commissari è stato, tra l'altro, evidenziato che “il subcommissario possa adottare anche tutti gli atti prodromici quali atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali all'attuazione delle misure attuative del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale”;

PERTANTO, nel caso di specie, si è ritenuto di dover provvedere in tal senso;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

DI PRENDERE ATTO della delibera n. 1383 del 30 maggio 2013 del Direttore generale dell'ASP di Cosenza e, per gli effetti, confermare l'autorizzazione e l'accredimento concessi con il DPGR n. 118 dell'11.07.2012 alla struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura “Sacro Cuore srl” con sede in Cosenza - Via L. Fera n. 50, di cui il Sig. Benedetto Carratelli è il Legale Rappresentante;

DI PRESCRIVERE che le prestazioni:

— debbano sempre essere eseguite da personale medico e/ delle professioni sanitarie in possesso di idoneo titolo professionale ai sensi di legge e che il personale sanitario sia tenuto ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle specifiche specializzazioni ed esclusivamente presso la sede sopra indicata;

— debbano essere eseguite da personale che non abbia rapporto di dipendenza o di convenzione o di qualsiasi altro tipo con strutture pubbliche del S.S.N. e non sia, comunque, in situazione di incompatibilità per l'esercizio di attività professionale presso strutture private accreditate;

DI PRESCRIVERE CHE debbano essere garantite le trasmissioni dei flussi informativi d'attività all'Azienda Sanitaria competente per territorio secondo le modalità previste dalle disposizioni regionali in materia e nei termini da essa fissati;

DI FARE OBBLIGO all'Azienda Sanitaria competente per territorio di procedere a verifica del volume e dell'appropriata

tezza delle attività, della qualità dei risultati nonché del mantenimento dei requisiti almeno quattro volte all'anno ed evidenziare eventuali difformità agli uffici regionali competenti;

DI DISPORRE che qualora, a seguito di verifiche effettuate dalla Regione risulti la mancata corrispondenza di uno qualsiasi dei requisiti previsti, si procederà all'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI PRECISARE CHE:

— l'accreditamento non comporta l'obbligo per le aziende e gli enti del servizio sanitario a procedere alla stipula degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del DLgs 502/92 e s.m.i. e che l'Azienda Sanitaria, prima della sottoscrizione di tali accordi, è tenuta ad accertare la compatibilità con il fabbisogno predeterminato dalla programmazione regionale nonché con gli specifici fondi aziendali;

— ai sensi di quanto disposto dalla Legge Regionale 24/2008 e dal Regolamento regionale n. 13/2009, l'accreditamento ha validità triennale dalla data di adozione del presente provvedimento, fatte salve eventuali modifiche degli indici di programmazione Regionale e/o Aziendale, che dovranno essere recepite dalla struttura pena sospensione dell'accreditamento;

— per il rinnovo dell'accreditamento deve essere seguita una procedura analoga a quella per il rilascio: nei sei mesi precedenti la scadenza, il Rappresentante Legale della struttura deve richiedere il rinnovo dell'accreditamento con le indicazioni delle eventuali modifiche. In caso di mancata presentazione della domanda nei termini previsti, da considerarsi perentori, l'accreditamento si considera automaticamente decaduto;

DI DARE ATTO che ogni modifica e variazione dei presupposti su cui è fondato il presente provvedimento nonché ogni violazione delle prescrizioni del presente decreto, comporterà l'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI MANDARE al Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI PRECISARE che avverso il presente decreto è ammesso ricorso in sede giurisdizionale innanzi al TAR competente, da chiunque ne abbia legittimo interesse, entro 60 (sessanta) giorni dalla piena conoscenza, ovvero, entro 120 (centoventi) giorni dalla stessa data, ricorso straordinario al Presidente della Repubblica;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 17 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 80 del 17 giugno 2013

DPGR n. 106 del 5 luglio 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per post acuzie dei soggetti pubblici e privati. Obiettivo: G01.S01-S02". Presa atto delibera n. 1386 del 30.05.2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza. Autorizzazione ed accreditamento della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "Villa del Sole srl" con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza, di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, comma 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla DGR n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vinco-

lanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria”;

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che “Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”;

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO:

— che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarra sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarra ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 1° febbraio 2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarra, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad

acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17 - comma 4 - lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, nella parte in cui indica gli interventi da realizzarsi in via prioritaria e nello specifico:

— al punto 2) “riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate”;

— al punto 9) “attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale”;

VISTO il DPGR 18/2010 che programma il riassetto delle reti ospedaliera, territoriale e di emergenza/urgenza determinando, altresì, il fabbisogno dei posti letto appropriati nell'ambito del trattamento delle acuzie e delle post-acuzie degli erogatori pubblici e privati accreditati;

CONSIDERATE le risultanze degli incontri con i Direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali finalizzati a definire il riassetto della rete degli erogatori privati accreditati nell'ambito del trattamento delle post acuzie sulla base del fabbisogno del territorio di competenza e dell'offerta possibile da parte dell'Azienda stessa;

CONSIDERATE le formali risultanze degli incontri con i singoli erogatori privati accreditati;

VISTO il verbale sottoscritto dal Direttore Generale dell'ASP di Cosenza e dal Rappresentante della struttura in data 29.05.2012;

CONSIDERATO che con DPGR n. 106 del 5 Luglio 2012 recante: “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per post acuzie dei soggetti pubblici e privati. Obiettivo: G01.S01-S02” è stata ridefinita la rete degli

erogatori pubblici e privati da accreditare, nell'ambito del trattamento delle post acuzie in regime di ricovero ordinario e/o diurno;

VISTA la "Relazione illustrativa", allegata al citato DPGR 106/2012, di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale, che fissa entro il termine massimo del 31.12.2012 le riconversioni riguardanti le discipline inerenti il trattamento delle post acuzie nelle case di cura già accreditate per le acuzie e/o post-acuzie e sottoposte con lo stesso DPGR a riconfigurazione;

CONSIDERATO che la Struttura Commissariale aveva invitato i Direttori generali/Commissione straordinaria delle AA.SS.PP. ad attivare le Commissioni aziendali per l'autorizzazione/accreditamento per l'espletamento delle procedure relative alla verifica sul possesso dei requisiti di legge per l'esercizio dell'attività delle discipline di cui all'atto di programmazione (D.P.G.R. n. 106/2012);

VISTA la delibera n. 1386 del 30 maggio 2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza avente per oggetto: "Riesame Verifica possesso requisiti Strutturali, Tecnologici ed Organizzativi di Autorizzazione e di Accredimento Casa di Cura "Villa del Sole srl" di Cosenza - D.P.G.R. n. 26/2012, n. 106/2012, n. 120/2012 e n. 174/2012. Parere", la quale recependo il verbale di verifica della Commissione Aziendale competente esprime parere favorevole riguardo al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla L.R. n. 24/2008 dal Regolamento regionale n. 13/2009 secondo i dettami del DPGR n. 106/2012 riguardo alle discipline, con lo stesso decreto, attribuite;

CONSIDERATO che i provvedimenti amministrativi di autorizzazione sanitaria all'esercizio, di accreditamento e di revoca degli stessi sono di competenza esclusiva della Regione e per essa nella fase di attuazione del Piano di rientro del Commissario ad acta;

SU PROPOSTA del Responsabile del competente ufficio accreditamento in qualità di responsabile del procedimento;

TENUTO CONTO che in relazione al parere espresso dall'Ufficio Legislativo del Ministero della Salute, n. 7054-P del 03.10.2011, in materia di poteri dei sub Commissari è stato, tra l'altro, evidenziato che "il subcommissario possa adottare anche tutti gli atti prodromici quali atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali all'attuazione delle misure attuative del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale";

PERTANTO, nel caso di specie, si è ritenuto di dover provvedere in tal senso;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

DI PRENDERE ATTO della delibera n. 1386 del 30 maggio 2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza e, per gli effetti: - conoscenza, ovvero, entro 120 (centoventi) giorni dalla stessa data, ricorso straordinario al Presidente della Repubblica;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 17 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 81 del 17 giugno 2013

DPGR n. 120 dell'11 luglio 2012 "DPGR n. 26 del 21 Marzo 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati. Obiettivo: G01.S01-S02". Revoca dell'accreditamento ex DPGR n. 1/2011; Autorizzazione ed accreditamento della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "Villa del Sole srl" con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02. Presa atto delibera n. 1386 del 30.05.2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza, di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, comma 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla DGR n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vinco-

lanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria”;

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che “Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”;

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO

— che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarra sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarra ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 1° febbraio 2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarra, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad

acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17 - comma 4 - lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, nella parte in cui indica gli interventi da realizzarsi in via prioritaria e nello specifico:

— al punto 2) “riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate”;

— al punto 9) “attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale”;

CONSIDERATO che con DPGR n. 26 del 21 marzo 2012 recante: “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati. Obiettivo: G01.S01-S02.” è stata ridefinita la rete degli erogatori privati accreditati, nell'ambito del trattamento delle acuzie, in regime di ricovero ordinario e/o diurno;

CONSIDERATO:

— che conseguenzialmente è stato emanato il DPGR n. 120 dell'11.07.2012 con il quale sono stati concessi l'autorizzazione e l'accreditamento, sulla base della dichiarazione sostitutiva di certificazione presentata dal Rappresentante Legale della casa di cura in ordine al possesso dei requisiti di legge, alla struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura “Villa del Sole s.r.l.” secondo i dettami e riguardo alle discipline attribuite con DPGR n. 26/2012;

— che la concessione dell'autorizzazione e dell'accreditamento era sottoposta alla condizione sospensiva della positiva verifica effettuata da parte della Commissione aziendale per l'autorizzazione e l'accreditamento dell'A.S.P. territorialmente competente ai sensi dei DD.P.G.R. n. 28/2010 e n. 23/2011, in

ordine al possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalla L.R. n. 24/2008 e dal Regolamento regionale n. 13/2009;

VISTA la delibera n. 1386 del 30 maggio 2013 del Direttore generale dell'ASP di Cosenza avente per oggetto: "Riesame Verifica possesso requisiti Strutturali, Tecnologici ed Organizzativi di Autorizzazione e di Accredimento Casa di Cura "Villa del Sole srl" di Cosenza - D.P.G.R. n. 26/2012, n. 106/2012, n. 120/2012 e n. 174/2012. Parere", la quale recependo il verbale di verifica della Commissione Aziendale dell'ASP competente esprime parere favorevole riguardo al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla L.R. n. 24/2008, dal Regolamento regionale n. 13/2009;

CONSIDERATO che i provvedimenti amministrativi di autorizzazione sanitaria all'esercizio, di accreditamento e di revoca degli stessi sono di competenza esclusiva della Regione e per essa nella fase di attuazione del Piano di rientro del Commissario ad acta;

SU PROPOSTA del Responsabile del competente ufficio accreditamento in qualità di responsabile del procedimento;

TENUTO CONTO che in relazione al parere espresso dall'Ufficio Legislativo del Ministero della Salute, n. 7054-P del 03.10.2011, in materia di poteri dei sub Commissari è stato, tra l'altro, evidenziato che "il subcommissario possa adottare anche tutti gli atti prodromici quali atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali all'attuazione delle misure attuative del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale";

PERTANTO, nel caso di specie, si è ritenuto di dover provvedere in tal senso;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

DI PRENDERE ATTO della delibera n. 1386 del 30 maggio 2013 del Direttore generale dell'ASP di Cosenza e, per gli effetti, confermare l'autorizzazione e l'accreditamento concessi con il DPGR n. 120 del 11.07.2012 alla struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "Villa del Sole srl" con sede in Cosenza - Via E. Galli n. 1/9 rione S. Vito, di cui il Sig. Massimo Perugini è il Legale Rappresentante;

DI PRESCRIVERE che le prestazioni:

— debbano sempre essere eseguite da personale medico e/ delle professioni sanitarie in possesso di idoneo titolo professionale ai sensi di legge e che il personale sanitario sia tenuto ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle specifiche specializzazioni ed esclusivamente presso la sede sopra indicata;

— debbano essere eseguite da personale che non abbia rapporto di dipendenza o di convenzione o di qualsiasi altro tipo con strutture pubbliche del S.S.N. e non sia, comunque, in situazione di incompatibilità per l'esercizio di attività professionale presso strutture private accreditate;

DI PRESCRIVERE CHE debbano essere garantite le trasmissioni dei flussi informativi d'attività all'Azienda Sanitaria competente per territorio secondo le modalità previste dalle disposizioni regionali in materia e nei termini da essa fissati;

DI FARE OBBLIGO all'Azienda Sanitaria competente per territorio di procedere a verifica del volume e dell'appropri-

tezza delle attività, della qualità dei risultati nonché del mantenimento dei requisiti almeno quattro volte all'anno ed evidenziare eventuali difformità agli uffici regionali competenti;

DI DISPORRE che qualora, a seguito di verifiche effettuate dalla Regione risulti la mancata corrispondenza di uno qualsiasi dei requisiti previsti, si procederà all'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI PRECISARE CHE:

— l'accreditamento non comporta l'obbligo per le aziende e gli enti del servizio sanitario a procedere alla stipula degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del DLgs 502/92 e s.m.i. e che l'Azienda Sanitaria, prima della sottoscrizione di tali accordi, è tenuta ad accertare la compatibilità con il fabbisogno predeterminato dalla programmazione regionale nonché con gli specifici fondi aziendali;

— ai sensi di quanto disposto dalla Legge Regionale 24/2008 e dal Regolamento regionale n. 13/2009, l'accreditamento ha validità triennale dalla data di adozione del presente provvedimento, fatte salve eventuali modifiche degli indici di programmazione Regionale e/o Aziendale, che dovranno essere recepite dalla struttura pena sospensione dell'accreditamento;

— per il rinnovo dell'accreditamento deve essere seguita una procedura analoga a quella per il rilascio: nei sei mesi precedenti la scadenza, il Rappresentante Legale della struttura deve richiedere il rinnovo dell'accreditamento con le indicazioni delle eventuali modifiche. In caso di mancata presentazione della domanda nei termini previsti, da considerarsi perentori, l'accreditamento si considera automaticamente decaduto;

DI DARE ATTO che ogni modifica e variazione dei presupposti su cui è fondato il presente provvedimento nonché ogni violazione delle prescrizioni del presente decreto, comporterà l'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI MANDARE al Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI PRECISARE che avverso il presente decreto è ammesso ricorso in sede giurisdizionale innanzi al TAR competente, da chiunque ne abbia legittimo interesse, entro 60 (sessanta) giorni dalla piena conoscenza, ovvero, entro 120 (centoventi) giorni dalla stessa data, ricorso straordinario al Presidente della Repubblica;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 17 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 82 del 17 giugno 2013

DPGR n. 106 del 5 luglio 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per post acuzie dei soggetti pubblici e privati. Obiettivo: G01.S01-S02". Revoca dell'accreditamento ex DPGR 1/2011; Presa atto delibera n. 1387 del 30.05.2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza. Autorizzazione ed accreditamento della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "Scarnati srl" con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza, di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, comma 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla DGR n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vinco-

lanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO:

— che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarria ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 1° febbraio 2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarria, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad

acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17 - comma 4 - lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, nella parte in cui indica gli interventi da realizzarsi in via prioritaria e nello specifico:

— al punto 2) “riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate”;

— al punto 9) “attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale”;

VISTO il DPGR 18/2010 che programma il riassetto delle reti ospedaliera, territoriale e di emergenza/urgenza determinando, altresì, il fabbisogno dei posti letto appropriati nell'ambito del trattamento delle acuzie e delle post-acuzie degli erogatori pubblici e privati accreditati;

VISTO il D.P.G.R. n. 1/2011 ed i relativi allegati, che individuano le strutture sanitarie accreditate definitivamente e le relative tipologie di prestazioni erogabili;

RITENUTO imprescindibile, ai fini dell'attuazione del Piano di Rientro e per come più volte ribadito dai Ministeri affiancanti, l'attivazione della nuova rete ospedaliera per post acuzie anche nel settore privato accreditato nel contesto offerta/fabbisogno di prestazioni programmate complessivamente tra Pubblico e Privato dal DPGR 18/2010 e dai consequenziali DDPGR 106/2011, e 106/2012;

CONSTATATO l'obbligo di dismissione derivante in applicazione del DPGR 106/2012 delle specialità già in regime di accreditamento ma non più previste dalla nuova configurazione stabilita dallo stesso DPGR;

VISTA la legge regionale n. 24 del 18 luglio 2008 con particolare riferimento all'art. 8 che prevede, ai fini del rinnovo del-

l'accREDITAMENTO, la ridefinizione delle prestazioni alla luce dei volumi di attività prodotte anche sulla base dei fabbisogni determinati dalla programmazione regionale;

CONSIDERATE le risultanze degli incontri con i Direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali finalizzati a definire il riassetto della rete degli erogatori privati accreditati nell'ambito del trattamento delle post acuzie sulla base del fabbisogno del territorio di competenza e dell'offerta possibile da parte dell'Azienda stessa;

CONSIDERATE le formali risultanze degli incontri con i singoli erogatori privati accreditati;

VISTO il verbale sottoscritto dal Direttore generale dell'ASP di Cosenza e dal Rappresentante della struttura in data 29.05.2012;

CONSIDERATO che con DPGR n. 106 del 5 Luglio 2012 recante: “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per post acuzie dei soggetti pubblici e privati. Obiettivo: G01.S01-S02” è stata ridefinita la rete degli erogatori pubblici e privati da accreditare, nell'ambito del trattamento delle post acuzie in regime di ricovero ordinario e/o diurno;

VISTA la “Relazione illustrativa”, allegata al citato DPGR 106/2012, di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale, che fissa entro il termine massimo del 31.12.2012 le riconversioni riguardanti le discipline inerenti il trattamento delle post acuzie nelle case di cura già accreditate per le acuzie e/o post-acuzie e sottoposte con lo stesso DPGR a riconfigurazione;

CONSIDERATO che la Struttura Commissariale aveva invitato i Direttori generali/Commissione straordinaria delle AA.SS.PP. ad attivare le Commissioni aziendali per l'autorizzazione/accreditamento per l'espletamento delle procedure relative alla verifica sul possesso dei requisiti di legge per l'esercizio dell'attività delle discipline di cui all'atto di programmazione (D.P.G.R. n. 106/2012);

VISTA la delibera n. 1387 del 30 maggio 2013 del Direttore generale dell'ASP di Cosenza avente per oggetto: “Verifica possesso requisiti Strutturali, Tecnologici ed Organizzativi di Autorizzazione e di Accreditamento Casa di Cura “Scarnati srl” di Cosenza - D.P.G.R. n. 26/2012, n. 106/2012, n. 115/2012, n. 174/2012. Parere”, la quale recependo il verbale di verifica della Commissione Aziendale competente esprime parere favorevole riguardo al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla L.R. n. 24/2008 dal Regolamento regionale n. 13/2009 secondo i dettami del DPGR n. 106/2012 riguardo alle discipline, con lo stesso decreto, attribuite;

CONSIDERATO che i provvedimenti amministrativi di autorizzazione sanitaria all'esercizio, di accreditamento e di revoca degli stessi sono di competenza esclusiva della Regione e per essa nella fase di attuazione del Piano di rientro del Commissario ad acta;

SU PROPOSTA del Responsabile del competente ufficio accreditamento in qualità di responsabile del procedimento;

TENUTO CONTO che in relazione al parere espresso dall'Ufficio Legislativo del Ministero della Salute, n. 7054-P del 03.10.2011, in materia di poteri dei sub Commissari è stato, tra l'altro, evidenziato che “il subcommissario possa adottare anche tutti gli atti prodromici quali atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali all'attuazione delle misure attuative del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale”;

PERTANTO, nel caso di specie, si è ritenuto di dover provvedere in tal senso;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

DI REVOCARE l'accreditamento della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "Scarnati srl" con sede nel comune di Cosenza, limitatamente alle discipline per il trattamento delle post acuzie in regime di ricovero ordinario e/o diurno individuate nel precedente D.P.G.R. n. 1/2011 e relativi allegati;

DI PRENDERE ATTO della delibera n. 1387 del 30 maggio 2013 del Direttore generale dell'ASP di Cosenza e, per gli effetti:

AUTORIZZARE ED ACCREDITARE, per un triennio, alle condizioni tutte che vengono sotto prescritte, la struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "Scarnati srl" con sede in Cosenza - Via Zara n. 4, di cui il Sig. Antonio Bilotti è il Legale Rappresentante, per le seguenti specialità in regime di ricovero ordinario e/o diurno: Lungodegenza (cod. 60) per n. 10 (dieci) posti letto;

DI PRESCRIVERE che le prestazioni:

— debbano sempre essere eseguite da personale medico e/ delle professioni sanitarie in possesso di idoneo titolo professionale ai sensi di legge e che il personale sanitario sia tenuto ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle specifiche specializzazioni ed esclusivamente presso la sede sopra indicata;

— debbano essere eseguite da personale che non abbia rapporto di dipendenza o di convenzione o di qualsiasi altro tipo con strutture pubbliche del S.S.N. e non sia, comunque, in situazione di incompatibilità per l'esercizio di attività professionale presso strutture private accreditate;

DI PRESCRIVERE CHE debbano essere garantite le trasmissioni dei flussi informativi d'attività all'Azienda Sanitaria competente per territorio secondo le modalità previste dalle disposizioni regionali in materia e nei termini da essa fissati;

DI FARE OBBLIGO all'Azienda Sanitaria competente per territorio di procedere a verifica del volume e dell'appropriatezza delle attività, della qualità dei risultati nonché del mantenimento dei requisiti almeno quattro volte all'anno ed evidenziare eventuali difformità agli uffici regionali competenti;

DI DISPORRE che qualora, a seguito di verifiche effettuate dalla Regione risulti la mancata corrispondenza di uno qualsiasi dei requisiti previsti, si procederà all'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI PRECISARE CHE:

— l'accreditamento non comporta l'obbligo per le aziende e gli enti del servizio sanitario a procedere alla stipula degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del DLgs 502/92 e s.m.i. e che l'Azienda Sanitaria, prima della sottoscrizione di tali accordi, è tenuta ad accertare la compatibilità con il fabbisogno predeterminato dalla programmazione regionale nonché con gli specifici fondi aziendali;

— ai sensi di quanto disposto dalla Legge Regionale 24/2008 e dal Regolamento regionale n. 13/2009, l'accreditamento ha validità triennale, fatte salve eventuali modifiche degli indici di

programmazione Regionale e/o Aziendale, che dovranno essere recepite dalla struttura pena sospensione dell'accreditamento;

— per il rinnovo dell'accreditamento deve essere seguita una procedura analoga a quella per il rilascio: nei sei mesi precedenti la scadenza, il Rappresentante Legale della struttura deve richiedere il rinnovo dell'accreditamento con le indicazioni delle eventuali modifiche. In caso di mancata presentazione della domanda nei termini previsti, da considerarsi perentori, l'accreditamento si considera automaticamente decaduto;

DI DARE ATTO che ogni modifica e variazione dei presupposti su cui è fondato il presente provvedimento nonché ogni violazione delle prescrizioni del presente decreto, comporterà l'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI MANDARE al Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI PRECISARE che avverso il presente decreto è ammesso ricorso in sede giurisdizionale innanzi al TAR competente, da chiunque ne abbia legittimo interesse, entro 60 (sessanta) giorni dalla piena conoscenza, ovvero, entro 120 (centoventi) giorni dalla stessa data, ricorso straordinario al Presidente della Repubblica;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 17 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 83 del 17 giugno 2013

DPGR n. 115 dell'11 luglio 2012: "DPGR n. 26 del 21 Marzo 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati. Obiettivo: G01.S01-S02". Revoca dell'accreditamento ex DPGR n. 1/2011; Autorizzazione ed accreditamento della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "Scarnati srl" con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02. Presa atto delibera n. 1387 del 30.05.2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza, di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, comma 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla DGR n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro

tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO

— che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarria ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 1° febbraio 2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarria, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta,

unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17 - comma 4 - lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, nella parte in cui indica gli interventi da realizzarsi in via prioritaria e nello specifico:

— al punto 2) “riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate”;

— al punto 9) “attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale”;

CONSIDERATO che con DPGR n. 26 del 21 marzo 2012 recante: “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati. Obiettivo: G01.S01-S02.” è stata ridefinita la rete degli erogatori privati accreditati, nell'ambito del trattamento delle acuzie, in regime di ricovero ordinario e/o diurno;

CONSIDERATO:

— che conseguenzialmente è stato emanato il DPGR n. 115 dell'11.07.2012 con il quale sono stati concessi l'autorizzazione e l'accreditamento, sulla base della dichiarazione sostitutiva di certificazione presentata dal Rappresentante Legale della casa di cura in ordine al possesso dei requisiti di legge, alla struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura “Scarnati s.r.l.” secondo i dettami e riguardo alle discipline attribuite con DPGR n. 26/2012;

— che la concessione dell'autorizzazione e dell'accreditamento era sottoposta alla condizione sospensiva della positiva verifica effettuata da parte della Commissione aziendale per l'autorizzazione e l'accreditamento dell'A.S.P. territorialmente competente ai sensi dei DD.P.G.R. n. 28/2010 e n. 23/2011, in ordine al possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalla L.R. n. 24/2008 e dal Regolamento regionale n. 13/2009;

VISTA la delibera n. 1387 del 30 maggio 2013 del Direttore generale dell'ASP di Cosenza avente per oggetto: “Riesame Verifica possesso requisiti Strutturali, Tecnologici ed Organizzativi di Autorizzazione e di Accreditamento Casa di Cura “Scarnati srl” di Cosenza - D.P.G.R. n. 26/2012, n. 106/2012, n. 115/2012 e n. 174/2012. Parere”, la quale recependo il verbale di verifica della Commissione Aziendale dell'ASP competente esprime parere favorevole riguardo al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla L.R. n. 24/2008, dal Regolamento regionale n. 13/2009;

CONSIDERATO che i provvedimenti amministrativi di autorizzazione sanitaria all'esercizio, di accreditamento e di revoca degli stessi sono di competenza esclusiva della Regione e per essa nella fase di attuazione del Piano di rientro del Commissario ad acta;

SU PROPOSTA del Responsabile del competente ufficio accreditamento in qualità di responsabile del procedimento;

TENUTO CONTO che in relazione al parere espresso dall'Ufficio Legislativo del Ministero della Salute, n. 7054-P del 03.10.2011, in materia di poteri dei sub Commissari è stato, tra l'altro, evidenziato che “il subcommissario possa adottare anche tutti gli atti prodromici quali atti normativi, amministrativi, or-

ganizzativi e gestionali all'attuazione delle misure attuative del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale”;

PERTANTO, nel caso di specie, si è ritenuto di dover provvedere in tal senso;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

DI PRENDERE ATTO della delibera n. 1387 del 30 maggio 2013 del Direttore generale dell'ASP di Cosenza e, per gli effetti, confermare l'autorizzazione e l'accreditamento concessi con il DPGR n. 115 del 11.07.2012 alla struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura “Scarnati srl” con sede in Cosenza - Via Zara n. 4, di cui il Sig. Antonio Bilotti è il Legale Rappresentante;

DI PRESCRIVERE che le prestazioni:

— debbano sempre essere eseguite da personale medico e/ delle professioni sanitarie in possesso di idoneo titolo professionale ai sensi di legge e che il personale sanitario sia tenuto ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle specifiche specializzazioni ed esclusivamente presso la sede sopra indicata;

— debbano essere eseguite da personale che non abbia rapporto di dipendenza o di convenzione o di qualsiasi altro tipo con strutture pubbliche del S.S.N. e non sia, comunque, in situazione di incompatibilità per l'esercizio di attività professionale presso strutture private accreditate;

DI PRESCRIVERE CHE debbano essere garantite le trasmissioni dei flussi informativi d'attività all'Azienda Sanitaria competente per territorio secondo le modalità previste dalle disposizioni regionali in materia e nei termini da essa fissati;

DI FARE OBBLIGO all'Azienda Sanitaria competente per territorio di procedere a verifica del volume e dell'appropriatezza delle attività, della qualità dei risultati nonché del mantenimento dei requisiti almeno quattro volte all'anno ed evidenziare eventuali difformità agli uffici regionali competenti;

DI DISPORRE che qualora, a seguito di verifiche effettuate dalla Regione risulti la mancata corrispondenza di uno qualsiasi dei requisiti previsti, si procederà all'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI PRECISARE CHE:

— l'accreditamento non comporta l'obbligo per le aziende e gli enti del servizio sanitario a procedere alla stipula degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del DLgs 502/92 e s.m.i. e che l'Azienda Sanitaria, prima della sottoscrizione di tali accordi, è tenuta ad accertare la compatibilità con il fabbisogno predeterminato dalla programmazione regionale nonché con gli specifici fondi aziendali;

— ai sensi di quanto disposto dalla Legge Regionale 24/2008 e dal Regolamento regionale n. 13/2009, l'accreditamento ha validità triennale dalla data di adozione del presente provvedimento, fatte salve eventuali modifiche degli indici di programmazione Regionale e/o Aziendale, che dovranno essere recepite dalla struttura pena sospensione dell'accreditamento;

— per il rinnovo dell'accreditamento deve essere seguita una procedura analoga a quella per il rilascio: nei sei mesi precedenti la scadenza, il Rappresentante Legale della struttura deve richie-

dere il rinnovo dell'accreditamento con le indicazioni delle eventuali modifiche. In caso di mancata presentazione della domanda nei termini previsti, da considerarsi perentori, l'accreditamento si considera automaticamente decaduto;

DI DARE ATTO che ogni modifica e variazione dei presupposti su cui è fondato il presente provvedimento nonché ogni violazione delle prescrizioni del presente decreto, comporterà l'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI MANDARE al Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI PRECISARE che avverso il presente decreto è ammesso ricorso in sede giurisdizionale innanzi al TAR competente, da chiunque ne abbia legittimo interesse, entro 60 (sessanta) giorni dalla piena conoscenza, ovvero, entro 120 (centoventi) giorni dalla stessa data, ricorso straordinario al Presidente della Repubblica;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, lì 17 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 84 del 17 giugno 2013

DPGR n. 106 del 5 luglio 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per post acuzie dei soggetti pubblici e privati. Obiettivo: G01.S01-S02". Presa atto delibera n. 1461 del 5.06.2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza. Autorizzazione ed accreditamento della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "La Madonnina srl" con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza, di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, comma 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla DGR n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO:

— che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarra sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarra ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 1° febbraio 2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarra, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17-comma4-lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, nella parte in cui indica gli interventi da realizzarsi in via prioritaria e nello specifico:

— al punto 2) “riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in

grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate”;

— al punto 9) “attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale”;

VISTO il DPGR 18/2010 che programma il riassetto delle reti ospedaliera, territoriale e di emergenza/urgenza determinando, altresì, il fabbisogno dei posti letto appropriati nell'ambito del trattamento delle acuzie e delle post-acuzie degli erogatori pubblici e privati accreditati;

CONSIDERATE le risultanze degli incontri con i Direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali finalizzati a definire il riassetto della rete degli erogatori privati accreditati nell'ambito del trattamento delle post acuzie sulla base del fabbisogno del territorio di competenza e dell'offerta possibile da parte dell'Azienda stessa;

CONSIDERATE le formali risultanze degli incontri con i singoli erogatori privati accreditati;

VISTO il verbale sottoscritto dal Direttore Generale dell'ASP di Cosenza e dal Rappresentante della struttura in data 30.05.2012;

CONSIDERATO che con DPGR n. 106 del 5 Luglio 2012 recante: “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per post acuzie dei soggetti pubblici e privati. Obiettivo: G01.S01-S02” è stata ridefinita la rete degli erogatori pubblici e privati da accreditare, nell'ambito del trattamento delle post acuzie in regime di ricovero ordinario e/o diurno;

VISTA la “Relazione illustrativa”, allegata al citato DPGR 106/2012, di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale, che fissa entro il termine massimo del 31.12.2012 le riconversioni riguardanti le discipline inerenti il trattamento delle post acuzie nelle case di cura già accreditate per le acuzie e/o post-acuzie e sottoposte con lo stesso DPGR a riconfigurazione;

CONSIDERATO che la Struttura Commissariale aveva invitato i Direttori generali/Commissione straordinaria delle AA.SS.PP. ad attivare le Commissioni aziendali per l'autorizzazione/accreditamento per l'espletamento delle procedure relative alla verifica sul possesso dei requisiti di legge per l'esercizio dell'attività delle discipline di cui all'atto di programmazione (D.P.G.R. n. 106/2012);

VISTA la delibera n. 1461 del 5 giugno 2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza avente per oggetto: “Verifica possesso requisiti Strutturali, Tecnologici ed Organizzativi di Autorizzazione e di Accreditamento Casa di Cura “La Madonnina srl” di Cosenza - D.P.G.R. n. 26/2012, n. 106/2012, n. 117/2012 n. 172/2012 e n. 174/2012. Parere”, la quale recependo il verbale di verifica della Commissione Aziendale competente esprime parere favorevole riguardo al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla L.R. n. 24/2008 dal Regolamento regionale n. 13/2009 secondo i dettami del DPGR n. 106/2012 riguardo alle discipline, con lo stesso decreto, attribuite;

CONSIDERATO che i provvedimenti amministrativi di autorizzazione sanitaria all'esercizio, di accreditamento e di revoca degli stessi sono di competenza esclusiva della Regione e per essa nella fase di attuazione del Piano di rientro del Commissario ad acta;

SU PROPOSTA del Responsabile del competente ufficio accreditamento in qualità di responsabile del procedimento;

TENUTO CONTO che in relazione al parere espresso dall'Ufficio Legislativo del Ministero della Salute, n. 7054-P del 03.10.2011, in materia di poteri dei sub Commissari è stato, tra l'altro, evidenziato che "il subcommissario possa adottare anche tutti gli atti prodromici quali atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali all'attuazione delle misure attuative del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale";

PERTANTO, nel caso di specie, si è ritenuto di dover provvedere in tal senso;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

DI PRENDERE ATTO della delibera n. 1461 del 5 giugno 2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza e, per gli effetti:

AUTORIZZARE ED ACCREDITARE, per un triennio, alle condizioni tutte che vengono sotto prescritte, la struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "La Madonnina srl" con sede in Cosenza - Via P. Rossi n. 109, di cui il Sig. Aldo Rizzuti è il Legale Rappresentante, per le seguenti specialità in regime di ricovero ordinario:

— Riabilitazione Intensiva (cod. 56) per n. 26 (ventisei) posti letto in ricovero ordinario e n. 4 (quattro) in Day Hospital;

per complessivi n. 30 (trenta) posti letto;

DI PRESCRIVERE che le prestazioni:

— debbano sempre essere eseguite da personale medico e/ delle professioni sanitarie in possesso di idoneo titolo professionale ai sensi di legge e che il personale sanitario sia tenuto ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle specifiche specializzazioni ed esclusivamente presso la sede sopra indicata;

— debbano essere eseguite da personale che non abbia rapporto di dipendenza o di convenzione o di qualsiasi altro tipo con strutture pubbliche del S.S.N. e non sia, comunque, in situazione di incompatibilità per l'esercizio di attività professionale presso strutture private accreditate;

DI PRESCRIVERE CHE debbano essere garantite le trasmissioni dei flussi informativi d'attività all'Azienda Sanitaria competente per territorio secondo le modalità previste dalle disposizioni regionali in materia e nei termini da essa fissati;

DI FARE OBBLIGO all'Azienda Sanitaria competente per territorio di procedere a verifica del volume e dell'appropriatezza delle attività, della qualità dei risultati nonché del mantenimento dei requisiti almeno quattro volte all'anno ed evidenziare eventuali difformità agli uffici regionali competenti;

DI DISPORRE che qualora, a seguito di verifiche effettuate dalla Regione risulti la mancata corrispondenza di uno qualsiasi dei requisiti previsti, si procederà all'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI PRECISARE CHE:

— l'accreditamento non comporta l'obbligo per le aziende e gli enti del servizio sanitario a procedere alla stipula degli ac-

cordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del DLgs 502/92 e s.m.i. e che l'Azienda Sanitaria, prima della sottoscrizione di tali accordi, è tenuta ad accertare la compatibilità con il fabbisogno predeterminato dalla programmazione regionale nonché con gli specifici fondi aziendali;

— ai sensi di quanto disposto dalla Legge Regionale 24/2008 e dal Regolamento regionale n. 13/2009, l'accreditamento ha validità triennale, fatte salve eventuali modifiche degli indici di programmazione Regionale e/o Aziendale, che dovranno essere recepite dalla struttura pena sospensione dell'accreditamento;

— per il rinnovo dell'accreditamento deve essere seguita una procedura analoga a quella per il rilascio: nei sei mesi precedenti la scadenza, il Rappresentante Legale della struttura deve richiedere il rinnovo dell'accreditamento con le indicazioni delle eventuali modifiche. In caso di mancata presentazione della domanda nei termini previsti, da considerarsi perentori, l'accreditamento si considera automaticamente decaduto;

DI DARE ATTO che ogni modifica e variazione dei presupposti su cui è fondato il presente provvedimento nonché ogni violazione delle prescrizioni del presente decreto, comporterà l'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI MANDARE al Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI PRECISARE che avverso il presente decreto è ammesso ricorso in sede giurisdizionale innanzi al TAR competente, da chiunque ne abbia legittimo interesse, entro 60 (sessanta) giorni dalla piena conoscenza, ovvero, entro 120 (centoventi) giorni dalla stessa data, ricorso straordinario al Presidente della Repubblica;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 17 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 85 del 17 giugno 2013

DPGR n. 117 del 11 luglio 2012, parzialmente rettificato con DPGR n. 172 del 11.10.2012: "DPGR n. 26 del 21 Marzo 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati. Obiettivo: G01.S01-S02". Revoca dell'accreditamento ex DPGR n. 1/2011; Autorizzazione ed accreditamento della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "La Madonnina srl" con sede nel Comune di Cosenza. Obiettivo: G01.S01-S02. Presa atto delibera n. 1461 del 5.06.2013 del Direttore Generale dell' ASP di Cosenza.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza, di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, comma 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla DGR n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO

— che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarria ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 1° febbraio 2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni

rassegnate dal dott. Navarria, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17 - comma 4 - lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, nella parte in cui indica gli interventi da realizzarsi in via prioritaria e nello specifico:

— al punto 2) “riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate”;

— al punto 9) “attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale”;

CONSIDERATO che con DPGR n. 26 del 21 marzo 2012 recante: “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per acuzie dei soggetti erogatori privati. Obiettivo: G01.S01-S02.” è stata ridefinita la rete degli erogatori privati accreditati, nell'ambito del trattamento delle acuzie, in regime di ricovero ordinario e/o diurno;

CONSIDERATO:

— che conseguenzialmente è stato emanato il DPGR n. 117 dell'11.07.2012, parzialmente rettificato con DPGR n. 172 dell'11.10.2012, con i quali sono stati concessi l'autorizzazione e l'accreditamento, sulla base della dichiarazione sostitutiva di certificazione presentata dal Rappresentante Legale della casa di cura in ordine al possesso dei requisiti di legge, alla struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura “La Madonnina s.r.l.” secondo i dettami e riguardo alle discipline attribuite con DPGR n. 26/2012;

— che la concessione dell'autorizzazione e dell'accreditamento era sottoposta alla condizione sospensiva della positiva

verifica effettuata da parte della Commissione aziendale per l'autorizzazione e l'accreditamento dell'A.S.P. territorialmente competente ai sensi dei DD.P.G.R. n. 28/2010 e n. 23/2011, in ordine al possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti dalla L.R. n. 24/2008 e dal Regolamento regionale n. 13/2009;

VISTA la delibera n. 1461 del 5 giugno 2013 del Direttore generale dell'ASP di Cosenza avente per oggetto: “Verifica possesso requisiti Strutturali, Tecnologici ed Organizzativi di Autorizzazione e di Accreditamento Casa di Cura “La Madonnina srl” di Cosenza - D.P.G.R. n. 26/2012, n. 106/2012, n. 117/2012 n. 172/2012 e n. 174/2012. Parere”, la quale recependo il verbale di verifica della Commissione Aziendale dell'ASP competente esprime parere favorevole riguardo al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla L.R. n. 24/2008, dal Regolamento regionale n. 13/2009;

CONSIDERATO che i provvedimenti amministrativi di autorizzazione sanitaria all'esercizio, di accreditamento e di revoca degli stessi sono di competenza esclusiva della Regione e per essa nella fase di attuazione del Piano di rientro del Commissario ad acta;

SU PROPOSTA del Responsabile del competente ufficio accreditamento in qualità di responsabile del procedimento;

TENUTO CONTO che in relazione al parere espresso dall'Ufficio Legislativo del Ministero della Salute, n. 7054-P del 03.10.2011, in materia di poteri dei sub Commissari è stato, tra l'altro, evidenziato che “il subcommissario possa adottare anche tutti gli atti prodromici quali atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali all'attuazione delle misure attuative del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale”;

PERTANTO, nel caso di specie, si è ritenuto di dover provvedere in tal senso;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

DI PRENDERE ATTO della delibera n. 1461 del 5 giugno 2013 del Direttore generale dell'ASP di Cosenza e, per gli effetti, confermare l'autorizzazione e l'accreditamento concessi con il DPGR n. 117 del 11.07.2012, parzialmente rettificato con DPGR n. 172 del 11.10.2012, alla struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura “La Madonnina srl” con sede in Cosenza - Via P. Rossi n. 109, di cui il Sig. Aldo Rizzuti è il Legale Rappresentante;

DI PRESCRIVERE che le prestazioni:

— debbano sempre essere eseguite da personale medico e/ delle professioni sanitarie in possesso di idoneo titolo professionale ai sensi di legge e che il personale sanitario sia tenuto ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle specifiche specializzazioni ed esclusivamente presso la sede sopra indicata;

— debbano essere eseguite da personale che non abbia rapporto di dipendenza o di convenzione o di qualsiasi altro tipo con strutture pubbliche del S.S.N. e non sia, comunque, in situazione di incompatibilità per l'esercizio di attività professionale presso strutture private accreditate;

DI PRESCRIVERE CHE debbano essere garantite le trasmissioni dei flussi informativi d'attività all'Azienda Sanitaria competente per territorio secondo le modalità previste dalle disposizioni regionali in materia e nei termini da essa fissati;

DI FARE OBBLIGO all'Azienda Sanitaria competente per territorio di procedere a verifica del volume e dell'appropriatezza delle attività, della qualità dei risultati nonché del mantenimento dei requisiti almeno quattro volte all'anno ed evidenziare eventuali difformità agli uffici regionali competenti;

DI DISPORRE che qualora, a seguito di verifiche effettuate dalla Regione risulti la mancata corrispondenza di uno qualsiasi dei requisiti previsti, si procederà all'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI PRECISARE CHE:

— l'accreditamento non comporta l'obbligo per le aziende e gli enti del servizio sanitario a procedere alla stipula degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del DLgs 502/92 e s.m.i. e che l'Azienda Sanitaria, prima della sottoscrizione di tali accordi, è tenuta ad accertare la compatibilità con il fabbisogno predeterminato dalla programmazione regionale nonché con gli specifici fondi aziendali;

— ai sensi di quanto disposto dalla Legge Regionale 24/2008 e dal Regolamento regionale n. 13/2009, l'accreditamento ha validità triennale dalla data di adozione del presente provvedimento, fatte salve eventuali modifiche degli indici di programmazione Regionale e/o Aziendale, che dovranno essere recepite dalla struttura pena sospensione dell'accreditamento;

— per il rinnovo dell'accreditamento deve essere seguita una procedura analoga a quella per il rilascio: nei sei mesi precedenti la scadenza, il Rappresentante Legale della struttura deve richiedere il rinnovo dell'accreditamento con le indicazioni delle eventuali modifiche. In caso di mancata presentazione della domanda nei termini previsti, da considerarsi perentori, l'accreditamento si considera automaticamente decaduto;

DI DARE ATTO che ogni modifica e variazione dei presupposti su cui è fondato il presente provvedimento nonché ogni violazione delle prescrizioni del presente decreto, comporterà l'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI MANDARE al Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI PRECISARE che avverso il presente decreto è ammesso ricorso in sede giurisdizionale innanzi al TAR competente, da chiunque ne abbia legittimo interesse, entro 60 (sessanta) giorni dalla piena conoscenza, ovvero, entro 120 (centoventi) giorni dalla stessa data, ricorso straordinario al Presidente della Repubblica;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 17 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 86 del 17 giugno 2013

Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria - deliberazione del 20 aprile 2012, n. 486, avente ad oggetto "Bilancio d'esercizio 2011 ex art. 25 L.R. n. 43/1996" - Determinazioni.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la Regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la Regione Calabria e le determinazioni in esso previste com-

portano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Calabria in materia di programmazione sanitaria”;

— che l’art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che “Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”;

DATO ATTO che, ai sensi dell’art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamelo della regione per l’attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell’economia e delle finanze, nell’ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria di cui all’art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell’acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell’art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall’art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell’economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarra sono stati nominati sub Commissari per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarra ha rassegnato le proprie dimissioni dall’incarico a far data dall’1/02/2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarra, ha nominato il dott. Luigi D’Elia sub Commissario per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell’incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall’analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all’adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell’art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d’ostacolo all’attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall’art. 17 - comma 4 - lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

TENUTO CONTO che:

— ai sensi dell’art. 31, comma 1 della Legge regionale n. 43 del 1996, il bilancio di esercizio delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, corredato dalla relazione del Collegio Sindacale, deve essere adottato entro il 30 aprile dell’anno successivo a quello di chiusura dell’esercizio e trasmesso entro i dieci giorni successivi, congiuntamente alla relazione di cui all’art. 26, ai fini del controllo da parte della Giunta Regionale;

— la Legge regionale 19 marzo 2004, n. 11, all’art. 13 prevede gli atti sui quali la Giunta Regionale esercita il controllo di legittimità, tra cui i bilanci ed i conti consuntivi e che il controllo deve essere effettuato entro 60 giorni dalla data di ricezione dei documenti contabili;

— il bilancio d’esercizio si compone e deve essere corredato da: conto economico e stato patrimoniale, conto economico annuale dei presidi ospedalieri, nota integrativa (art. 25 L.R. n. 43/1996), relazione del Direttore generale (art. 29 L.R. n. 43/1996), relazione del Collegio dei revisori (art.31 c. 1 L.R. 43/96) in adempimento alle indicazioni contenute nella DGR del 2 luglio 2010, n. 486, concernente l’approvazione del Manuale delle procedure contabili per le Aziende del Servizio Sanitario regionale (allegato n. 3 - Schemi di Bilancio e Nota Integrativa);

— con DPGR commissariale del 15 marzo 2011, n. 21 e n. 22, sono stati definiti i tetti di spesa, rispettivamente per le prestazioni ospedaliere, di specialistica ambulatoriale da privato e sanitarie e sociosanitarie da privato per l’anno 2011;

— con DPGR commissariale del 4 agosto 2011, n. 88, sono stati indicati gli indirizzi operativi alle aziende del SSR per l’acquisto di beni e servizi e definiti i relativi tetti di spesa per l’anno 2011;

— con DPGR commissariale del 24 ottobre 2010, n. 110, sono state assegnate alle Aziende sanitarie ed ospedaliere le risorse per garantire l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per l’anno 2011;

VISTA la deliberazione dell’Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria del 20 aprile 2012, n. 486, con la quale il Direttore Generale ha approvato il Bilancio d’esercizio 2011, entro i termini previsti dalla L.R. 43/96;

DATO ATTO CHE la deliberazione n. 486/2012 è pervenuta al Dipartimento Tutela della Salute in data 3 maggio 2012 registrata con protocollo n. 153784/SIAR;

CHE in data 31 maggio 2012, l'Azienda ha trasmesso, con nota del 29 maggio 2012, n. 12669, copia del verbale del Collegio sindacale del 25 maggio 2012, n. 11, contenente la relazione al bilancio d'esercizio 2011 e da tale data, ai fini della decorrenza dei termini per il controllo di cui all'art. 13 della L.R. n. 11/2004, il bilancio si intende formalmente acquisito;

CHE con la relazione al bilancio 2011, allegata al verbale n. 11/2012, il Collegio ha ritenuto di esprimere un parere non favorevole al documento contabile esaminato per le seguenti osservazioni: "la mancata istituzione del libro inventari, ove vanno annotate le rimanenze di prodotti della farmacia ospedaliera e di materie prime"; "la perdita di esercizio, seppur contenuta rispetto ai valori patrimoniali, non risulta autorizzata dalla Regione Calabria ed incrementa inevitabilmente le perdite pregresse, depauperando ulteriormente il patrimonio aziendale. Non risultano peraltro accantonate nel bilancio preventivo per l'esercizio 2012 somme con il fine esclusivo di copertura di perdite pregresse ai sensi dell'art. 30 della Legge Regionale 43/96. Si segnala infine una anomala lievitazione delle sopravvenienze passive ed il Collegio raccomanda una corretta imputazione dei costi di esercizio al fine di evitare le discrasie contabili evidenziate";

CHE con nota del 20 giugno 2012, n. 15289, pervenuta al Dipartimento Tutela della salute in data 25 giugno 2012, prot. n. 222343, l'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria ha trasmesso opportuni chiarimenti in ordine ai rilievi mossi dal Collegio sindacale con il verbale n. 11/2012. Premettendo l'avvenuta attestazione da parte del Collegio, della regolarità del bilancio di esercizio e della relativa gestione contabile e confermando la mancata istituzione del libro inventari per la rilevazione delle rimanenze dei prodotti della farmacia ospedaliera, l'Azienda ha illustrato le controdeduzioni alle osservazioni rilevate dal Collegio come di seguito riportate:

a) L'esigua perdita d'esercizio di euro 998.318,12, pari allo 0,6% della quota di F.S.R. assegnata dalla Regione Calabria, è imputabile alla nuova procedura di affidamento del servizio assicurativo espletata nel marzo 2010 andata a regime nell'esercizio 2011, all'attivazione del sistema radiografico RIS/PACS (canoni leasing), del sistema robotizzato per la preparazione di farmaci citoblastici ed altre attrezzature di Medicina Nucleare il cui collaudo, avvenuto nel 2011, ha comportato un incremento di costi incomprimibili relativi a canoni leasing;

b) Riguardo al mancato accantonamento di somme per la copertura della perdita d'esercizio 2011 nel bilancio economico preventivo 2012 si evidenzia che il documento contabile previsionale è stato approvato prima della chiusura dell'esercizio 2011 (delibera n. 899 del 31.10.2011), entro il termine stabilito dall'art. 12 comma 2, della L.R. n. 43/96, precisando che il DPGR del 24 ottobre 2011, n. 110, concernente il riparto del F.S.R. per l'esercizio 2011, non è stato notificato all'Azienda nel corso dell'esercizio ed è stato pubblicato a metà dicembre 2011, quindi in data successiva a quella di approvazione del bilancio economico preventivo 2012;

c) Riguardo all'incremento delle sopravvenienze passive si chiarisce che esse si riferiscono alla registrazione di fatture e documenti che attestano costi relativi ad acquisti di beni e prestazioni di servizi di competenza economica di esercizi antecedenti a quello in corso. Il valore è determinato per il 60% circa dalla ricezione del regolamento dei premi per le polizze assicurative in essere per il 30% circa alla lenta gestione burocratica del materiale specialistico impiantabile in conto deposito. Si

condivide la raccomandazione del Collegio volta ad un migliore trattamento contabile di questa fattispecie e, a tal fine, è stata concordata con lo stesso una verifica congiunta presso la U.O.C. Farmacia;

PRESO ATTO CHE:

— La deliberazione n. 486/2012 risulta corredata degli allegati (artt. 25, 29, L.R. 43/96):

— Schema Stato Patrimoniale e Conto Economico 2011 in forma sintetica comparato con l'esercizio precedente anno 2010;

— Relazione sulla gestione del Direttore Generale;

— Nota Integrativa coerente con il modello approvato con DGR n. 486/2010;

— Modelli ministeriali CE, SP, LA;

— Partitario Fornitori;

— La deliberazione risulta carente degli schemi di bilancio in forma analitica con la comparazione delle singole voci con quelle del bilancio economico preventivo e con quelle corrispondenti dell'esercizio precedente;

— Con nota del 22 giugno 2012, n. 220871, il Settore "Area Economico-Finanziaria" del Dipartimento, sulla base del riparto definitivo delle risorse per Obiettivi di Piano 2011 di cui all'allegato 2 della DGR n. 255/2011, ha comunicato all'Azienda la riclassificazione dei contributi in c/esercizio indistinti e vincolati, riallineati con i crediti v/Regione nella definizione dell'attività di riconciliazione. La riclassificazione consisteva nella modifica del valore dei contributi a destinazione indistinta mantenendo inalterata l'assegnazione complessiva stabilita con DPGR 110/2011, pertanto, si è reso necessario chiedere all'Azienda di provvedere ad apportare le dovute rettifiche al modello CE su NSIS, nonché recepire le stesse nel bilancio di esercizio 2011;

— In data 2 luglio 2012, con nota del 25 giugno 2012, n. 15780, l'Azienda ha comunicato di aver apportato le modifiche alla voce "Crediti v/Regione" nel modello ministeriale SP sulla base informativa NSIS, relativamente ai dati di riconciliazione comunicati dal Dipartimento, sottolineando la difficoltà e l'impossibilità di tenere conto delle indicazioni regionali nella contabilità d'esercizio 2011, in quanto la data di chiusura della contabilità generale risultava essere precedente all'approvazione del bilancio;

— Avendo comunque riscontrato la non corrispondenza del valore dei dati rappresentati in bilancio con quanto esposto nei modelli economici ministeriali CE e SP presenti sulla base informativa ministeriale NSIS, si è reso necessario richiedere all'Azienda, con nota del 5 luglio 2013, n. 237049, di voler apportare le necessarie rettifiche alle poste rappresentate negli schemi di bilancio, ai fini dell'allineamento dei dati aziendali con le risultanze regionali, interrompendo quindi, i termini per l'esercizio del controllo previsti dall'art. 13 della L.R. n. 11/2004. L'Azienda non ha comunque ottemperato a tale richiesta;

— Il risultato d'esercizio 2011 è rappresentato da una perdita pari ad euro 998.318,12 che risulta maggiore rispetto all'anno precedente (anno 2010 = euro 342.875,00);

— In merito alle singole voci di bilancio si rileva quanto segue:

— I contributi da Regione per quota FSR rilevati tra i ricavi risultano pari ad euro 154.925.560,00 al netto delle entrate

proprie distinti in: contributi in c/esercizio a destinazione indistinta euro 153.496.009,00 comprensivi di ulteriori erogazioni (altro F.S.R. indistinto erogato euro 578.380,63 + incentivi attività donazione e trapianto euro 311.495,81), contributi vincolati (euro 889.876,00), contributi extra fondo vincolati (euro 443.593,00), contributi in c/esercizio per ricerca finalizzata (euro 95.501,00), contributi extra fondo Altro (euro 581,00). Tali valori non corrispondono totalmente a quelli esposti nel modello ministeriale CE presente sulla base informativa ministeriale NSIS;

– Tra i ricavi, la voce relativa a “Affitti Attivi” di cui alla macrovoce “Altri Proventi” registra una variazione in aumento rispetto all’anno precedente pari a euro 20.216,00 (anno 2011 = euro 196.112,00; anno 2010 = euro 175.896,00);

– Tra i costi, la voce relativa agli “Affitti passivi” di cui alla macro voce “Godimento di beni di terzi”, registra una variazione in aumento rispetto all’anno precedente di euro 243,00 (anno 2011 = euro 174.237,00; anno 2010 = euro 173.994,00);

– In merito ai proventi per attività immobiliari ed ai canoni annuali sostenuti, l’U.O.C. Attività Tecniche e Patrimonio dell’Azienda Ospedaliera, considerato fonte di riferimento per il controllo incrociato della consistenza patrimoniale, ha comunicato a questo Dipartimento, con nota del 10 dicembre 2012, n. 29321, dati incompleti e non confrontabili con quelli esposti in bilancio (Affitti attivi euro 36.557,52 per parziali attività immobiliari; Affitti passivi non comunicati). In data 3 giugno 2013, l’Azienda ha prodotto a mezzo fax una nota ricognitiva (prot. Regione n. 187343/SIAR del 4 giugno 2013) della consistenza del patrimonio immobiliare, inviata in data 8 agosto 2011 al Consiglio Regionale della Calabria, la quale attesta i valori dei fitti attivi e passivi esposti in bilancio;

– Dalla comparazione dei dati relativi ai costi di produzione esposti nel Conto Economico del bilancio 2011 con i dati del bilancio 2010 emerge una variazione in diminuzione complessiva pari a 144 migl. di euro (anno 2011 = 156.341 migl. euro; anno 2010 = 156.485 migl. euro); il seguente dettaglio specifica le variazioni delle più rilevanti macro voci di costo (in migliaia di euro): Acquisti di beni (+ 1.420 di cui sanitari + 1.570; non sanitari - 150), Acquisti di servizi (+ 1.009 di cui sanitari + 4; non sanitari + 1.005), Manutenzione e riparazione (-1.071), Godimento di beni di terzi (+ 644), Costo del personale (-1.456 di cui ruolo sanitario 1.154, ruolo professionale - 1, ruolo tecnico - 250, ruolo amm/vo - 51), Oneri diversi di gestione (+ 41), Ammortamenti fabbricati (zero), Altre immobilizzazioni materiali (- 206) ed immateriali (- 8), variazione rimanenze sanitarie e non sanitarie (+2.062), Accantonamenti tipici dell’esercizio (- 2.579);

– Tra i costi di produzione gli “Acquisti di beni e servizi” registrano un costo pari a 43.008 migl. euro che supera il limite dei tetti di spesa stabiliti con DPGR del 04.08.2011, n. 88 (42.603 migl. euro);

– Il valore esposto per il costo del personale risulta ridotto rispetto all’anno precedente di 1.457 migl. di euro (anno 2011 = 82.680 migl. euro; anno 2010 = 84.137 migl. euro); Il valore dell’effettivo costo sostenuto risulta esposto nella tabella B redatta dall’Azienda, in conformità alle istruzioni fornite in tema di “adempimenti rilevazione risparmi personale 2011”. La predetta tabella elaborata al 31.12.2011 quale consuntivo 2011, riporta il valore del costo del personale pari a 89.850 migl. euro [comprensivo dei contributi a carico dell’amministrazione, dell’IRAP ed al netto della quota parte delle spese di competenza del periodo di riferimento derivanti dal rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all’anno 2004 (3.919 migl. euro)]. Tale valore supera il limite del

costo sostenuto nell’anno 2004, quale anno di riferimento dell’obiettivo di contenimento della spesa (81.480 migl. di euro che, diminuito dell’1,4% diventa 80.339 migl. di euro) ed attesta che l’Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria non ha operato nel rispetto delle disposizioni sul contenimento della spesa per il personale, di cui all’art. 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296; In sede di controllo contabile si è riscontrata la non corrispondenza dei dati relativi al costo del personale distinto per ruoli, esposti dall’Azienda nel bilancio d’esercizio 2011 (82.680 migl. di euro al netto Irap), con quelli riportati nella tabella B distinti per personale dipendente a tempo indeterminato e determinato, redatta dall’Azienda (Totale 93.769 migl. di euro che al netto del costo IRAP esposto per 5.888 migl. di euro uguale al costo effettivo di 87.881 migl. di euro); Precisando che i dati devono essere coerenti con quelli comunicati sul conto annuale 2011 (tab. 12+13+14), nel rispetto del principio della competenza economica, a tal fine, con nota del 21 novembre 2012, n. 386759, questo Settore ha sollecitato quanto già richiesto con nota n. 318297/SIAR 2012 indicando la data del 3 dicembre 2012 quale ultimo termine utile di riscontro; con la predetta nota il Settore ha predisposto ed inviato una tabella riepilogativa di raccordo delle informazioni, utile a fare emergere le discordanze ed eventualmente integrarle, richiedendo contestualmente che la stessa venisse validata dal responsabile aziendale preposto al Controllo di gestione (o facente funzioni) e dal Presidente del Collegio Sindacale (Circolare ministeriale n. 9 del 22/3/2011); l’Azienda ha dato riscontro documentale con nota del 3 dicembre 2012, n. 28880, (prot Regione del 6.12.2012, n. 405570) producendo oltre alle relazioni sui Fondi contrattuali, una tabella di sintesi del dato esposto su CE 2011, sulla Tabella B e sul conto Annuale 2011, dimostrando così la coerenza dei dati comunicati al MEF. Gli stessi dati, nel bilancio aziendale, risultano classificati in conti diversi da quelli esposti nel modello CE ministeriale presente sulla base informativa NSIS;

– Il valore complessivo degli ammortamenti relativi alle immobilizzazioni materiali (euro 3.446.816,95 di cui “Fabbricati” euro 1.572.031,95 e “immobilizzazioni materiali” euro 1.874.785,00), non risulta corrispondente a quello determinato in sede di verifica, in quanto, per come riportato nella Nota Integrativa, l’Azienda ha adottato il criterio della vita utile residua sulla possibilità di utilizzo dei beni, non individuabili peraltro e non riconducibili alla determinazione del costo di competenza 2011;

– Tra le Attività dello Stato Patrimoniale si rileva che il valore netto delle Immobilizzazioni (euro 59.3320.953,00, di cui Materiali euro 59.318.546,00 ed Immateriali euro 2.407,00), non risulta corrispondente con il valore rideterminato in sede di verifica regionale, in quanto il relativo fondo viene alimentato dalle quote d’ammortamento determinate con il criterio della vita utile residua sulla possibilità di utilizzo dei beni, il cui valore imponibile da assoggettare alle aliquote corrispondenti per categoria non è individuabile dalla descrizione riportata nella Nota integrativa, quindi non riconducibile alla determinazione del valore netto delle immobilizzazioni dell’anno 2011;

– Tra le voci dell’Attivo dello Stato Patrimoniale esposte nello schema di bilancio, il valore complessivo dei crediti registra una variazione in aumento rispetto all’anno precedente di euro 720.468,00 (anno 2011 = euro 38.875.851,00; anno 2010 = euro 38.155.383,00) rappresentata in particolare dalla voce “Aziende sanitarie pubbliche” della Regione ed extra regione di euro 862.255,00 (anno 2011 = euro 5.917.115,00; anno 2010 = 5.054.860,00); i “Crediti da Regione e Province autonome” presentano una variazione in diminuzione pari ad euro 340.838,00 (anno 2011 = euro 29.275.064,00; anno 2010 = euro 29.615.902,15) discordante con il valore rilevato dai dati del bilancio regionale, su cui è stata avviata l’attività di riconciliazione di detti crediti, definita con DPGR del 11 maggio 2012, n. 72;

CONSIDERATO CHE:

— il bilancio presenta una perdita d'esercizio per l'anno 2011 pari ad euro 998.318,00, a fronte del risultato a pareggio del bilancio di previsione (deliberazione del 29 ottobre 2010, n. 657);

— la perdita d'esercizio registrata coincide con quella esposta nel modello CE presente sulla base informativa ministeriale NSIS;

— tuttavia non vi è corrispondenza di alcuni dati relativi alla situazione economica con quelli esposti in bilancio;

— la perdita di esercizio dell'anno 2011, pur contenuta in rapporto alle risorse assegnate, evidenzia la mancata coerenza con gli obiettivi dell'equilibrio economico finanziario, sanciti dall'art. 6 p. 2 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in attuazione dell'art. 1, comma 173 della legge del 30 dicembre 2004, n. 311;

— non risulta rispettato il tetto di spesa per l'acquisto di "Beni e servizi" stabilito con DPGR n. 88/2011;

— il valore dei crediti v/Regione, esposto dall'Azienda nell'Attivo dello Stato Patrimoniale, non corrisponde con i dati del bilancio regionale;

— il valore delle Immobilizzazioni, esposto dall'Azienda nell'Attivo dello Stato Patrimoniale, non rispetta il principio della chiarezza;

— il Collegio Sindacale, con la relazione allegata al verbale n. 11/2012, ha espresso parere non favorevole al documento contabile esaminato per rilievi di natura contabile. In ordine ai rilievi mossi dal Collegio sindacale, l'Azienda ha trasmesso opportuni chiarimenti, come riportati in premessa, in merito ai quali non risulta che il Collegio abbia considerato una riformulazione del parere;

— nel verbale del 23 luglio 2012 del Tavolo Tecnico ministeriale per la verifica congiunta degli adempimenti regionali, con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza sono individuate le coperture per il disavanzo consolidato 2011 della Regione Calabria, ricompreso il predetto disavanzo dell'Azienda;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI NON APPROVARE il bilancio d'esercizio dell'anno 2011 adottato dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria con deliberazione del 20 aprile 2012, n. 486, che presenta la seguente situazione economica:

VALORE DELLA PRODUZIONE	€ 163.876.929,00
(Totale A)	
COSTI DELLA PRODUZIONE	€ 156.341.219,00
(Totale B)	
Differenza tra valore e costi della produzione	€ +7.535.710,00
PROVENTI E ONERI FINANZIARI	€ - 227.144,00
(Totale C)	

RETTIFICA VALORI ATTIVITÀ FINANZIARIE	€	—
(Totale D)		
PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI	€	- 2.576.865,00
(Totale E)		
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	€	+ 4.731.701,00
(Totale A-B + C + D-E)		
IMPOSTE E TASSE	€	- 5.730.019,00
PERDITA D'ESERCIZIO	€	- 998.318,00

DI DISPORRE che l'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria provveda a superare, relazionando entro 30 giorni dalla data di notifica, i rilievi contenuti nel presente provvedimento;

DI DEMANDARE al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la sua esecuzione nei tempi prescritti dalle norme e per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI TRASMETTERE copia del presente provvedimento alla Corte dei Conti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 17 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 87 del 17 giugno 2013

Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria - deliberazione del 13 marzo 2013, n. 266 - Bilancio Economico Preventivo anno 2013 - Bilancio Pluriennale di Previsione 2013-2015 - Determinazioni.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determi-

nano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la Regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la Regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarria ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 01/02/2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarria, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i, art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta,

unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17 comma 4 - lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

TENUTO CONTO CHE:

— ai sensi dell'art. 12, comma 2 della Legge regionale n. 43 del 1996, il piano attuativo, il bilancio economico preventivo e pluriennale di previsione delle Aziende sanitarie ed ospedaliere devono essere adottati entro il 31 ottobre di ogni anno e trasmessi entro dieci giorni dalla data di adozione ai fini del controllo da parte della Giunta Regionale;

— i bilanci preventivi si compongono e devono essere corredati da: conto economico e stato patrimoniale del bilancio annuale e pluriennale, conto economico annuale e pluriennale dei presidi ospedalieri, nota integrativa (punto 5 art. 14 LR. 43/1996), relazione illustrativa del Direttore generale (art. 15 L.R. 43/1996), piano degli investimenti, budget generale e piano delle attività;

— l'art. 25, comma 2, del D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", dispone che il bilancio preventivo economico annuale redatto dalle Aziende Sanitarie sia costituito da:

— un conto economico preventivo (redatto secondo lo schema di conto economico previsto dall'art. 26);

— un piano dei flussi di cassa prospettici (redatto secondo lo schema di rendiconto finanziario previsto dall'art. 26);

— un conto economico dettagliato, secondo lo schema CE di cui al decreto ministeriale 15 giugno 2012;

In aggiunta il comma 3 del citato art. 25 dispone che il bilancio preventivo economico annuale sia corredato da:

— una nota illustrativa;

— il piano degli investimenti;

— una relazione redatta dal direttore generale dell'Azienda;

— la relazione del collegio sindacale;

— la Legge regionale 19 marzo 2004, n. 11, all'art. 13 prevede gli atti sui quali la Giunta Regionale esercita il controllo di legittimità, tra cui i bilanci ed i conti consuntivi e che il controllo deve essere effettuato entro 60 giorni dalla data di ricezione dei documenti contabili;

— nelle more dell'attribuzione delle risorse finanziarie per l'anno 2013, si considerano valide le indicazioni contenute negli ultimi provvedimenti adottati per l'anno precedente come di seguito evidenziati:

— con DPGR (nella qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria) del 29 gennaio 2013, n. 4, sono state assegnate alle Aziende sanitarie ed ospedaliere le risorse per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per l'anno 2012;

— con DPGR del 14 dicembre 2012, n. 189 e n. 190, sono stati definiti i tetti di spesa l'anno 2012, in materia di acquisto dei servizi sanitari da terzi soggetti erogatori rispettivamente per

le prestazioni ospedaliere da privato, assistenza specialistica ambulatoriale da privato e prestazioni sociosanitarie da privato;

— con DPGR del 21 novembre 2012, n. 182, sono stati indicati gli indirizzi operativi alle aziende del SSR per l'acquisto di beni e servizi e definiti i tetti di spesa per l'anno 2012;

VISTA la deliberazione del 31 ottobre 2012, n. 1109, avente ad oggetto "Bilancio Economico Preventivo 2013 e Pluriennale 2013-2015 ex art. 15, comma 1 L.R. 43/96", con la quale il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria ha adottato il Bilancio Economico Preventivo 2013, entro i termini previsti dalla L.R. 43/96, nelle more dell'attribuzione delle risorse finanziarie per l'anno 2013, sulla base dei contributi a destinazione indistinta assegnati per l'anno 2011 con DPGR del 24 ottobre 2011, n. 110;

PRESO ATTO CHE:

— in sede di controllo contabile è emersa la non corrispondenza del valore complessivo dei contributi in c/esercizio esposto tra i ricavi, per quota F.S.R. indistinto, vincolato e altro extra Fondo (euro 175.885.885,44), con quanto assegnato dalla Regione con DPGR commissariale del 24 ottobre 2011, n. 110 (assegnazione euro 153.496.009,00) utile da considerare per l'adozione del B.E.P. 2013 entro i termini ex L.R. 43/96 (31 ottobre 2012) ed anche con il valore dei contributi assegnati per l'anno 2012 con DPGR commissariale n. 4/2013 (assegnazione euro 154.631.880,00). Si è rilevato altresì che il valore dei contributi in c/esercizio esposto tra i ricavi, per quota F.S.R. indistinto e vincolato comprendeva una eccedenza (euro 22.389.876,44) considerata dall'Azienda un "diritto consolidato" di assegnazione di ulteriori contributi in c/esercizio, per come riportato nelle premesse della predetta deliberazione n. 1109/2012: "parziale riconoscimento della differenza tra il valore economico delle prestazioni appropriate che dovrebbero essere erogate e la stima a preventivo effettuata dalla Giunta Regionale della Calabria (stima dell'assegnazione effettiva, secondo quanto stabilito dalla DGR n. 62/2009 ovvero la valorizzazione economica delle prestazioni rese, sarebbe di euro 180.000.000,00)"; la predetta fonte documentale non è stata ritenuta legittimante dal Dipartimento Tutela della Salute ad autorizzare quanto rappresentato in bilancio di previsione 2013;

— Tale rappresentazione dei contributi in c/esercizio concorrenti alla determinazione del Valore della Produzione di cui al Conto Economico del Bilancio Economico Preventivo 2013 dell'Azienda, non avrebbe consentito alla Regione di adottare, in modo veritiero e corretto, il Bilancio di Previsione 2013 consolidato, in ottemperanza agli adempimenti contenuti negli artt. 25 e 31 del decreto legislativo n. 118/2011. Si è reso necessario, pertanto, chiedere all'Azienda, con nota del 28 febbraio 2013, n. 71458, di voler riformulare il Bilancio Economico Preventivo 2013 di cui alla deliberazione n. 1109/2012 allineando il valore dei contributi in c/esercizio assegnati con gli ultimi provvedimenti regionali ritenuti utili per la previsione dell'anno 2013 e di provvedere, altresì, all'allineamento dei dati esposti nel CE presente sulla base informativa ministeriale NSIS; di conseguenza è stata interrotta la decorrenza dei termini per l'esercizio del controllo previsti dall'art. 13 della L.R. n. 11/2004;

VISTA la deliberazione del 13 marzo 2013, n. 266, avente ad oggetto "Bilancio Economico Preventivo 2013 e Pluriennale 2013-2015 ex art. 15, comma 1 L.R. 43/96", con la quale il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria, in seguito alla richiesta del Dipartimento sopra menzionata, ha riformulato il Bilancio Economico Preventivo 2013, sulla base dei contributi a destinazione indistinta assegnati per l'anno 2012 con DPGR del 29 gennaio 2013, n. 4;

VISTA la relazione del Collegio sindacale allegata al verbale del 5 aprile 2013, n. 44, pervenuto al Dipartimento Tutela della

Salute in data 12 aprile 2013, prot. n. 125766, nella quale è stato espresso parere favorevole all'approvazione al Bilancio Economico Preventivo 2013 e Pluriennale 2013-2015, ritenendo le previsioni attendibili, congrue e coerenti col Piano di attività 2013, con i finanziamenti regionali nonché con le direttive impartite dalle autorità regionali e centrali;

PRESO ATTO che:

— il Bilancio Economico Preventivo 2013 dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria di cui alla predetta deliberazione n. 266/2013, è pervenuto formalmente al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche sanitarie in data 12 aprile 2013 (data di recepimento del verbale del Collegio sindacale n. 44/2013, considerata ai fini della decorrenza dei termini);

— il Bilancio Economico Preventivo 2013 risulta corredato dei seguenti allegati (art. 13, 14, 15, L.R. 43/96):

– Schema Bilancio Economico Preventivo 2013 (Conto Economico - Stato Patrimoniale) in forma sintetica ed analitica comparato con i dati economici del consuntivo 2011 e preventivo 2012;

– Conto Economico in forma CE (incompleto);

– Conto economico dipartimenti;

– Modello CE Ospedali;

– Schema Bilancio Economico Preventivo Pluriennale 2013-2015 (Conto Economico) in forma sintetica ed analitica;

– Nota Integrativa al Bilancio Pluriennale 2013/2015 (punto 5 art. 14 LR. 43/96);

– Relazione Illustrativa del Direttore Generale (art. 15 LR 43/96);

– Verbale del Collegio Sindacale n. 44 del 5 aprile 2013 (pervenuto in data 12 aprile 2013);

— la deliberazione n. 3142/2012 è risultata essere carente degli schemi del piano dei flussi di cassa prospettici (rendiconto finanziario), del Conto Economico e dello Stato patrimoniale, previsti dall'art. 25 del D.Lgs. 118/2011 (redatti secondo gli schemi di bilancio previsti dall'art. 26 del D.Lgs. 118/2011);

— con nota del 29.04.2013, n. 142633/SIAR, il Dipartimento ha chiesto all'Azienda di voler integrare la deliberazione n. 266/2013 dei predetti schemi previsti dall'art. 25 del D.Lgs. 118/2011, interrompendo nuovamente i termini per l'esercizio del controllo previsti dall'art. 13 della LR. n. 11/2004;

— in data 6 maggio 2013, l'Azienda ha trasmesso con nota del 30 aprile 2013, n. 9605, i documenti richiesti, tra cui lo schema del Conto Economico con la rappresentazione dei dati di previsione 2013 comparati con l'esercizio 2012 e lo schema del rendiconto finanziario previsionale 2013; da tale data riprende la decorrenza dei termini per l'esercizio del controllo previsti dall'art. 13 della L.R. n. 11/2004;

— il bilancio di cui alla deliberazione n. 266/2013 presenta un risultato d'esercizio a pareggio che coincide, considerando i dati della situazione economica, con quanto esposto nel modello ministeriale CE presente sulla base informativa NSIS;

— I contributi da Regione per quota FSR rilevati tra i ricavi, previsti sulla base dell'assegnazione per l'anno 2012 (euro 154.631.880,00 al netto delle entrate proprie, di cui contributi in

c/esercizio a destinazione indistinta euro 153.605.495,00, contributi in c/esercizio a destinazione vincolata euro 1.026.385,00), coincidono con quanto assegnato con il DPGR del 29 gennaio 2013, n. 4;

— Il valore dei costi di produzione previsto per l'anno 2013 (euro 158.848.160,00) risulta complessivamente maggiore rispetto all'esercizio 2012 (euro 158.402.114,00);

— La previsione del costo per il personale (euro 84.746.789,00) viene esposta in misura maggiore rispetto al 2012 (euro 80.569.811,00);

CONSIDERATO CHE:

— Il Bilancio Economico Preventivo 2013 dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria è stato adottato, in prima stesura entro i termini previsti dalla L.R. n. 43/96, nelle more dell'attribuzione delle risorse finanziarie per l'anno 2013, successivamente riformulato sulla base dei contributi a destinazione indistinta assegnati per l'anno 2012, con DPGR del 29 gennaio 2013, n. 4;

— Il Bilancio Economico Preventivo 2013 presenta un risultato d'esercizio a pareggio;

— Il Collegio Sindacale, con la relazione al bilancio di previsione 2013, allegata al verbale del 5 aprile 2013, n. 44, ha espresso parere favorevole all'approvazione del Bilancio Economico Preventivo 2013 e Pluriennale 2013-2015, ritenendo le previsioni attendibili, congrue e coerenti col Piano di attività 2013, con i finanziamenti regionali nonché con le direttive impartite dalle autorità regionali e centrali;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI PRENDERE ATTO del Bilancio Economico Preventivo 2013 e Pluriennale 2013-2015, adottato dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria con deliberazione del 13 marzo 2013, n. 266, quale riformulazione del bilancio di cui alla deliberazione del 31 ottobre 2012, n. 1109;

DI DEMANDARE al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute l'esecuzione del presente provvedimento nei tempi prescritti dalle norme e per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 17 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 88 del 17 giugno 2013

**Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza - deliberazione
del 30 ottobre 2012, n. 3142 - Adozione Bilancio Economico
Preventivo anno 2013 - Bilancio Pluriennale di Previsione
2013-2015 - Piano Attuativo anno 2013 - Determinazioni.**

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la Regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la Regione Calabria e le determinazioni in esso previste com-

portano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarria ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dall'1/02/2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarria, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17-comma 4-lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

TENUTO CONTO CHE:

— ai sensi dell'art. 12, comma 2 della Legge regionale n. 43 del 1996, il piano attuativo, il bilancio economico preventivo e pluriennale di previsione delle Aziende sanitarie ed ospedaliere devono essere adottati entro il 31 ottobre di ogni anno e trasmessi entro dieci giorni dalla data di adozione ai fini del controllo da parte della Giunta Regionale;

— i bilanci preventivi si compongono e devono essere correlati da: conto economico e stato patrimoniale del bilancio annuale e pluriennale, conto economico annuale e pluriennale dei presidi ospedalieri, nota integrativa (punto 5 art. 14 L.R. 43/1996), relazione illustrativa del Direttore generale (art. 15 L.R. 43/1996), piano degli investimenti, budget generale e piano delle attività;

— l'art. 25, comma 2, del D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi", a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", dispone che il bilancio preventivo economico annuale redatto dalle Aziende Sanitarie sia costituito da:

— un conto economico preventivo (redatto secondo lo schema di conto economico previsto dall'art. 26);

— un piano dei flussi di cassa prospettici (redatto secondo lo schema di rendiconto finanziario previsto dall'art. 26);

— un conto economico dettagliato, secondo lo schema CE di cui al decreto ministeriale 15 giugno 2012;

In aggiunta il comma 3 del citato art. 25 dispone che il bilancio preventivo economico annuale sia corredato da:

— una nota illustrativa;

— il piano degli investimenti;

— una relazione redatta dal direttore generale dell'Azienda;

— la relazione del collegio sindacale;

— la Legge regionale 19 marzo 2004, n. 11, all'art. 13 prevede gli atti sui quali la Giunta Regionale esercita il controllo di legittimità, tra cui i bilanci ed i conti consuntivi e che il controllo deve essere effettuato entro 60 giorni dalla data di ricezione dei documenti contabili;

— nelle more dell'attribuzione delle risorse finanziarie per l'anno 2013, si considerano valide le indicazioni contenute negli ultimi provvedimenti adottati per l'anno precedente come di seguito evidenziati:

— con DPGR (nella qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria) del 29 gennaio 2013, n. 4, sono state assegnate alle Aziende sanitarie ed ospedaliere le risorse per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per l'anno 2012;

— con DPGR del 14 dicembre 2012, n. 189 e n. 190, sono stati definiti i tetti di spesa l'anno 2012, in materia di acquisto dei servizi sanitari da terzi soggetti erogatori rispettivamente per le prestazioni ospedaliere da privato, assistenza specialistica ambulatoriale da privato e prestazioni sociosanitarie da privato;

— con DPGR del 21 novembre 2012, n. 182, sono stati indicati gli indirizzi operativi alle aziende del SSR per l'acquisto di beni e servizi e definiti i tetti di spesa per l'anno 2012;

VISTA la deliberazione del 30 ottobre 2012, n. 3142, avente ad oggetto "Bilancio Economico Preventivo 2013 e Pluriennale 2013-2015 - Piano delle Attività anno 2013 - Adozione", con la quale il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza ha adottato il Bilancio Economico Preventivo 2013, entro i termini previsti dalla L.R. 43/96, nelle more dell'attribuzione delle risorse finanziarie per l'anno 2013, sulla base dei contributi a destinazione indistinta assegnati per l'anno 2011 con DPGR del 24 ottobre 2011, n. 110;

PRESO ATTO CHE nelle premesse della predetta deliberazione n. 3142/2012, l'Azienda ha considerato la possibile riformulazione del Bilancio Economico Preventivo 2013, del Bilancio Pluriennale di previsione 2013-2015 e del Piano Attuativo, nel momento in cui ci sarà l'assegnazione definitiva da parte della Regione Calabria;

VISTA la relazione del Collegio sindacale allegata al verbale del 21 dicembre 2012, n. 45, pervenuto al Dipartimento Tutela della Salute in data 12 aprile 2013, prot. n. 124638, con la quale il Collegio ha espresso parere favorevole all'approvazione al Bilancio Economico Preventivo 2013 e Pluriennale 2013-2015, ritenendo le previsioni attendibili, congrue e coerenti col Piano di attività 2013, con i finanziamenti regionali nonché con le direttive impartite dalle autorità regionali e centrali;

PRESO ATTO che:

— il Bilancio Economico Preventivo 2013 dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza di cui alla predetta deliberazione n. 3142/2012, è pervenuto formalmente al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche sanitarie in data 12 aprile 2013 (data di recepimento del verbale del Collegio sindacale n. 45/2013, considerata ai fini della decorrenza dei termini);

— il Bilancio Economico Preventivo 2013 risulta redatto in conformità ai contenuti normativi della DGR 486/2010 e corredato dei seguenti allegati (art. 13, 14, 15, L.R. 43/96):

— Schema Bilancio Economico Preventivo 2013 (Conto Economico - Stato Patrimoniale) in forma sintetica ed analitica comparato con i dati economici del consuntivo 2011 e preventivo rideterminato 2012;

- Conto Economico in forma CE;
- Schema Bilancio Economico Preventivo Pluriennale 2013-2015 (Conto Economico) in forma sintetica;
- Schema CP Preventivo 2013 dei Presidi Ospedalieri;
- Nota Integrativa al Bilancio Pluriennale 2013/2015 (punto 5 art. 14 L.R. 43/96);
- Piano delle attività aziendali con l'atto aziendale della dotazione organica del personale;
- Relazione Illustrativa del Direttore Generale (art. 15 L.R. 43/96 - integrata con nota n. 264079/2012);
- Verbale del Collegio Sindacale n. 45 del 21.12.2012 (pervenuto in data 12 aprile 2013);

— la deliberazione n. 3142/2012 è risultata essere carente degli schemi del piano dei flussi di cassa prospettici (rendiconto finanziario), del Conto Economico e dello Stato patrimoniale, previsti dall'art. 25 del D.Lgs. 118/2011 redatti secondo gli schemi di bilancio previsti dall'art. 26 del D.Lgs. 118/2011);

— con nota del 29.04.2013, n. 142734/SIAR, il Dipartimento ha chiesto all'Azienda di voler integrare la deliberazione n. 3142/2012 dei predetti schemi previsti dall'art. 25 del D.Lgs. 118/2011, interrompendo i termini per l'esercizio del controllo previsti dall'art. 13 della L.R. n. 11/2004;

— in data 3 maggio 2013, l'Azienda ha trasmesso con nota del 2 maggio 2013, n. 96358, i documenti richiesti e da tale data riprende la decorrenza dei termini per l'esercizio del controllo previsti dall'art. 13 della L.R. n. 11/2004;

— il bilancio di cui alla deliberazione n. 3142/2012 presenta un risultato d'esercizio a pareggio che coincide, considerando i dati della situazione economica, con quanto esposto nel modello ministeriale CE presente sulla base informativa NSIS;

— I contributi da Regione per quota FSR rilevati tra i ricavi, previsti sulla base dell'assegnazione per l'anno 2011, risultano pari ad euro 919.706.055,00 al netto delle entrate proprie, di cui contributi in c/esercizio a destinazione indistinta euro 908.127.010,00, contributi in c/esercizio a destinazione vincolata (obiettivi PSN) euro 11.579.045,00 che coincidono con quanto assegnato con il DPGR del 24 ottobre 2011, n. 110;

— Il valore dei costi di produzione previsto per l'anno 2013 (euro 912.584.434,00) risulta ridotto rispetto all'esercizio 2011 (euro 988.263.490,00);

— La previsione del costo per il personale (euro 314.494.700,00) viene esposta in misura ridotta rispetto al 2011 (euro 326.506.526,00).

— Il valore dei costi previsti, da sostenere in materia di acquisti di servizi sanitari, specialistica ambulatoriale da privato (euro 37.867.544,00), assistenza ospedaliera da privato (euro 59.336.686,00), risulta esposto in misura ridotta rispetto all'anno 2011, per come riportato nella relazione illustrativa, in applicazione della Legge 135/2012;

CONSIDERATO CHE:

— Il Bilancio Economico Preventivo 2013 dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza è stato adottato entro i termini previsti dalla L.R. n. 43/96, nelle more dell'attribuzione delle

risorse finanziarie per l'anno 2013, sulla base dei contributi a destinazione indistinta assegnati per l'anno 2011 con DPGR del 24 ottobre 2011, n. 110;

— Il Bilancio Economico Preventivo 2013 presenta un risultato d'esercizio a pareggio;

— Riguardo all'assegnazione dei contributi in conto esercizio a destinazione indistinta e vincolata, in favore delle aziende sanitarie ed ospedaliere, l'ultimo provvedimento commissariale utile da considerare come anno precedente, per come già esplicitato in premessa, è stato adottato oltre il termine utile di adozione del Bilancio Economico Preventivo 2013 (31 ottobre 2012) con DPGR del 29 gennaio 2013, n. 4, il quale ha stabilito per l'anno 2012, un finanziamento per l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza pari ad euro 915.340.055,00;

— poiché i termini per l'adozione del Bilancio Economico Preventivo consolidato regionale sono abbondantemente scaduti e una debita riformulazione dei contributi in c/esercizio da parte dell'Azienda comporterebbe ulteriori ritardi, le differenze tra l'assegnazione 2011 e quella 2012 saranno opportunamente considerate nelle operazioni di consolidamento regionale, in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della Regione;

— Il Collegio Sindacale, con la relazione al bilancio di previsione 2013, allegata al verbale del 21 dicembre 2012, n. 45, ha espresso parere favorevole all'approvazione del Bilancio Economico Preventivo 2013 e Pluriennale 2013-2015, ritenendo le previsioni attendibili, congrue e coerenti col Piano di attività 2013, con i finanziamenti regionali nonché con le direttive impartite dalle autorità regionali e centrali;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI PRENDERE ATTO del Bilancio Economico Preventivo 2013 e Pluriennale 2013-2015, adottato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza con deliberazione del 30 ottobre 2012, n. 3142;

DI DEMANDARE al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute l'esecuzione del presente provvedimento nei tempi prescritti dalle norme e per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 17 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 89 del 19 giugno 2013

Recepimento Accordo Stato-Regioni "Piano per la malattia diabetica". Rep. atti n. 233/csr del 06 dicembre 2012.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la Regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la Regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarra sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarra ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 01/02/2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarra, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17-comma 4-lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

CONSIDERATO CHE:

— nella GU Serie Generale n. 32 del 7-2-2013 - Suppl. Ordinario n. 9 è stato pubblicato l'Accordo Stato-Regioni "Piano per la malattia diabetica" Rep. atti n. 233/csr del 06 dicembre 2012;

— con il suddetto Accordo le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a recepire con propri provvedimenti il documento "Piano sulla malattia diabetica", Allegato A), - parte integrante del presente atto - e a dare attuazione ai suoi contenuti nei rispettivi ambiti territoriali;

— il recepimento di tali linee guida rappresenta, peraltro, adempimento ai fini della verifica da parte del Comitato LEA di cui all'art. 9 dell'intesa Stato Regioni del 23/3/2005;

SU PROPOSTA dell'Ufficio Igiene Alimenti e Bevande del Settore Area LEA del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI RECEPIRE l'Accordo Stato-Regioni "Piano per la malattia diabetica" Rep. atti n. 233/csr del 06 dicembre 2012 pubblicato nella GU Serie Generale n. 32 del 7-2-2013 - Suppl. Ordinario n. 9, di cui all'allegato al presente Decreto, di cui ne è parte integrante e sostanziale;

DI MANDARE al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la sua esecuzione nei tempi prescritti dalle norme e per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 19 giugno 2013

Scopelliti

(segue allegato)



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Piano per la malattia diabetica"

Rep. Atti n. 233 / c.s.r. del 6 dicembre 2012

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

Nella odierna seduta del 6 dicembre 2012:

VISTA la delega a presiedere l'odierna seduta conferita al Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea;

VISTI gli articoli 2, comma 1, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la lettera in data 30 ottobre 2012, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo indicata in oggetto;

VISTA la lettera in data 7 novembre 2012, con la quale la predetta proposta è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota del 26 novembre 2012, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha espresso avviso tecnico favorevole sulla proposta di accordo di cui trattasi;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nei seguenti termini:

Considerati:

- il decreto del Ministro della sanità 8 febbraio 1982 recante "Prestazioni protesiche ortopediche erogabili a norma dell'articolo 1, lettera a), n. 5 del decreto legge 25 gennaio 1982, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 marzo 1982, n.98;
- la legge 18 ottobre 2001, n. 3 che - nel novellare l'art. 117 della Costituzione - annovera la "tutela della salute" tra le materie di potestà legislativa concorrente;
- la legge 16 marzo 1987, n.115 recante "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito", che considera il diabete come malattia di alto interesse sociale, sia per l'impatto sulla vita di relazione della persona che per le notevoli influenze sulla società e raccomanda di favorire l'inserimento delle persone con diabete nelle attività scolastiche, sportive e lavorative;
- in particolare l'articolo 2 della richiamata legge n.115 del 1987 che dispone che vengano stabiliti, con atto di indirizzo e coordinamento, gli interventi operativi più idonei per individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico e per programmare gli interventi sanitari su tali fasce;
- l'articolo 5 della suddetta legge n. 115 del 1987 che prevede che vengano stabiliti, ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, criteri di uniformità validi per tutto il territorio nazionale, relativamente a strutture e parametri organizzativi dei servizi diabetologici, metodi di indagine clinica, criteri di diagnosi e terapia, anche in armonia con i suggerimenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- il Protocollo d'intesa tra il Ministro della sanità ed il Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 1991 che, in attuazione dell'articolo 5 della richiamata legge n. 115 del 1987, ha definito le azioni più idonee per individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico e programmare interventi e che ha individuato criteri uniformi su tutto il territorio nazionale relativamente a strutture e parametri organizzativi dei servizi diabetologici, metodi di indagine clinica, criteri di diagnosi e terapia della malattia diabetica;
- la legge 27 maggio 1991, n. 176 recante "Convenzione sui Diritti del Fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989", che definisce l'area pediatrica e che riconosce che i fanciulli più deboli devono condurre una vita piena e degente, in condizioni che garantiscano la loro dignità, favoriscano la loro autonomia e agevolino una loro attiva partecipazione alla vita della comunità, il diritto dei fanciulli con fragilità di beneficiare di aiuti e di cure speciali, gratuite ogni qualvolta ciò sia possibile; che riconosce altresì il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione, garantendo che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi;



Presidenza
del Consiglio dei Ministri
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, che stabilisce che le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e atengono prevalentemente all'area materno-infantile e che devono essere realizzati programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata;
 - il decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con il Ministro della solidarietà sociale del 24 aprile 2000 recante "Adozione del Progetto obiettivo materno infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998/2000", che promuove la salute in età evolutiva nella comunità e garantisce adeguata assistenza in Unità Operativa pediatrica al bambino con malattie croniche o disabili, accentuando la tendenza alla deospedalizzazione con adeguati piani di assistenza sul territorio;
 - la legge 8 novembre 2000, n. 328 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali, attraverso il coordinamento e l'integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione;
 - il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive modificazioni e integrazioni, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33;
 - il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, recante Piano sanitario nazionale 2006-2008, pubblicato nel Supplemento Ordinario della Gazzetta Ufficiale n.139 del 17 giugno 2006, che fissa gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e prevede che i suddetti obiettivi sono conseguibili nel rispetto dell'Accordo sancito da questa Conferenza l'8 agosto 2001 (Rep. Atti n.1285/CSR) e nei limiti e in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e con i programmi Livelli Essenziali di Assistenza;
- Tenuto conto che:
- recenti indicazioni a livello europeo che evidenziano la necessità di sviluppare politiche nazionali per prevenzione, trattamento e cura del diabete, in linea con lo sviluppo sostenibile dei vari sistemi di assistenza sanitaria, nonché di elaborare strumenti adeguati per il raggiungimento di livelli di assistenza appropriati, che abbiano l'obiettivo di stabilizzare la malattia e migliorare la qualità di vita del paziente;
 - con l'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 aprile 2010 (Rep. Atti n.63/CSR) sul Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, con il quale si ribadisce l'impegno

nel campo della prevenzione del diabete e delle sue complicanze attraverso azioni da attuarsi all'interno di quattro macro-aree di intervento (medicina predittiva, programmi di prevenzione collettiva, programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio, programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia);

- nell'ambito della "Commissione permanente sulla malattia diabetica", che ha operato presso il Ministero della salute con il coinvolgimento delle Regioni, delle associazioni dei pazienti e delle Società scientifiche, è stato elaborato il documento indicato in oggetto, il quale è volto ad individuare alcuni obiettivi strategici per migliorare le attività di prevenzione, cura e riabilitazione del diabete, favorire percorsi che garantiscano al paziente uniformità di risposte e delineare le strategie generali e specifiche per la realizzazione di ciascun obiettivo;

- per meglio garantire che la tutela della salute delle persone affette da diabete, inoltre, è necessario che vi sia omogeneità nelle azioni regionali e locali e, a tal fine, con il documento in parola si forniscono indicazioni per il miglioramento della qualità dell'assistenza, in linea con l'evoluzione registrata in ambito scientifico e tecnologico e con i nuovi modelli organizzativi diffusi in vaste aree del territorio;

SI CONVIENE

sulla necessità di:

- contribuire al miglioramento della tutela assistenziale della persona con diabete o a rischio di diabete, anche attraverso l'ottimizzazione delle risorse disponibili;
- ridurre il peso della malattia sulla singola persona e sul contesto sociale;
- rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, assicurando equità di accesso e riducendo le disuguaglianze sociali;
- sistematizzare a livello nazionale tutte le attività nel campo della malattia diabetica al fine di rendere più omogeneo il processo diagnostico-terapeutico;
- affermare la necessità di una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno reticolare "multicentrico", mirato a valorizzare sia la rete specialistica diabetologica sia tutti gli attori della assistenza primaria;

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a recepire con propri provvedimenti il documento: "Piano sulla malattia diabetica", Allegato A), parte integrante del presente atto, e a dare attuazione ai suoi contenuti nei rispettivi ambiti territoriali.

All'attuazione del presente Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.



IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

E. Siniscalchi

IL PRESIDENTE

Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea

G. D'Andrea

1. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

1.1 Introduzione

L'assistenza alle persone con diabete rappresenta, in tutto il mondo sviluppato e, ormai, anche nei Paesi in via di sviluppo, uno dei principali problemi di organizzazione dei sistemi di tutela della salute.

Ciò va ben al di là del significato della cura della singola malattia, ma piuttosto rappresenta quasi un paradigma del modello di assistenza alla cronicità, che, nella maggior parte delle realtà mondiali, appare oggi epidemiologicamente prevalente.

Nella malattia diabetica l'impatto sociale, economico e sanitario ha imposto la ricerca di percorsi organizzativi in grado di minimizzare il più possibile l'incidenza degli eventi acuti o delle complicanze invalidanti che comportano costi elevatissimi, diretti e indiretti. La Medicina Basata sull'Evidenza ha indicato con chiarezza gli elementi efficaci nel contrasto dell'insorgenza delle patologie correlate al diabete, e, su tali evidenze, i maggiori sistemi hanno tentato di modellarsi. È oggi universalmente riconosciuto che un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, con l'attivo coinvolgimento delle persone con diabete, può essere in grado di ottenere i risultati migliori.

Il Piano sulla malattia diabetica illustra le principali vie per affrontare le problematiche relative alla malattia, individuando obiettivi centrati sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce, sulla gestione della malattia e delle complicanze, sul miglioramento dell'assistenza e degli esiti.

Pur dovendosi concentrare prevalentemente sugli aspetti relativi alla diagnosi e alla cura non si può non sottolineare il valore imprescindibile della prevenzione primaria ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema, sulla quale si richiama l'attenzione delle Regioni e verso cui si stanno indirizzando i Piani nazionali di prevenzione e il programma "Guadagnare Salute".

All'interno del Piano sono definiti obiettivi, generali e specifici, strategie e linee di indirizzo prioritarie. Vengono pure designate alcune modalità di assistenza alle persone con diabete. Tutto questo nella convinzione che tali indirizzi possano ridurre il peso della malattia con un miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete, e con una riduzione dei costi per il Sistema Sanitario.

Vengono infine indicate alcune aree ritenute allo stato prioritarie per il miglioramento della assistenza diabetologica, finalizzate a eventuali progetti obiettivi, nella considerazione che il Piano costituisca la piattaforma su cui costruire programmi di intervento specifici scelti e condivisi con Regioni e Province Autonome.

L'efficacia della strategia nazionale così delineata dovrà essere misurata sull'impatto che avrà sulle condizioni di salute delle persone con o a rischio di diabete; inoltre, per rendere realmente efficaci tale strategia, queste ultime dovranno essere maggiormente coinvolte nello sviluppo delle politiche e del management della malattia.

Ciò include la promozione del "self-management" e i programmi di prevenzione primaria quali, ad esempio, quelli riguardanti la nutrizione e l'attività fisica. Specifica attenzione deve poi essere rivolta ai gruppi di popolazione identificati ad alto rischio.

Per prevenire il diabete e ridurre l'impatto sociale è tuttavia necessario che il Servizio sanitario nazionale nelle sue articolazioni, le Associazioni di Pazienti, la Comunità medica e scientifica, le persone con diabete e tutti coloro che li assistono si adoperino per assicurare un efficace coordinamento dei Servizi.

Per il successo del Piano sono quindi elementi essenziali l'organizzazione e la corretta allocazione delle risorse umane e strutturali. In particolare i Professionisti Specializzati nell'assistenza diabetologica, i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e tutti gli altri interlocutori sanitari devono intervenire in modo integrato e coordinato, migliorare le loro conoscenze per fornire appropriate indicazioni e assumere, ove necessario, comportamenti in grado di garantire anche



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

Piano sulla malattia diabetica

strutturato che miri a trasmettere capacità di autogestione complessiva della patologia, compreso il trattamento farmacologico;

- il lavoro in team multidisciplinare e interdisciplinare cioè la sinergia coordinata delle diverse figure professionali, tutte adeguatamente formate, per realizzare una gestione integrata a tutela delle persone con diabete;
- la costruzione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali personalizzati e condivisi in grado di prevenire, rallentare, arrestare o far regredire le complicanze, ridurre morbilità, invalidità e mortalità, migliorare la qualità di vita;
- la registrazione e la valutazione dei risultati clinici e organizzativi;
- il miglioramento continuo del rapporto tra operatori sanitari e persone con diabete.

Perché abbiamo bisogno di un Piano sulla Malattia Diabetica che definisca obiettivi strategici e linee di indirizzo prioritarie per il miglioramento dell'assistenza?

Perché il diabete mellito:

1. è in aumento, sia come incidenza sia come prevalenza,
2. causa scarsa qualità di vita, peso sulla persona, sulla famiglia e sulla società,
3. causa spesso morte prematura ed è tra le maggiori cause di morte,
4. è la seconda causa di insufficienza renale terminale,
5. è la più comune causa di cecità,
6. è la più comune causa di amputazioni non traumatiche,
7. è la più comune malattia cronica fra i bambini.

Inoltre, perché:

- ha costi sanitari diretti consistenti (10-15% dei costi dell'assistenza sanitaria) con un elevato costo pro capite (3348 euro l'anno per paziente); la previsione di aumento della prevalenza farà quindi lievitare anche i costi;
- è possibile influenzare la storia naturale del Diabete sia in termini di prevenzione primaria che di prevenzione delle complicanze (evitare il sovrappeso e svolgere un'attività fisica regolare rappresentano i mezzi più appropriati per ridurre il rischio di insorgenza di DM2 nei soggetti con ridotta tolleranza ai carboidrati).

Infine, un Piano è necessario:

- per rispondere alle indicazioni internazionali ed europee (Dichiarazione di S. Vincent, Risoluzione ONU 2006; Consiglio EPSCO 2006; Forum di New York 2007; Lavori della Commissione Europea su "Information to patient", la "Copenhagen Roadmap");
- per rendere attuali le indicazioni della I.115 e dell'atto di intesa del 1991
- per rafforzare le indicazioni dei piani sanitari (2003-2005, 2006-2008), dei piani nazionali di prevenzione (2005-2007, 2010-2012), del progetto "IGEA".

Qual è la mission del Piano?

- Promuovere la prevenzione primaria e la diagnosi precoce;
- centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute del cittadino;
- contribuire al miglioramento della tutela assistenziale della persona con o a rischio di diabete, riducendo il peso della malattia sulla singola persona, sul contesto sociale e sul Servizio Sanitario;
- contribuire a rendere i servizi più efficaci ed efficienti in termini di prevenzione e assistenza, assicurando equità di accesso e contrastando le disuguaglianze sociali;
- promuovere la continuità assistenziale, favorendo l'integrazione fra gli operatori;
- contribuire a ridurre la variabilità clinica, diffondendo la medicina basata sulle evidenze (EBM);
- promuovere l'utilizzo congruo delle risorse.

un supporto psicosociale. I contributi di tutta la comunità scientifica sono inoltre indispensabili per incrementare le conoscenze.

Di non secondaria importanza è il ruolo del Volontariato, che deve divenire un interlocutore stabile nelle attività di programmazione e verifica e che, attraverso specifici processi di qualificazione, può divenire partner per lo sviluppo di programmi e attività di informazione/educazione dei pazienti e dei caregiver.

E ancora, un corretto sviluppo dei servizi non può fare a meno di un'approfondita conoscenza dell'incidenza, della prevalenza, dei cambiamenti nei trend e dei costi relativi al diabete. L'esistenza di un adeguato sistema informativo, costruito e reso accessibile a livello locale, regionale e nazionale, appare pertanto necessaria per procedere alla programmazione e alla pianificazione degli interventi. Una ricerca di qualità è infine richiesta per la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento del trattamento per le persone con o a rischio di diabete.

1.2 Perché un Piano sulla malattia diabetica?

Il Piano nasce dall'esigenza di sistematizzare a livello nazionale tutte le attività nel campo della malattia diabetica al fine di rendere più omogeneo il processo diagnostico-terapeutico.

La prevenzione del diabete tipo 2 nella popolazione a rischio è perseguibile attraverso corretti stili di vita (la prevenzione del diabete tipo 1 attualmente non è realizzabile). L'assistenza ha invece come obiettivo fondamentale il mantenimento dello stato di salute fisica, psicologica e sociale della persona con diabete, perseguibile attraverso la diagnosi precoce, la corretta terapia (basata sull'educazione e responsabilizzazione della persona con diabete), la prevenzione delle complicanze, responsabili dello scadimento della qualità di vita del paziente, e causa principale degli elevati costi economici e sociali della malattia.

Per il loro raggiungimento è fondamentale l'impegno di Team Diabetologici, Medici di Medicina Generale e Pediatra di libera scelta chiamati a interagire tra loro, con le altre componenti professionali (in particolare, ma non solo, le componenti infermieristiche) e con le Associazioni delle persone con diabete, al fine di assicurare un'assistenza unitaria, integrata, continuativa che raggiunga elevata efficienza ed efficacia degli interventi nel rispetto della razionalizzazione della spesa.

La gestione integrata implica un piano personalizzato di follow-up condiviso tra i professionisti principali (MMG e specialista) gli altri professionisti coinvolti nel processo di assistenza e le persone con diabete. Da ciò deriva la necessità di classificare i pazienti in sub-target in base al grado di sviluppo della patologia: vi saranno pazienti a minore complessità con una gestione del follow-up prevalentemente a carico del MMG e pazienti con patologia a uno stadio più avanzato con una gestione prevalentemente a carico dello specialista. Questa maggiore prevalenza di una figura rispetto all'altra, all'interno di un percorso assistenziale personalizzato e concordato, deve in ogni caso scaturire da una scelta condivisa tra i vari attori assistenziali coinvolti. In tal senso, la struttura del follow-up di un paziente in gestione integrata è decisa unitariamente da MMG e specialista e con il contributo degli altri attori, va rivalutata periodicamente e deve basarsi sulla scelta del setting assistenziale migliore (più appropriato, più efficace e più efficiente) per il singolo paziente. Ecco quindi che la sfida di una cura moderna è la gestione di un percorso integrato che preveda: la centralità della persona con diabete, il lavoro interdisciplinare, la comunicazione, la raccolta dei dati e la loro continua elaborazione, il miglioramento continuo, il monitoraggio dei costi.

I grandi studi condotti negli ultimi decenni hanno dimostrato come il "buon controllo" metabolico possa ridurre in maniera sostanziale il numero delle complicanze e incidere sui costi della malattia (studi DCCT, UKPDS, ACCORD, STENO, ADVANCE, VA HIT, EDIC, UKPDS FU, HVIDORE) e migliorare la qualità della vita della persona con diabete.

- Per ottenere questi risultati è tuttavia indispensabile avere condizioni organizzative adeguate e favorire nuove modalità di gestione della cronicità. Ciò comporta la definizione di modelli assistenziali che devono necessariamente prevedere:
- l'educazione terapeutica, intendendo con tale termine un processo educativo continuo e

A favore di chi è scritto il Piano?

È scritto per le persone con diabete, per quelli che li assistono (sanitari e non), per le donne con diabete gestazionale e per tutti coloro che sono a rischio di sviluppare in futuro la malattia.

A chi è indirizzato il Piano?

Il Piano si rivolge alle Regioni, alle altre Istituzioni e a tutti i portatori d'interesse.

Qual è la vision del Piano?

- essere focalizzato sulla popolazione in generale ponendo particolare attenzione ai bisogni degli individui;
- porre particolare enfasi sulla prevenzione e sulla riduzione dei fattori di rischio;
- contemplare la partecipazione della comunità nel processo assistenziale, anche attraverso il volontariato attivo;
- promuovere il ruolo degli erogatori delle cure primarie nella prevenzione e nella assistenza alla persona con diabete;
- passare da modelli tradizionali (con ruoli tendenzialmente "isolati" degli attori assistenziali) a modelli basati sulla interdisciplinarietà, differenziando e dando visibilità alle varie componenti della funzione assistenziale, in una logica di reale integrazione di sistema (attraverso una alternanza continua di "presa in carico" della persona con diabete a seconda dei vari stadi della patologia e della sua complessità);
- tenere conto delle differenze sociali, culturali, demografiche, geografiche ed etniche al fine di ridurre le disuguaglianze;
- fornire indicazioni cliniche utili a coloro che assistono la persona con o a rischio di diabete;
- collegare processi efficaci a risultati adeguati attraverso il monitoraggio e i sistemi di reporting;
- lavorare per ottenere risultati che possano essere, quanto più possibile, standardizzati, riferiti a criteri che riguardano riduzione del rischio, morbilità, qualità di vita, stato funzionale, soddisfazione del paziente e costi.

In ultima analisi, cosa fa il Piano?

Nel pieno rispetto dei modelli organizzativi e operativi delle singole regioni e delle specificità dei contesti locali:

- definisce ampi obiettivi e linee di indirizzo prioritarie;
- definisce indirizzi strategici per specifici interventi;
- descrive modelli per ottimizzare la disponibilità e l'efficacia dell'assistenza;
- evidenzia le aree dell'assistenza che richiedono ulteriore sviluppo.

1.3 Il diabete mellito: definizione e classificazione, epidemiologia, costi

Definizione e classificazione

Il diabete mellito (DM), comunemente definito diabete, è un gruppo di malattie metaboliche che hanno come manifestazione principale un aumento delle concentrazioni ematiche di glucosio (iperglicemia).

Il diabete può essere causato o da un deficit assoluto di secrezione insulinica, o da una ridotta risposta all'azione dell'insulina a livello degli organi bersaglio (insulino-resistenza), o da una combinazione dei due difetti.

L'iperglicemia cronica del diabete si associa a un danno d'organo a lungo termine (complicanze croniche), che porta alla disfunzione e all'insufficienza di differenti organi, specialmente gli occhi, il rene, il sistema nervoso autonomo e periferico, il cuore e i vasi sanguigni. (vedi box successivi tratti dagli "Standard Italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010").

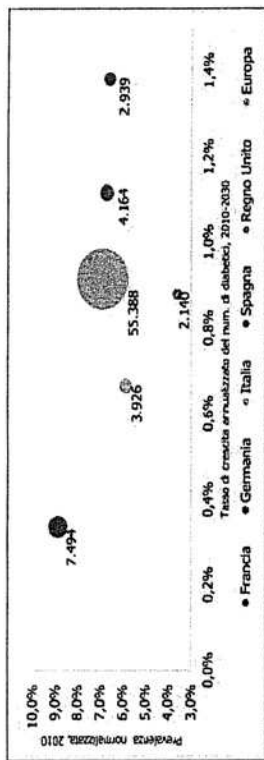
RIQUADRO 1 - NOSOGRAFIA DEL DIABETE

Diabete tipo 1	<i>È causato da distruzione beta-cellulare, su base autoimmune o idiopatica, ed è caratterizzato da una carenza insulinica assoluta; la variante LADA, (Latent Autoimmune Diabetes in Adult), ha decorso lento e compare nell'adulto.</i>
Diabete tipo 2	<i>È causato da un deficit parziale di secrezione insulinica, che in genere progredisce nel tempo ma non porta mai a una carenza assoluta di ormone e che si instaura spesso su una condizione, più o meno severa, di insulino-resistenza su base multifattoriale.</i>
Diabete gestazionale	<i>È causato da difetti funzionali analoghi a quelli del diabete tipo 2, viene diagnosticato per la prima volta durante la gravidanza e in genere regredisce dopo il parto; può ripresentarsi a distanza di anni con le caratteristiche del diabete tipo 2.</i>
Diabete monogenico	<i>È causato da difetti genetici singoli che alterano secrezione e/o azione insulinica (es. MODY, diabete lipotrofico, diabete neonatale).</i>
Diabete secondario	<i>È conseguenza di patologie che alterano la secrezione insulinica (es. paracreatite cronica o pancreasectomia) o l'azione insulinica (es. acromegalia o ipercortisolismo) o dipende dall'uso cronico di farmaci (es. steroidi, anti-retrovirali, anti-rigetta) o dall'esposizione a sostanze chimiche.</i>

RIQUADRO 2 - CARATTERISTICHE CLINICHE DIFFERENZIALI DEL DIABETE TIPO 1 E TIPO 2

	Tipo 1	Tipo 2
Prevalenza	Circa 0,5%	Circa 5%
Sintomatologia	Sempre presente Spesso eclatante e a inizio brusco	Spesso modesta o assente
Tendenza alla chetosi	Presente	Assente
Peso	Generalmente normale	Generalmente in eccesso
Età all'esordio	Più comunemente <30 anni	Più comunemente >40 anni
Complicanze croniche	Non prima di alcuni anni dopo la diagnosi	Spesso presenti al momento della diagnosi
Insulina circolante	Ridotta o assente	Normale o aumentata
Autoimmunità	Presente	Assente
Terapia	Insulina necessaria sin dall'esordio	Dieta, farmaci orali, iniettivi, terapia sostitutiva con insulina

Le basi delle alterazioni del metabolismo dei carboidrati, degli acidi grassi e delle proteine sono



Il diabete in Europa: numero di diabetici (milioni), prevalenza normalizzata e proiezioni di crescita 2010-2030 (Rielaborazione su dati IDF, 2009)

Attualmente, in Italia, vivono almeno tre milioni di persone con diabete, cui si aggiunge una quota di persone, stimabile in circa un milione, che, pur avendo la malattia, non ne sono a conoscenza. Le disuguaglianze sociali agiscono fortemente sul rischio diabete: la prevalenza della malattia è, infatti, più elevata nelle classi sociali più basse e tal effetto è evidente in tutte le classi di età. In Italia non esistono stime nazionali di incidenza ma sono disponibili dati derivati da studi su popolazioni selezionate. Uno studio di coorte, condotto su un campione rappresentativo della popolazione residente nel comune di Brunico, di età compresa fra 40 e 79 anni, nel periodo 1990-2000, ha rilevato un'incidenza pari a 7,6 per 1.000 anni-persona (Bonora 2004). L'incidenza del diabete di tipo 2 era stata definita secondo i criteri dell'American Diabetes Association (glicemia a digiuno $\geq 126\text{mg/dl}$ o diagnosi clinica con dieta o trattamento ipoglicemizzante).

Per quel che riguarda il diabete mellito di tipo 1 (DMT1), una delle più frequenti malattie croniche dell'infanzia, la sua incidenza è in aumento. Un'indagine dell'International Diabetes Federation ha calcolato un'incidenza nel mondo di circa 65.000 nuovi casi/anno. Pur meno frequente rispetto al diabete tipo 2 (un caso su dieci diabetici) il DMT1 presenta un elevato impatto sociale in quanto interessa soggetti in giovane età. L'incidenza è compresa tra i 6 e i 10 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 0 a 14 anni, mentre è stimata in 6,7 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 15 a 29 anni, con forti differenze geografiche. Per quanto riguarda la prevalenza del diabete, i dati ISTAT indicano che, in Italia, essa è in regolare aumento (Grafico 1). Nel 2010, infatti, risulta diabetico il 4,9% della popolazione (5,2% per le donne e 4,5% per gli uomini).

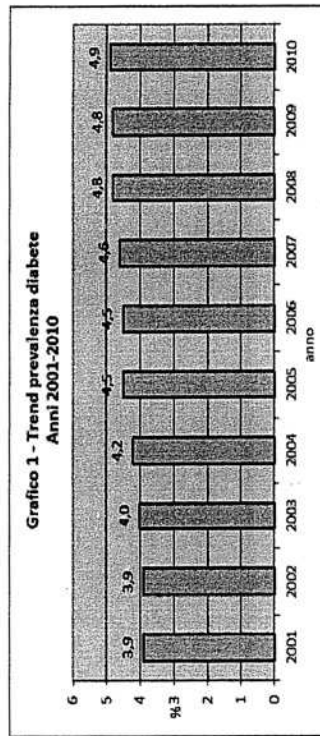


Grafico 1 - Trend prevalenza diabete Anni 2001-2010

Fonte: Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2010

La prevalenza del diabete aumenta con l'età fino al 19,8% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni. Nelle fasce d'età tra 18 e 64 anni la prevalenza è maggiore fra gli uomini, mentre oltre i 65 anni è più alta fra le donne (Grafico 2).

collegate a una ridotta azione dell'insulina nei tessuti bersaglio, principalmente a livello epatico, nella fibra muscolare scheletrica, nel tessuto adiposo e nelle cellule vascolari. L'insufficiente azione insulinica può essere provocata da una non adeguata secrezione e/o da una diminuita risposta periferica all'azione dell'ormone in uno o più punti della complessa via di trasmissione a livello cellulare.

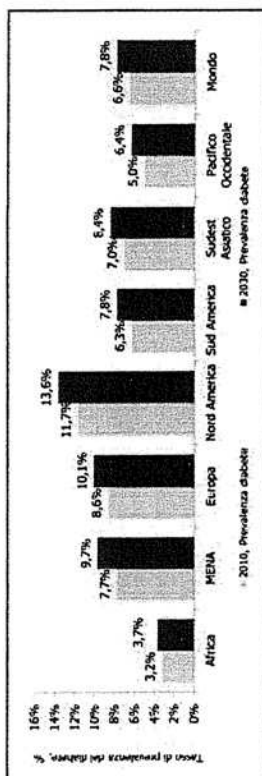
Aspetti epidemiologici

Il diabete è una delle patologie croniche a più ampia diffusione nel mondo, in particolare nei Paesi industrializzati, e costituisce una delle più rilevanti e costose malattie sociali della nostra epoca, soprattutto per il suo carattere di cronicità, per la tendenza a determinare complicanze nel lungo periodo e per il progressivo spostamento dell'insorgenza verso età giovanili.

Le cause del manifestarsi di quella che viene definita come una vera e propria epidemia sono da ricercarsi in almeno quattro fattori fondamentali: 1) proliferare di abitudini alimentari scorrette; 2) crescita del numero di persone obese o in sovrappeso; 3) affermarsi di stili di vita sempre più sedentari; 4) invecchiamento della popolazione.

Dati recentemente pubblicati dall'International Diabetes Federation (IDF) sostengono che nel 2010 oltre 284 milioni di persone fossero affetti da diabete e le proiezioni dell'organizzazione non sono rassicuranti: si prevede, infatti, che nel 2030 i diabetici adulti (fascia d'età 20-79) saranno 438 milioni.

La diffusione del diabete sta crescendo in ogni regione del mondo ed è previsto che il tasso di prevalenza globale aumenterà dal 6,4% del 2010 al 7,7% nel 2030. La figura successiva mostra i tassi di prevalenza puntuali al 2010 e le proiezioni di prevalenza normalizzata nel 2030 (la prevalenza normalizzata assume che il mix demografico non cambi negli anni).



Confronto tra prevalenza normalizzata del diabete nel 2010 e prevalenza normalizzata stimata per il 2030 nelle macro regioni del mondo (Rielaborazione su dati IDF, 2009)

La prevalenza complessiva crescerà in tutte le regioni del mondo, ma nell'Africa sub-sahariana e nel Medio Oriente-Nord Africa (MENA) si risconteranno aumenti relativi più significativi. Questo aumento globale è attribuibile a un certo numero di elementi, tra i quali il peggioramento delle abitudini alimentari, l'obesità, gli stili di vita sedentari e il crescente benessere nei Paesi emergenti, dove questi fattori e la predisposizione genetica al diabete diverranno sempre più rilevanti. Nonostante l'aumento inferiore rispetto alle altre regioni del mondo (in particolare ai Paesi emergenti), la prevalenza della malattia crescerà comunque in tutti i principali Paesi Europei. Alla luce delle ingenti spese sanitarie associate al diabete, esso rappresenterà pertanto una priorità per tutti i sistemi sanitari europei.

La Figura successiva analizza la prevalenza, il tasso normalizzato e il tasso di crescita previsto i principali Paesi Europei.

negli uomini).

Nel pool di ASL che partecipano al sistema PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (vedi più avanti il box dedicato), la prevalenza del diabete, nelle persone di età 18-69 anni, nel 2010, è risultata pari al 5%. Si evidenzia un gradiente Nord-Sud: nella P.A. di Bolzano si registra il valore più basso (2%), mentre in Basilicata quello più alto (8%). La prevalenza cresce con l'età: nella fascia 50-69 anni quasi una persona su otto (12%) ha dichiarato di avere una diagnosi di diabete. Risulta, inoltre, più diffuso tra gli uomini (6%), nelle persone senza alcun titolo di studio o con la sola licenza elementare (15%), in quelle con molte difficoltà economiche percepite (9%) e nelle persone sovrappeso (7%) e obese (14%). Riguardo ai fattori di rischio associati al diabete: tra i diabetici, il 55% ha ricevuto una diagnosi di ipertensione e il 45% di ipercolesterolemia, il 75% è in eccesso ponderale (IMC≥25), il 39% è sedentario e il 22% fumatore.

Vista, inoltre, la correlazione diretta tra obesità/sovrappeso e diabete di tipo 2, devono preoccupare i dati sulla diffusione di tali condizioni tra la popolazione italiana. L'ISTAT, relativamente all'anno 2010, rileva che in Italia, nella popolazione adulta, la quota di sovrappeso è pari al 35,6% (maschi 44,3%; femmine 27,6%), mentre gli obesi sono il 10,3% (maschi 11,1%; femmine 9,6%). Nel Sud e nelle isole si rileva la quota più elevata di persone obese e in sovrappeso (11,5% e 38,7% rispettivamente).

I dati del Sistema PASSI rilevano valori simili, con una percentuale di adulti in sovrappeso pari al 31,8% e di obesi pari al 10,4%. Il 54% delle persone con eccesso ponderale intervistate ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario gli aveva consigliato di fare una dieta per perdere peso, mentre il 38% ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di svolgere regolarmente attività fisica.

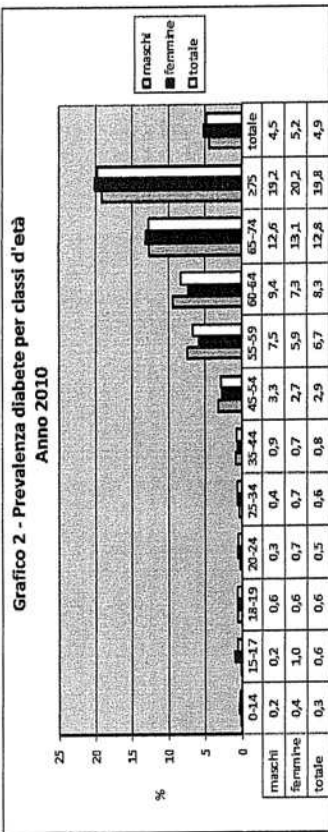
Anche i dati sulla diffusione di sovrappeso e obesità tra i più giovani, peraltro, vanno attentamente considerati, in quanto è dimostrato che un bambino obeso ha maggiori probabilità di un normopeso di essere in eccesso ponderale anche da adulto, con il conseguente maggiore rischio di sviluppare le patologie correlate a tale condizione, diabete di tipo 2 in particolare. Per quest'ultimo, infatti, alcuni dati indicano come siano già in aumento i casi insorti in giovane età. La prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini della scuola primaria, rilevata nel 2008 dall'indagine "OKkio alla salute" (vedi più avanti il box dedicato al "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni"), è risultata molto elevata: a livello nazionale il 23,2% dei bambini risulta sovrappeso e il 12,0% obeso, cioè più di 1 bambino su 3 ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età. Riportando questi valori a tutta la popolazione di bambini di età 6-11 anni si arriva a una stima di più di 1 milione di bambini sovrappeso o obesi in Italia. Si evidenziano, inoltre, notevoli differenze per Regione: dal 49% di bambini sovrappeso o obesi in Campania al 23% nella stessa condizione in Valle D'Aosta. Generalmente, comunque, nelle Regioni del Sud si rilevano valori più elevati.

La seconda raccolta di OKkio (42.000 bambini coinvolti) ha fornito risultati non molto dissimili da quanto rilevato nel 2008, con il 22,9% dei bambini misurati in sovrappeso e l'11,1% in condizioni di obesità. I dati del 2012 sono attualmente in via di elaborazione.

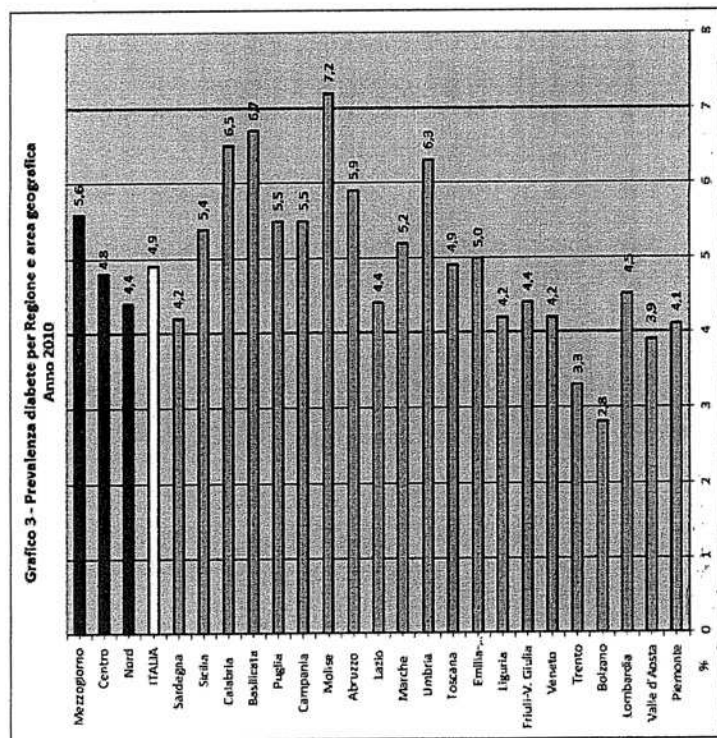
Lo studio HBSC 2009-10 tra i giovani in età adolescenziale (vedi più avanti il box dedicato al "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni") ha mostrato una maggiore frequenza di ragazzi in sovrappeso e obesi tra gli undicenni (29,3% nei maschi, 19,5% nelle femmine) rispetto ai quindicenni (25,6% nei maschi, 12,3% nelle femmine) e lo svolgimento di minore attività fisica tra i ragazzi di 15 anni (47,5% nei maschi, 26,6% nelle femmine) rispetto ai tredicenni (50,9% nei maschi, 33,7% nelle femmine).

Costi del diabete

Poiché il numero di persone affette da diabete è in costante crescita in tutto il mondo, i costi per la cura di questa malattia rappresentano una quota costantemente in aumento nei budget di tutti i Paesi. Inoltre, il diabete è destinato a diventare la causa maggiore di disabilità e di mortalità nei prossimi venti anni: l'OMS lo ha, quindi, inserito tra le patologie su cui maggiormente investire, dato il crescente peso assunto anche nei Paesi in via di sviluppo. Per di più, le gravi complicanze

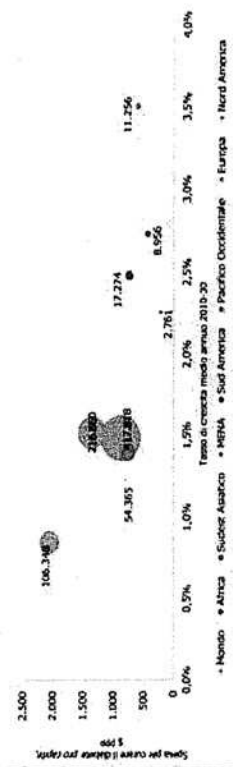


Per quanto riguarda la distribuzione geografica, la prevalenza è più alta nel Sud e nelle Isole, con un valore del 5,6%, seguita dal Centro con il 4,8% e dal Nord con il 4,4% (Grafico 3).



La stima per il 2011 (ISTAT - Indagine Multiscopo - Annuario Statistico Italiano) riporta dati sovrapponibili a quelli del 2010 (prevalenza di diabete noto pari al 4,9% - 5,0% nelle donne, 4,7%

che esso provoca si traducono in elevati costi sanitari, tanto che nel 2010 hanno determinato il 10-15% dei costi complessivi dell'assistenza sanitaria. La figura successiva confronta la spesa per il diabete nelle macro-aree mondiali nel 2010 e quella stimata nel 2030. Nei prossimi 20 anni saranno le aree in via di sviluppo a registrare i tassi di incremento maggiori. Ciò è in parte causato da un aumento della prevalenza, ma anche da un calo del differenziale del PIL tra i gruppi di Regioni.



Spesa associata al diabete nel mondo e per macroregione: spesa attuale in mln di dollari e proiezioni di crescita 2010-2030 (Rielaborazione su dati IDF, 2009)

Nel 2010 la spesa per il trattamento dei pazienti diabetici è stata stimata intorno all'11,6% della spesa sanitaria mondiale; Francia, Germania, Spagna e Regno Unito rappresentano circa il 50% della spesa europea. La spesa italiana rappresenta circa il 10% della spesa europea, con un dato pro capite sensibilmente più basso di quello registrato in Francia, Germania e Regno Unito. Nel nostro Paese la spesa sanitaria per il diabete non è egualmente distribuita: si stima che più di tre quarti della spesa totale del 2010 abbia interessato la fascia di età compresa tra 50 e 80 anni, con un maggior peso per le donne (Bruno, AMD, 2012). Il consumo di risorse sanitarie delle persone con diabete è 2,5 volte superiore rispetto a quello delle persone non diabetiche di pari età e sesso, con una spesa totale, stimata dall'IDF nel 2010, pari a 11 milioni di dollari e una previsione di crescita entro il 2030 di oltre il 14% (Bruno, AMD, 2012).

L'entità del costo della malattia diabetica è notevolmente variabile da Paese a Paese, ma comunque sempre riconducibile a tre voci ben definite:

- costi diretti: includono tutti i costi relativi direttamente alle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario. Possono essere a basso costo (prestazioni di cure primarie extraospedaliere), a medio costo (farmaci, device) e ad alto costo (fondamentalmente trattamenti eseguiti all'interno di strutture ospedaliere);
- costi indiretti: sono riferibili alla perdita di produttività (causata da disabilità temporanea o permanente, pensionamento anticipato, perdita di giorni di lavoro, mortalità prematura);
- costi intangibili: tutte le situazioni di alterazione della qualità di vita imputabili in modo diretto o indiretto alla malattia (depressione, ansia, discriminazioni sul lavoro o nelle relazioni interpersonali, ecc.).

L'assistenza a un diabetico di tipo 2 non complicato presenta un costo pari a circa una volta e mezzo quello di un cittadino di pari età non diabetico; una complicanza microangiopatica fa salire tale costo fino a tre volte; una macroangiopatia con evento acuto fino a venti volte nell'anno dell'evento per poi stabilizzarsi a quattro volte negli anni successivi; entrambi i tipi di complicanze fino a sei volte.

Numerosi studi sono stati fatti, con metodologie spesso diverse ma scientificamente molto rigorosi, per valutare l'entità dei costi sostenuti dai Servizi Sanitari per la cura e il controllo della malattia diabetica e delle sue complicanze croniche.

La formazione del maggior costo appare correlata a tre eventi fondamentali:

- la comparsa della malattia diabetica di tipo 2 in soggetti "a rischio" (obesità, ipertensione, sin-

drome metabolica, familiarità), che, da sola, comporta un incremento dei costi sanitari diretti annui per capite di circa il 100% rispetto a quella della popolazione di confronto non affetta da diabete mellito, e un incremento proporzionale, se non maggiore, dei costi indiretti, correlati alla riduzione della produttività lavorativa o all'aumento delle provvidenze;

- l'incidenza dei quadri clinici riferibili alle complicanze croniche del diabete, sia microvascolari (tra le quali quella economicamente più pesante appare l'insufficienza renale cronica), sia, soprattutto, macrovascolari, in particolare quelle che, presentandosi come eventi acuti (IMA, Stroke, Piede diabetico), comportano l'obbligatorio ricorso al ricovero ospedaliero ad alta intensità di cura e un successivo follow-up intensivo. Tale situazione, come precedentemente riportato, può far salire i costi di malattia fino a venti volte nell'anno dell'evento e mantiene successivamente costi annui estremamente elevati;

- il costo per farmaci nella popolazione dei pazienti diabetici è certamente più elevato rispetto alla popolazione generale, ma prevalentemente collegato alle complicanze già clinicamente evidenti: risulta, infatti, chiaro da tutti gli studi che il maggior costo è dovuto ai farmaci ad attività cardiovascolare, piuttosto che a quelli ipoglicemizzanti veri e propri, compresa l'insulina. Comunemente, attualmente il costo per farmaci non pare superare il 25% dei costi totali della patologia. È pertanto necessario individuare possibili azioni che incidano in modo significativo sulla formazione della spesa, coniugando appropriatezza e migliori outcome clinici.

Obiettivi specifici sono quindi quelli di contrastare sia la comparsa di nuovi casi di diabete nella popolazione a rischio, sia la comparsa e/o l'evoluzione progressiva delle complicanze croniche micro e macroangiopatiche.

La maggior voce singola di spesa per il diabete è rappresentata dai ricoveri ospedalieri per la terapia di complicanze croniche come le malattie cardiovascolari, l'ictus, l'insufficienza renale cronica, il piede diabetico. La maggior parte di queste appare prevenibile grazie a diagnosi più precoci, educazione e informazione e assistenza integrata a lungo termine.

Ogni anno ci sono in Italia più di 70.000 ricoveri per diabete, principalmente causati da complicanze quali ictus cerebrale e infarto del miocardio, retinopatia diabetica, insufficienza renale e amputazioni degli arti inferiori.

Per quanto riguarda i farmaci, la quota principale del costo è imputabile al trattamento delle complicanze cardiovascolari; tuttavia tutte le categorie farmacologiche mostrano un aumentato utilizzo nei diabetici, a sottolineare l'interessamento multiorgano della malattia.

Attualmente il diabete occupa il secondo posto tra le patologie per i più alti costi diretti, avendo determinato nel 2010 il 10-15% dei costi dell'assistenza sanitaria in Italia. In assenza di complicanze, questi sono pari a circa 800€/anno per persona, mentre, in presenza di complicanze, possono variare tra i 3.000 e i 36.000€/anno a persona¹.

L'impatto sociale del diabete si avvia, quindi, a essere sempre più difficile da sostenere per la comunità, in assenza di un'efficace attività di prevenzione e cura.

¹ Documento AMD, SID, SIEPD, OSDI 2011

1.4 Il contesto internazionale e programmatico per il diabete

Le strategie internazionali, individuando una serie di iniziative nel campo della prevenzione, diagnosi e gestione della patologia, stimolano gli Stati ad adottare Piani nazionali, in linea con la sostenibilità dei sistemi sanitari.

In particolare, le indicazioni definite a livello europeo nel Consiglio EPSCO del giugno 2006, le risoluzioni ONU del 2006 e del 2009, le risoluzioni del Parlamento Europeo del 2011 e del 2012 evidenziano la necessità di sviluppare politiche nazionali per prevenzione, trattamento e cura del diabete, in linea con lo sviluppo sostenibile dei vari sistemi di assistenza sanitaria, nonché di elaborare strumenti adeguati per il raggiungimento di livelli di assistenza appropriati, che abbiano l'obiettivo di stabilizzare la malattia e migliorare la qualità di vita del paziente.

Già le indicazioni OMS del 1991 e la Dichiarazione di Saint Vincent del 1989 ponevano l'accento sullo sviluppo di un programma nazionale per il diabete mellito e sull'importanza dell'intervento di Governi e Amministrazioni per assicurare la prevenzione e la cura della patologia diabetica.

In particolare, le conclusioni del Consiglio EPSCO (Occupazione, politica sociale, salute e consumi) dell'Unione Europea circa la promozione di stili di vita e la prevenzione del diabete di tipo 2 e delle sue complicanze ha evidenziato che il DM12 e le sue complicanze sono spesso diagnosticati tardivamente e che le misure preventive, una diagnosi precoce e un'efficace gestione della malattia possono comportare la riduzione della mortalità dovuta al diabete nonché un aumento della speranza di vita e della qualità di vita delle popolazioni europee.

Pertanto, gli Stati Membri sono stati invitati a ipotizzare interventi che, tenuto conto delle risorse disponibili, riguardino la raccolta, la registrazione, il monitoraggio, la presentazione a livello nazionale di dati epidemiologici ed economici complessi sul diabete e l'elaborazione e l'attuazione di piani quadro per la lotta contro il diabete.

È stato posto l'accento sull'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce con una gestione che utilizzi "sistemi di valutazione con obiettivi quantificabili per individuare le conseguenze per la salute e l'efficacia in rapporto ai costi, tenendo conto della struttura e della prestazione dei servizi sanitari nei vari Stati membri, delle questioni etiche, giuridiche, culturali e di altra natura nonché delle risorse disponibili".

Le indicazioni europee spingono quindi per una "elaborazione di misure di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, di prevenzione primaria e per una definizione di misure di prevenzione secondaria", ponendo particolare accento sull'utilità dell'adozione di un approccio gestionale globale, multisettoriale e pluridisciplinare nei confronti dei diabetici e sull'adeguata formazione per il personale sanitario.

Inoltre il Consiglio ha invitato la Commissione Europea a sostenere gli sforzi compiuti dagli Stati Membri per prevenire la malattia e promuovere uno stile di vita sano, definendo il diabete come "una sfida di salute pubblica in Europa" e incoraggiando lo scambio di informazioni, con una azione che rafforzi il coordinamento delle politiche e dei programmi di promozione e di prevenzione, a favore, soprattutto, dei gruppi ad alto rischio, riducendo al tempo stesso le disuguaglianze e ottimizzando le risorse.

Viene posta particolare attenzione sull'utilità di "agevolare e sostenere la ricerca generale e clinica sul diabete a livello europeo", con la necessità di attuare un'ampia diffusione dei risultati nei Paesi europei, creando strumenti che permettano la comparabilità dei dati epidemiologici e metodi corretti per il monitoraggio e la sorveglianza. Viene inoltre incoraggiata la conoscenza delle azioni intraprese dagli Stati Membri per mettere in risalto i fattori determinanti per la salute e promuovere stili di vita sani, valutando l'efficacia delle misure proposte e approfondendo la necessità di ulteriori misure.

Tali indirizzi valorizzano le azioni tese a un approccio globale ai fattori determinanti per la salute, compresa una politica coerente e universale in materia di alimentazione e di attività fisica, in particolare nei bambini.

Vanno inoltre considerate molte altre azioni a carattere politico e/o legislativo e in particolare:

- nel dicembre 2010, il Consiglio dell'Unione europea ha invitato la Commissione europea ad approfondire la tematica con il coinvolgimento degli Stati membri e la società civile;

- nel settembre 2011, il Parlamento europeo ha adottato una risoluzione che ha sottolineato la importanza della prevenzione e controllo delle Non Communicable Diseases (NCDs);

- nel settembre 2011 è stata altresì adottata una dichiarazione politica per una azione congiunta dei governi con i settori civili e privati della società, per affrontare in maniera sinergica il tema della cronicità;

- nel marzo 2012 il Parlamento Europeo ha adottato una risoluzione di indirizzo per l'EU sul diabete, definendo alcune iniziative riguardanti la prevenzione, diagnosi e gestione della patologia e richiamando gli stati sulla necessità di dotarsi di piani nazionali sul diabete;

- nel primo trimestre 2012, la Danimarca, come Presidente di turno del Consiglio dell'Unione europea, ha individuato quale priorità sulla salute le malattie croniche, ponendo il diabete, come la modello di malattia cronica.

Infine, l'European Diabetes Leadership Forum (che ha avuto luogo il 25 e 26 aprile 2012 a Copenhagen, con la volontà di promuovere una attenta riflessione tra i differenti attori del sistema europeo sulla sanità e in particolare sul diabete), trova la sua espressione concreta nella "Copenhagen Roadmap", i cui contenuti hanno l'obiettivo di stimolare tutti gli attori del sistema salute a livello europeo per affrontare la tematica sul versante politico, economico, sociale e clinico.

Attualmente l'Italia, tenendo conto anche delle varie iniziative globali (risoluzione sul diabete 61/225 delle Nazioni Unite, documento "European Coalition for Diabetes Grand Challenge: Delivering for Diabetes in Europe", dichiarazione politica dell'Assemblea delle Nazioni Unite del 2011 sulla prevenzione e il controllo delle Non-Communicable Disease, risoluzione del parlamento Europeo 14 marzo 2012), è impegnata nel costruire e promuovere quel cambiamento reale, attraverso varie iniziative concrete per migliorare la qualità di vita delle persone con diabete e degli altri malati cronici.

In conclusione, le strategie europee rafforzano la necessità di avviare urgentemente un'azione mirata di lotta contro il diabete al fine di far fronte alla crescente incidenza e prevalenza di questa malattia nonché all'aumento dei costi diretti e indiretti che ne derivano.

Nel raggiungimento degli obiettivi si ritiene che le linee di sviluppo debbano necessariamente considerare un approccio a lungo termine che includa azioni rivolte sia alle persone ad alto rischio che a quelle affette dalla malattia, attraverso un intervento integrato e globale, chiaro, intersetoriale e multidisciplinare per ridurre e/o prevenire le complicanze, garantire una buona qualità di vita, pari opportunità e accesso alle cure.

Quindi, attraverso la cooperazione multidisciplinare occorre rafforzare la collaborazione tra tutti gli interlocutori che partecipano al sistema. La società civile, con i suoi differenti modelli organizzativi che tengono conto delle differenze sociali, culturali, di genere e di età e con una trasversalità di interventi integrati e condivisi, ha un importante ruolo nella prevenzione, nella cura e nella prevenzione delle complicanze del diabete in particolare e, più in generale, in materia di salute umana. Essa deve lavorare perché siano raggiunti quei livelli di assistenza appropriati che costituiscono la condizione preliminare essenziale per migliorare la qualità di vita delle persone.

1.5 Gli indirizzi dell'assistenza diabetologica in Italia

L'Italia dispone di un sistema di assistenza, sviluppatosi soprattutto a seguito dell'entrata in vigore della legge 16 marzo 1987, n. 115, e del protocollo di intesa tra il Ministro della sanità e il Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 1991, che presenta caratteristiche non del tutto omogenee e che richiede ulteriori miglioramenti, soprattutto sul versante dell'integrazione e della comunicazione tra i vari operatori.

Le disposizioni specifiche esistenti sulla malattia già garantiscono un'adeguata tutela alle persone con diabete ma un miglioramento della qualità dell'assistenza potrebbe essere assicurato con la completa applicazione di tali provvedimenti e con l'attuazione di interventi organizzativi adeguati. In particolare, la normativa citata fornisce le indicazioni di riferimento per la programmazione dell'assistenza in Italia, in accordo con il documento tecnico dell'OMS per la Prevenzione del Diabete Mellito, stabilendo i canoni dell'assistenza, e demandandone l'applicazione alle Regioni al fine di promuovere modalità uniformi di assistenza.

In tali atti si prevede che l'organizzazione dell'assistenza tenga conto di alcune importanti considerazioni: a) il diabete è una malattia cronica che può durare nel singolo individuo anche più di 40-50 anni; b) il diabete è una patologia diffusissima cui va riconosciuto carattere di particolare rilievo sociale e che incide pesantemente sulla spesa sanitaria; c) migliorare l'assistenza significa determinare un aumento dell'aspettativa di vita e un miglioramento della qualità della stessa.

In particolare, la legge 115 ha rivolto particolare attenzione alla tematica della prevenzione attraverso l'educazione sanitaria, cercando di far superare il precedente approccio clinico di diagnosi e terapia esclusivamente farmacologica e dando alla patologia un alto rilievo sociale.

Il protocollo di intesa ha indicato gli interventi più idonei per l'individuazione delle fasce di popolazione a rischio, previsto la programmazione di specifici interventi sanitari e definito criteri di uniformità relativi agli aspetti strutturali e organizzativi dei servizi diabetologici.

Questi concetti, estesi alla cronicità in generale, sono stati ripresi e sviluppati dal Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, che ha dato indicazioni precise in direzione della deospedalizzazione e dell'integrazione tra le varie competenze sanitarie e sociali coinvolte nell'assistenza ai soggetti affetti da patologie croniche, in particolare in età evolutiva e della continuità delle cure.

Anche il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha fornito un ulteriore e più deciso impulso alla gestione delle condizioni di cronicità, raccomandando di dare continuità agli interventi mirati al miglioramento della qualità di vita degli ammalati e dei loro familiari, sviluppando al contempo opportunità di partecipazione alla vita sociale.

Inoltre, tale Piano ha evidenziato l'importanza della riorganizzazione delle cure primarie e dell'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, esaltando il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del SSN e ponendo il diabete tra le quattro grandi patologie (insieme a malattie respiratorie, cardiovascolari e tumori).

La strada da percorrere per raggiungere questi obiettivi è quella del coordinamento degli interventi dei diversi settori impegnati nella produzione di servizi, stimolando le collaborazioni istituzionali, a partire dalla dimensione distrettuale, formando interventi di sostegno, in particolare in forma di assistenza domiciliare integrata.

L'attuale contesto istituzionale e normativo è caratterizzato dal nuovo assetto dei rapporti tra lo stato e le Regioni ridefinito dalla modifica del titolo V della Costituzione e dalla individuazione dei livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001 e successive integrazioni che ha rappresentato l'avvio di una nuova fase per la tutela sanitaria: garantire ai cittadini un Servizio sanitario omogeneo in termini di qualità e quantità delle prestazioni erogate.

Da ricordare, inoltre, l'*indagine conoscitiva sulla patologia diabetica in rapporto al Servizio Sanitario Nazionale e alle connessioni con le malattie non trasmissibili*, promossa nel 2012 dalla XII Commissione Igiene e Sanità del Senato che, nel fornire una fotografia aggiornata dell'assistenza, evidenzia sia i punti di forza sia le criticità del nostro Sistema Sanitario. In particolare, essa indaga la capacità delle strutture periferiche di garantire la centralità e l'empowerment della persona con diabete in un percorso integrato tra i diversi livelli assistenziali.

L'impegno del Ministero della salute negli ultimi anni è stato quello di rendere attuali e innovativi

i contenuti delle norme specifiche sul diabete, individuando strategie che richiedessero modalità operative basate su un ampio dialogo e sulla collaborazione fra tutti i principali protagonisti dell'assistenza, in una reale sinergia fra le Regioni, le Associazioni professionali, il Volontariato, le Istituzioni pubbliche e private. In particolare, l'attenzione posta sulle complicanze a lungo termine della patologia diabetica, principale fonte di riduzione di qualità e durata della vita per i pazienti e di aumento dei costi, si è tradotta nell'inserimento delle complicanze del diabete tra le aree di intervento prioritarie previste Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, sancito dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005. Tale obiettivo è perseguito attraverso l'adozione di programmi di *disease management*, termine che fa riferimento a una strategia di gestione delle malattie croniche che prevede: a) la partecipazione attiva della persona con diabete alla gestione della malattia (attraverso programmi di educazione e supporto del paziente svolti a livello della rete primaria di assistenza); b) l'attivazione di un sistema di schedulazione delle persone con diabete; c) l'attivazione di sistemi atti a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente; d) l'attivazione di un sistema di monitoraggio su base informatizzata.

Anche il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 rinnova l'impegno nel campo della prevenzione del diabete e delle sue complicanze attraverso azioni da attuarsi all'interno di quattro macro-aree di intervento (medicina predittiva, programmi di prevenzione collettiva, programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio, programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia).

Quindi, in considerazione della complessità della materia, il Ministero ha intrapreso numerose linee di attività (vedi riquadri successivi).

RIQUADRO 3 - LE LINEE DI ATTIVITÀ DEL MINISTERO DELLA SALUTE

1. Collaborazione con la Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) alla definizione di una Strategia di contrasto alle malattie croniche denominata *Gaining Health*, valida per tutta l'Europa, dall'Atlantico agli Urali, e approvata a Copenaghen il 12 settembre 2006 dal Comitato Regionale per l'Europa (<http://www.euro.who.int/Document/RC56/edoc08.pdf>).
2. Cooperazione con l'OMS alla costruzione di una Strategia Europea di contrasto all'obesità, approvata il 12 novembre 2006 nel corso della Conferenza Intergovernativa di Istanbul (<http://www.euro.who.int/obesity>), tra i principali determinanti della malattia diabetica.
3. Istituzione della Commissione Nazionale sulla Malattia Diabetica (2003), con l'obiettivo di valutare, insieme alle Regioni, le iniziative e i modelli assistenziali adottati nelle diverse realtà locali, di proporre interventi a favore del soggetto diabetico e delle fasce di popolazione a rischio e di definire il presente Piano sulla Malattia Diabetica, mirato a migliorare l'assistenza ai diabetici alla luce delle nuove conoscenze scientifiche e tecnologiche.
4. Aggiornamento del Decreto Ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, che individua la malattia diabetica tra le condizioni di malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria correlate.
5. Partecipazione all'organizzazione della Giornata Mondiale del Diabete (14 novembre) e delle attività correlate, in collaborazione con Società scientifiche e Associazioni dei pazienti.
6. Attuazione dei Piani Nazionali della Prevenzione 2005-2007 e 2010-2012 che prevedono la realizzazione di progetti regionali basati su linee di intervento concordate tra le Regioni e il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).
7. Predisposizione, attraverso il CCM e in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), del progetto IGEA con l'obiettivo di realizzare iniziative e interventi orientati a favorire il miglioramento dell'assistenza alle persone con diabete e alla prevenzione delle complicanze del diabete, tramite l'adozione di un modello di gestione integrata della malattia.
8. Quaderno del Ministero della salute "Appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito" (n. 10, 2011, scaricabile dal sito www.salute.gov.it).

RIQUADRO 4 - I PIANI NAZIONALI DELLA PREVENZIONE

Con l'intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005, veniva varato il primo Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, prorogato poi fino al 2009, che individuava l'obesità e la patologia diabetica tra i problemi di salute prioritari del Paese, nell'ambito della prevenzione del rischio cardiovascolare.

Sulla base di linee programmatiche elaborate dal Ministero della salute/CCM (Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie), tutte le Regioni avevano il compito di definire e attivare specifici progetti all'interno delle aree di intervento ritenute prioritarie.

Per quel che riguarda la prevenzione dell'obesità, la progettazione Regionale proponeva l'approccio intersettoriale, con azioni intraprese a diversi livelli (a scuola, nei luoghi di lavoro e del tempo libero, ecc.) e privilegiando gli interventi di provata efficacia.

Nel caso della prevenzione delle complicanze del diabete, il PNP prevedeva la realizzazione di progetti regionali finalizzati all'adozione di programmi di Gestione Integrata della patologia, sul modello del disease management e/o del chronic care model.

Il nuovo PNP 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010) ha rinnovato e rilanciato gli obiettivi del precedente Piano, promuovendo la prevenzione dell'obesità nella prospettiva più generale della prevenzione dei rischi per la salute correlati a stili di vita non corretti (dieta scorretta, inattività fisica, tabagismo, abuso di alcol) e rilanciando la Gestione Integrata anche in un'ottica allargata di gestione della cronicità.

RIQUADRO 5 - IL PROGETTO "IGEA"

Il Progetto IGEA (Integrazione, Gestione e Assistenza per la malattia diabetica - www.epicentro.iss.it/igea) ha rappresentato la prima esperienza organica di un programma nazionale di governo clinico nel campo delle patologie croniche. Attraverso un insieme di azioni e interventi ha favorito l'adozione di programmi di gestione integrata dando traduzione organizzativa e operativa per la gestione integrata del diabete. In particolare:

- è stata definita una linea guida sui requisiti clinico organizzativi per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto con l'obiettivo di definire le modalità organizzative, formulare le raccomandazioni per migliorare la qualità della cura e per prevenire le complicanze del diabete, e definire gli indicatori per il monitoraggio del processo e degli esiti di cura;
- sono stati definiti requisiti informativi per un sistema di gestione integrata del diabete insieme ad un set minimo di indicatori clinici, di sistema e di attuazione;
- è stato definito un piano nazionale di formazione e sono state realizzate numerose edizioni, nazionali e regionali, del corso di formazione per formatori e del corso per operatori;
- è stato realizzato un documento sui percorsi assistenziali per la gestione integrata.

RIQUADRO 6 - IL PROGRAMMA "GUADAGNARE SALUTE"

Nell'ottica della realizzazione di politiche intersettoriali, che prevedono il coinvolgimento di settori al di fuori di quello sanitario in azioni favorevoli alla salute dei cittadini, nel 2006, con un forte sostegno anche da parte dell'Italia, sono state prodotte dall'OMS la Strategia di contrasto alle malattie non trasmissibili (*Gaining Health*, Copenhagen - 12 settembre 2006) e la Strategia di contrasto all'obesità (*European Charter on counteracting obesity*, Istanbul - 15 novembre 2006).

Seguendo le indicazioni dell'OMS e nella scia di quanto già proposto dal PNP 2005-2007, in Italia, nel 2007, è stato approvato il Programma nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (www.salute.gov.it/stili/vita/stili/vita.jsp), una strategia globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta e inattività fisica) attraverso l'attivazione di dinamiche intersettoriali (alleanze con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanizzazione, dello sport e dell'industria), al fine di promuovere e favorire corretti stili di vita da parte della popolazione nell'ottica di migliorare la salute e prevenire le principali patologie croniche.

Malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche hanno, infatti, in comune alcuni fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e il sovrappeso, il consumo eccessivo di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'ipercolesterolemia e l'ipertensione arteriosa. Questi fattori di rischio, da soli, sono responsabili del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Il contrasto a tali fattori di rischio passa attraverso la modifica degli stili di vita della popolazione, per ottenere la quale, tuttavia, è necessario il supporto di settori della società diversi da quello sanitario, che deve, comunque, mantenere il ruolo di promotore e coordinatore delle azioni.

RIQUADRO 7 - IL SISTEMA "PASSI"

La sorveglianza di popolazione consiste in una raccolta continua e sistematica di dati la cui interpretazione viene messa a disposizione di coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi in salute pubblica. Il Sistema PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia - www.epicentro.iss.it/passi) è un programma continuo di sorveglianza della popolazione italiana adulta (18-69 anni) sui principali fattori di rischio per la salute (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, alcol, rischio cardiovascolare, sicurezza domestica, screening oncologici, ecc.), affidato dal CCM al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS.

Il decorso del diabete, peraltro, è contrassegnato da numerose complicanze tra cui particolarmente frequenti e gravi sono quelle cardiovascolari. Per questo motivo le linee guida per l'assistenza ai diabetici suggeriscono un monitoraggio attivo e un trattamento aggressivo dei fattori di rischio che frequentemente si trovano associati al diabete, come ipertensione, ipercolesterolemia, peso eccessivo, sedentarietà, fumo.

Il Sistema PASSI, rilevando la presenza dei fattori di rischio associati al diabete e monitorando alcune attività di controllo e prevenzione, fornisce informazioni utili sulla qualità dell'assistenza ricevuta dalle persone diabetiche. Il Sistema, inoltre, raccoglie dati direttamente sul diabete attraverso un modulo specifico che viene somministrato dagli intervistatori a quanti affermano di avere ricevuto tale diagnosi.

RIQUADRO 8 - IL SISTEMA DI INDAGINI SUI RISCHI COMPORTAMENTALI IN ETÀ 6-17 ANNI

Per avere un quadro aggiornato del fenomeno obesità e sovrappeso tra i bambini italiani, il CCM ha affidato all'ISS-CNESP il coordinamento del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni". Il progetto è diviso in 2 indagini:

- la prima si è svolta a cadenza biennale nel 2008, nel 2010 e nel 2012 ed è denominata "OKio alla salute", (sorveglianza nutrizionale e sui fattori di rischio comportamentali su un campione rappresentativo di alunni delle scuole primarie - www.epicentro.iss.it/okkiolosalute);
- la seconda si è svolta nell'anno scolastico 2009-2010, fa parte dello studio europeo HBSC - Health Behaviours in School-aged Children (sorveglianza dei comportamenti associati con lo stato di salute negli adolescenti - www.hbsc.unibo.it) e ha riguardato 77.000 ragazzi tra gli 11 e i 15 anni.

QUADRO NORMATIVO SPECIFICO PER L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA IN ETÀ EVOLUTIVA

Avendo come riferimento due leggi fondamentali ("Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" del 1987 e "Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989" del 1991), sono state emanate in Italia numerose norme che tutelano gli speciali bisogni di bambini e adolescenti con diabete.

In particolare, vengono riconosciuti e sottolineati il valore sociale della malattia, l'importanza delle relazioni familiari e la scarsa necessità dei ricoveri ospedalieri.

Legge 16 marzo 1987, n. 115 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito". Considera il diabete come malattia di alto interesse sociale, sia per l'impatto sulla vita di relazione della persona che per le notevoli influenze sulla società. Raccomanda di favorire l'inserimento delle persone con diabete nelle attività scolastiche, sportive e lavorative. Riconosce la necessità di erogare cure dedicate a bambini e adolescenti attraverso l'istituzione di Servizi di Diabetologia Pediatrica in tutte le regioni.

Legge 27 maggio 1991, n. 176 "Convenzione sui Diritti del Fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989". Definisce l'area pediatrica: ai sensi della Convenzione si intende per fanciullo ogni essere umano avente un'età inferiore a diciotto anni. Riconosce che i fanciulli più deboli devono condurre una vita piena e decente, in condizioni che garantiscano la loro dignità, favoriscano la loro autonomia e agevolino una loro attiva partecipazione alla vita della comunità. Riconosce il diritto dei fanciulli con fragilità di beneficiare di aiuti e di cure speciali, gratuite ogni qualvolta ciò sia possibile. Tale aiuto è concepito in modo tale che tutti i minori abbiano effettivamente accesso alla educazione, alla formazione, alle cure sanitarie, alla riabilitazione, alla preparazione al lavoro e alle attività ricreative e possano beneficiare di questi servizi in maniera atta a concretizzare la più completa integrazione sociale e il loro sviluppo personale, anche nell'ambito culturale e spirituale. Riconosce il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione, garantendo che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi.

Legge 28 agosto 1997, n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza". Favorisce la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza, privilegiando l'ambiente a esse più conificante ovvero la famiglia naturale, adottiva o affidataria, in attuazione dei principi della Convenzione sui diritti del fanciullo e della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, assicurando la partecipazione delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale.

D.M. 24 aprile 2000 "Adozione del Progetto obiettivo materno infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998/2000". Promuove la salute in età evolutiva nella comunità. Garantisce adeguata assistenza in Unità Operativa pediatrica al bambino con malattie croniche o disabilitanti, accentuando la tendenza alla deospedalizzazione con adeguati piani di assistenza sul territorio. La sua strategia è quella dell'integrazione tra interventi sanitari e interventi sociali, collegando i diversi servizi presenti sul territorio.

D.P.R. 13 giugno 2000 "Approvazione del Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per il biennio 2000/2001". Offre precisazioni attuative del Progetto Obiettivo.

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale". Le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attingono prevalentemente all'area materno-infantile.

Devono essere realizzati programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata.

Legge 8 novembre 2000, n.328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". La legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali, attraverso il coordinamento e l'integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione. Bisogna organizzare servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, e in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari, ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro.

Legge 28 marzo 2003, n. 53 "Delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale".

Decreto legislativo 15 aprile 2005 n. 76 "Definizione delle norme generali sul diritto-dovere all'istruzione e alla formazione, a norma dell'art.2, comma 1, lettera c), Legge 28 marzo 2003 n. 53". Pongono tra le strategie fondamentali della politica scolastica quella della centralità dei bisogni, interessi, aspirazioni degli studenti, delle loro famiglie, degli insegnanti.

Raccomandazioni del 25 novembre 2005 dei Ministeri della Salute e dell'Istruzione "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico". Costituiscono il documento fondamentale delle disposizioni attuali su diabete e scuola. Emanate per definire gli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico e alla gestione di eventuali emergenze, al fine di tutelarne il diritto allo studio, alla salute e al benessere all'interno della struttura scolastica.

1.6 L'assistenza alle persone con diabete in Italia

L'Italia dispone di un sistema di assistenza ben riconoscibile, sebbene vi siano tuttora differenze territoriali suscettibili di miglioramenti organizzativi, soprattutto sul versante dell'integrazione e della comunicazione tra i vari operatori.

Tale sistema si è venuto a creare sia grazie alle norme sia per la spinta volontaristica spontanea e sulla base della crescente domanda di salute da parte della popolazione.

Il sistema è articolato su più livelli, con una decisa differenziazione tra le diverse fasce di età e, in particolare, tra il Diabete di tipo 1 insorto in età evolutiva e il diabete di tipo 2.

DIABETE IN ETÀ EVOLUTIVA

Il livello di assistenza primaria in tale ambito è affidato principalmente alla figura del Pediatra di Libera Scelta (PLS) convenzionato con il SSN, e capillarmente presente su tutto il territorio nazionale. La prevalenza stimata del Diabete di tipo 1 è di circa lo 0.5% della popolazione generale, con valori di incidenza variabili da regione a regione, in media di circa 10 - 12 casi/anno/100.000 abitanti. È quindi stimabile che ogni PLS, accreditato di circa 500 assistiti, abbia in carico almeno un bambino con Diabete di tipo 1. Tuttavia, la maggioranza dei PLS, in presenza del problema diabete di tipo 1, ritiene corretto affidare i pazienti direttamente alle cure di un Centro di livello specialistico.

Il secondo livello di cure è discretamente omogeneo, anche se non sempre ben formalizzato. Tale livello è quasi esclusivamente situato in strutture Ospedaliere, Universitarie o di IRCCS.

Una volta che il Centro riceve il paziente, attiva la presa in carico del bambino o ragazzo diabetico, coinvolgendo il PLS e i servizi territoriali, anche al fine di migliorare il più possibile la qualità di vita del paziente e della sua famiglia.

DIABETE IN ETÀ ADULTA

Anche qui il primo livello di assistenza è affidato alle cure primarie rappresentate dai Medici di Medicina Generale (MMG) convenzionati con il SSN.

In media è stato calcolato che ogni MMG ha in carico tra i 60 e gli 80 pazienti diabetici ogni 1000 assistiti; la media dei contatti annuali con questi è di 18 visite l'anno, che sale a più di 20 negli ultrasessantenni (Health Search, 2005).

Questa popolazione di diabetici gode di un discreto compenso (il 53% del totale ha un'HbA1c inferiore a 7%), è in trattamento con ipoglicemizzanti orali (61%), con sola terapia insulinica o senza alcun trattamento farmacologico.

Il secondo livello di assistenza è rappresentato dai Centri di Diabetologia. Si tratta di una vasta rete di Centri, situati per lo più all'interno degli Ospedali o delle Università, ma presenti anche in contesti territoriali, con dotazione variabile di risorse tra le diverse regioni italiane.

Inoltre, nonostante siano non pochi i Centri con elevata specializzazione e attrezzati per assistere le maggiori complessità, solo il 29% di essi dichiara di aver adottato dei modelli di integrazione/comunicazione con i MMG, meno della metà ha attivato uno specifico ambulatorio per la diagnosi e cura delle complicanze d'organo e solo una minoranza eroga con regolarità programmi strutturati di educazione terapeutica.

L'analisi della situazione attuale dimostra che per quanto buona sia la percentuale di soggetti che raggiungono un adeguato controllo metabolico e che ricevono gli opportuni controlli periodici, esistono margini di ulteriore sostanziale miglioramento sia a livello di assistenza primaria che di Centri di diabetologia.

Per contro, i sistemi di *recall* dei pazienti, i modelli di organizzazione integrati con altri specialisti per la diagnosi e la cura delle complicanze, la regolarità del *follow-up* con avvio dello stesso al momento della diagnosi della malattia, il coinvolgimento attivo della persona con diabete, la gestione integrata con i MMG vanno considerati elementi irrinunciabili.

2. GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO

Questa parte richiama gli obiettivi generali del Piano, individuando per ciascuno specifiche raccomandazioni per migliorare gli *outcome* (esiti sanitari delle cure).

La loro attuazione richiederà il coinvolgimento di tutti gli Attori, nell'ambito dell'autonomia regionale; ciò può non essere semplice in un sistema con risorse limitate e barriere anche di tipo culturale.

Pertanto, oltre alla condivisione dei contenuti, saranno necessari:

- una comunità di intenti;
- posizioni di accordo dei vari interlocutori;
- l'input del Governo centrale, delle Regioni, degli Esperti e delle Società Scientifiche;
- il coinvolgimento del MMG, del PLS e dei team diabetologici territoriali e ospedalieri, nonché di tutte le altre figure professionali coinvolte, delle persone con diabete, delle loro Associazioni e del volontariato;
- una adeguata informazione e formazione;
- l'integrazione tra iniziative di prevenzione e assistenza;
- un impegno ad attuare le *best practice* e la Evidence Based Medicine (EBM);
- il miglioramento delle attività di coordinamento;
- il miglioramento e la traslazione nella pratica clinica delle attività di ricerca.

Tutto questo porterà indubitabili vantaggi, tra i quali il miglioramento della qualità della cura e della vita delle persone con diabete, l'auspicabile riduzione dei ricoveri ospedalieri per eventi acuti e per complicanze croniche con riduzione della percentuale dei costi diretti, l'auspicabile riduzione delle complicanze croniche e quindi delle disabilità con conseguente prevedibile incremento della produttività lavorativa, e contestuale riduzione dei prepensionamenti da inabilità.

Viceversa, senza alcun intervento, aumentando incidenza e prevalenza della malattia e delle complicanze, si possono ipotizzare un aumento dei costi, nessuna modifica nel numero dei ricoveri, un aumento delle invalidità dovute alle complicanze croniche e quindi dei costi sanitari diretti e indiretti, il peggioramento della qualità della vita e della soddisfazione per i servizi erogati.

2.1 Obiettivi e strategie generali

Sono stati definiti dieci obiettivi generali, che focalizzano l'attenzione su alcune aree chiave, al fine di ridurre l'impatto della malattia sulle persone con o a rischio di diabete, sulla popolazione e sul SSN. Tali obiettivi non sono elencati per importanza e non vi è una implicazione di priorità.

RIQUADRO 9 – DIECI OBIETTIVI GENERALI

1. *"Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate"*
2. *"Prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia attraverso l'adozione di idonei stili di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate politiche di intersectorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete"*
3. *"Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi il trattamento e l'assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura"*
4. *"Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio - sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete"*
5. *"Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale"*
6. *"Migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare"*
7. *"Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia"*
8. *"Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona"*
9. *"Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie"*
10. *"Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni riconosciute di persone con diabete, sviluppando l'empowerment delle persone con diabete e delle comunità"*

Le strategie generali individuate dal Piano interessano invece tutta la gamma degli interventi (prevenzione primaria, assistenza, *management*, prevenzione delle complicanze ecc.), ed hanno come target la popolazione generale, la popolazione ad alto rischio, le persone con diabete, gli erogatori dell'assistenza (inclusi i professionisti sanitari specialisti, i MMG e PLS, il personale sanitario e non), le Istituzioni a livello centrale e locale.

In particolare:

- a) *l'informazione e la formazione* sono fondamentali e interessano vari aspetti quali la creazione di una conoscenza diffusa del diabete, delle strategie di riduzione dei rischi e dei sintomi, oltre all'educazione sulla gestione della malattia e sulla consapevolezza del diritto a una assistenza professionale e a idonei servizi di supporto;
- b) *le pratiche cliniche e assistenziali basate sulle prove scientifiche* hanno importanza per definire le responsabilità di chi fornisce assistenza e incidono sul miglioramento dell'efficacia e della tempestività dell'accesso. Tali pratiche dovrebbero essere considerate nella attività clinica, nella programmazione sanitaria e ai fini della allocazione delle risorse;
- c) *l'approccio orientato alla persona* è l'arma più efficace contro una patologia di lunghissima durata, sistemica, multifattoriale e ad alta prevalenza, qual è il diabete; ciò implica una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno reticolare "multicentrico", mirato a valorizzare, sia la rete specialistica sia l'assistenza primaria;
- d) *i nuovi scenari organizzativi*, in armonia con i modelli esistenti nelle vari Regioni, dovranno integrare i contributi delle diverse figure assistenziali all'interno di un continuum di percorso diagnostico-terapeutico rispettoso delle esigenze sanitarie individuali della persona con diabete;
- e) *il coordinamento sistematico* tra Governo, Regioni, Società scientifiche e Associazioni di pazienti dovrà essere un fondamentale elemento per migliorare conoscenza, efficacia delle cure e accesso.

2.2. Gli obiettivi generali, specifici, indirizzi strategici e le relative linee di indirizzo prioritarie

Verranno ora approfonditi i singoli obiettivi generali; per ciascuno saranno elencati obiettivi specifici, indirizzi strategici e linee di indirizzo prioritarie.

OBIETTIVO 1

(erogazione e monitoraggio dei servizi)

“Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate”

Obiettivi specifici

- realizzare un censimento dell'offerta specialistica verificata dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, servizi);
- creare un coordinamento laddove, nella stessa area geografica, coesistono più strutture specialistiche;
- creare una rete tra le strutture specialistiche valorizzando le diverse e specifiche competenze;
- razionalizzare la distribuzione dei team specialistici in maniera da mettere a disposizione Centri dotati delle necessarie risorse;
- promuovere l'assistenza diabetologica di primo livello integrata con quella specialistica;
- adottare e mettere in pratica raccomandazioni nazionali con il contributo delle Società Scientifiche per la definizione di PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) condivisi con le Associazioni di persone con diabete, nel rispetto di un uso appropriato delle risorse;
- utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza;
- garantire un'adeguata formazione con percorsi di accreditamento del personale medico e non destinato alla gestione della persona con diabete.

Indirizzi strategici

- coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari e non, formando team locali idonei a gestire i vari gradi di complessità della malattia;
- condivisione dei PDTA e definizione dei ruoli e delle attività;
- utilizzazione e analisi periodica di indicatori;
- percorsi di formazione e verifica per il personale medico e non;
- definizione di un processo di gestione integrata che riguardi ogni singola persona con diabete dal momento della diagnosi.

Linee di indirizzo prioritarie

- recepire le raccomandazioni nazionali per la cura e l'assistenza della persona con diabete;
- istituire gruppi di lavoro rappresentativi dei diversi Attori, compresi i rappresentanti delle Associazioni delle persone con diabete rappresentative a livello regionale;
- costruire banche dati, in cui confluiscono dati amministrativi e clinici per la valutazione dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza;
- garantire un aggiornamento continuo;
- gestire l'ingresso di ogni persona con diabete nel PDTA al quale partecipano tutti gli attori coinvolti con un impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia.

OBIETTIVO 2

(prevenzione e intersettorialità)

“Prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia attraverso l'adozione di idonei stili di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate politiche di intersettorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete”

Obiettivi specifici

- migliorare le conoscenze della popolazione sui corretti stili di vita;
- promuovere stili di vita corretti nella popolazione generale al fine di ridurre l'incidenza del diabete o ritardarne l'insorgenza tenendo sotto controllo l'aumento di sovrappeso e obesità nella popolazione;
- identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete nella popolazione generale;
- migliorare lo stato nutrizionale della popolazione;
- aumentare la proporzione di soggetti fisicamente attivi;
- sorvegliare la prevalenza di scorretta nutrizione, inattività fisica, sovrappeso e obesità nella popolazione generale.

Indirizzi strategici

- attuazione di campagne istituzionali di informazione e educazione rivolte alla popolazione generale e a rischio e finalizzate a promuovere l'adozione di stili di vita salutari;
- formazione dei MMG, dei PLS, degli specialisti e del personale sanitario mirata alla prevenzione primaria e alla diagnosi precoce;
- impostazione e realizzazione, a livello locale, regionale e nazionale, di politiche, atti regolatori e programmi di prevenzione che intervengano sui determinanti sociali, economici e ambientali degli stili di vita, al fine di creare un ambiente favorevole alla riduzione degli introiti calorici (facilitando il consumo di frutta e verdura e scoraggiando quello di alimenti non salutari) e all'assunzione di uno stile di vita attivo nella popolazione generale;
- attuazione, da parte degli operatori di Sanità pubblica, di azioni di advocacy verso i decisori istituzionali in favore della salute in tutti i settori della società civile;
- programmazione e realizzazione di azioni intersettoriali volte a responsabilizzare e coinvolgere portatori di interessi e settori della società al di fuori di quelli sanitari (Scuole, comuni, luoghi di lavoro, enti sportivi, produttori, distributori e rivenditori di beni di consumo, ecc.) in interventi di documentata efficacia volti al miglioramento degli stili di vita della popolazione;
- attuazione a livello regionale di tutte le politiche e le normative nazionali ad approccio inter-settoriale previste per la tutela delle persone con diabete;
- partecipazione alle principali strategie di promozione di stili di vita salutari a carattere inter-settoriale previste a livello nazionale;
- partecipazione ai principali programmi di sorveglianza sugli stili di vita della popolazione previsti a livello nazionale;
- valutazione dei risultati delle strategie attuate.

Linee di indirizzo prioritarie

- promuovere una corretta informazione rivolta alla popolazione generale e finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sui corretti stili di vita e sulla malattia diabetica;
- sostenere e realizzare strategie pubbliche e di rete con i portatori di interessi su nutrizione, attività fisica, sovrappeso e obesità;
- attuare e valutare interventi che promuovano e facilitino l'assunzione di corretti stili nutrizio-

- nali e di attività fisica da parte sia degli individui sia della popolazione generale;
- attuare e valutare iniziative di diagnosi precoce della patologia diabetica per i soggetti a rischio;
 - realizzare sistemi di sorveglianza sugli stili di vita della popolazione che consentano di seguire i fenomeni nel tempo, di raffrontare le diverse realtà a livello locale, regionale, nazionale e internazionale e di valutare l'efficacia degli interventi.

OBIETTIVO 3 (conoscenze e sostegno alla ricerca)

"Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi il trattamento e l'assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura"

Obiettivi specifici

- migliorare le conoscenze e competenze di tutti gli Operatori Sanitari;
- migliorare le conoscenze sui fattori di rischio e sui determinanti genetici al fine di identificare precocemente le persone a rischio di diabete nella popolazione generale;
- migliorare le conoscenze sulla fisiopatologia della malattia diabetica per un intervento più efficace capace di ridurre l'incidenza o ritardarne l'insorgenza;
- migliorare le conoscenze sui fattori che contribuiscono ad aumentare il rischio di complicanze micro e macro angiopatiche;
- migliorare le conoscenze sull'appropriatezza delle terapie e favorire la ricerca di trattamenti appropriati per la malattia;
- migliorare le conoscenze sui modelli di gestione e assistenza alle persone con diabete;
- sostenere e programmare la formazione di giovani ricercatori nel campo della ricerca sul diabete.

Indirizzi strategici

- promozione dell'attività di ricerca sul diabete per incrementare le conoscenze sui fattori di rischio, le cause e la cura del diabete;
- miglioramento del coordinamento delle attività di ricerca italiane sul diabete attraverso la collaborazione interdisciplinare e la creazione di infrastrutture comuni atte ad agevolare l'impegno italiano a favore della ricerca sul diabete;
- coinvolgimento delle Associazioni delle persone con diabete e delle Società Scientifiche nella promozione e nel supporto dell'attività di ricerca.

Linee di indirizzo prioritarie

- supportare la ricerca sul diabete mediante programmi specifici e favorire l'accesso a finanziamenti nell'ambito dei programmi quadro dell'UE;
- promuovere le attività destinate alla raccolta fondi per la ricerca sul diabete e favorire forme di partnership per sviluppare le attività di ricerca sul diabete;
- programmare di Corsi di formazione sul modello del Progetto IGEA.

OBIETTIVO 4 (disuguaglianze sociali; fragilità e/o vulnerabilità)

"Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete"

Obiettivi specifici

- migliorare l'efficacia delle cure e l'accessibilità all'assistenza per le persone con diabete in condizioni di fragilità o in contesti sociali difficili;
- promuovere l'empowerment del paziente nel proprio contesto sociale;
- migliorare la capacità di gestione della malattia da parte del contesto sociale e familiare;

Indirizzi strategici

- definizione di specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone con vulnerabilità socio-sanitaria e/o non autosufficienti;
- impiego appropriato dei mediatori culturali al fine di superare le barriere culturali e linguistiche;
- formazione specifica rivolta ai team diabetologici;
- coinvolgimento di Associazioni riconosciute di persone con diabete;
- educazione terapeutica pertinente rivolta ai pazienti e alle loro famiglie.

Linee di indirizzo prioritarie

- censire e valutare le risorse strutturali, organizzative e umane già operative a livello regionale e aziendale per garantire adeguati livelli di assistenza;
- potenziare l'assistenza domiciliare integrata per il diabetico fragile;
- realizzare attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di fragilità e ai contesti sociali difficili.

OBIETTIVO 5 (diabete gestazionale; diabete e gravidanza)

"Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale"

Obiettivi specifici

- mettere in pratica le raccomandazioni della linea guida "Gravidanza fisiologica" su screening e diagnosi del diabete gestazionale;
- migliorare l'efficacia e l'accessibilità dei servizi per l'assistenza delle donne con diabete gestazionale e alle donne diabetiche in gravidanza;
- promuovere l'integrazione tra team diabetologico e le altre figure professionali coinvolte nell'assistenza alla gravidanza;

OBBIETTIVO 6 *(età evolutiva)*

"Migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare"

Obiettivi specifici

- promuovere la ricognizione delle strutture di diabetologia pediatrica dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse, e la loro allocazione secondo criteri di efficienza ed efficacia;
- sviluppare interventi per la diagnosi precoce in età evolutiva;
- promuovere l'integrazione interistituzionale tra i diversi livelli di cura;
- migliorare le competenze dei professionisti attraverso processi di formazione e accreditamento;
- realizzare attività di formazione e comunicazione della persona con diabete, con il coinvolgimento di Associazioni rappresentative, per il miglioramento della capacità di gestione della malattia da parte dei contesti familiare, relazionale e sociale.

Indirizzi strategici

- corretta informazione rivolta alla popolazione generale e finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sulla malattia diabetica e sui sintomi precoci per un tempestivo riconoscimento della patologia;
- formazione e informazione degli specialisti e dei PLS, degli operatori sanitari e non, della famiglia, della scuola, delle Associazioni di persone con diabete;
- raccolta dati sull'incidenza e prevalenza del diabete e delle sue complicanze in età evolutiva;
- diffusione e attuazione di raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche a livello nazionale con il contributo delle Società Scientifiche, per guidare i professionisti, i pazienti e le Associazioni di persone con diabete.

Linee di indirizzo prioritarie

- supportare e condurre studi finalizzati alla prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete in età evolutiva;
- promuovere interventi per il miglioramento della qualità della vita negli ambiti relazionali propri dell'età;
- promuovere la ricognizione a livello regionale delle strutture diabetologiche dedicate e dei relativi assetti organizzativi e operativi;
- promuovere l'uso appropriato delle tecnologie promuovendo l'adozione di idonei modelli assistenziali, con particolare riferimento alla delicata fase di transizione del diabetico adolescente.

- fornire alla donna con progresso diabete gestazionale consigli circa lo stile di vita per ridurre la possibilità di sviluppare un DM2;
- aumentare la conoscenza dei rischi associati alla gravidanza per la donna con diabete;
- migliorare l'accessibilità ai servizi per la assistenza della donna con diabete durante la gravidanza.

Indirizzi strategici

- miglioramento dell'assistenza ottenibile attraverso l'adozione di percorsi assistenziali specifici;
- sviluppo di programmi per la gestione integrata del diabete gestazionale;
- raccolta dati sul diabete gestazionale;
- raccolta dati sulle donne gravide con diabete preesistente;
- corretta informazione rivolta alle donne e finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sulla malattia diabetica e sui fattori di rischio;
- formazione e informazione di tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti, dei pazienti e dei loro familiari, finalizzata alla gestione integrata della gravidanza;
- sviluppo di programmi nazionali per incrementare la conoscenza nella popolazione del diabete gestazionale;
- promozione di counselling pre-gravidanza e ottimizzazione del controllo del diabete per tutte le donne con diabete prima, durante e dopo la gravidanza;
- sviluppo di programmi per il management integrato della donna diabetica in gravidanza;
- sviluppo di programmi a livello nazionale che migliorino la formazione dei professionisti.

Linee di indirizzo prioritarie

- sviluppare e applicare standard di assistenza per il management clinico del diabete gestazionale;
- sviluppare sistemi di richiamo per le donne con progresso diabete gestazionale al fine di monitorare il possibile futuro sviluppo della malattia diabetica.
- attuare le raccomandazioni definite a livello nazionale con il contributo delle Società Scientifiche per il management della donna in gravidanza con diabete preesistente;
- assicurare che la donna diabetica in giovane età abbia accesso al counselling prima della gravidanza e ottimizzare il controllo del diabete prima e durante la gravidanza;
- promuovere la programmazione della gravidanza nelle donne diabetiche;
- monitorare gli outcome della gravidanza nelle donne con diabete preesistente;
- assicurare team multi professionali e interdisciplinari e prevedere percorsi dedicati in modo specifico alle donne diabetiche in gravidanza o con diabete gestazionale.

OBIETTIVO 7
(epidemiologia e registrazione dei dati)

“Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell’assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia”

Obiettivi specifici

- misurare l’incidenza e la prevalenza di diabete di tipo 1 e di tipo 2, delle loro complicanze e del loro andamento nel tempo, valutando la possibilità di estendere tali misurazioni alle altre forme di diabete, quali diabete in gravidanza, MODY e altre forme rare;
- definire una lista di indicatori comuni per misurare la qualità degli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria erogata (in termini di valutazione continua delle strutture, dei processi di diagnosi e cura e degli esiti degli stessi) tenendo anche conto di quanto definito nell’ambito di progetti già avviati (es. IGEA);
- integrare in rete le strutture operanti per la gestione della persona con diabete al fine di realizzare i programmi di gestione integrata della malattia, garantendo simultaneamente la connessione in rete dei servizi e la condivisione delle informazioni fondamentali per la realizzazione del programma secondo le necessità dell’assistenza e del governo clinico.

Indirizzi strategici

- Integrazione e potenziamento dei flussi informativi esistenti, tenendo conto delle diverse modalità organizzative esistenti, a sostegno di un modello di gestione integrata per le persone con diabete;
- condivisione di metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici in ambito diabetologico;
- costruzione eventuale di registri di patologia in accordo con la normativa nazionale;
- condivisione delle esperienze con il contesto internazionale, in particolare a livello europeo.

Linee di indirizzo prioritarie

- promuovere l’attivazione di gruppi di lavoro (nazionali e regionali) finalizzati alla condivisione di un sistema di indicatori su base nazionale;
- valorizzare le banche dati esistenti, potenziandole e creandone altre “ad hoc” in grado di interconnettersi tramite l’adozione di regole comuni al fine di disporre delle basi di conoscenza per il follow-up e la sorveglianza della patologia e per la verifica sulla assistenza erogata;
- promuovere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali.

OBIETTIVO 8
(diffusione delle competenze)

“Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona”.

Obiettivi specifici

- adottare linee guida o documenti di consenso nella pratica professionale;
- condividere le linee guida organizzative per la gestione integrata del diabete, creando il retro-terra, il consenso e l’adesione necessari alla loro attuazione;
- creare un linguaggio comune di comunicazione tra diversi gruppi di interesse;
- acquisire strumenti di interazione efficace per migliorare la relazione e promuovere la partecipazione attiva delle persone con diabete alla gestione della propria malattia;
- analizzare i risultati raggiunti nella realizzazione della gestione integrata valutando i punti di forza e le criticità;
- identificare e proporre eventuali correttivi legati alla propria pratica professionale o che richiedono un intervento dei decisori in una prospettiva di “apprendimento continuo” degli individui e dei sistemi);

Indirizzi strategici

- esame dei bisogni formativi dei team specialistici, degli MMG, dei PLS e pediatri di comunità, delle altre figure specialistiche, e del personale non sanitario coinvolto anche in relazione al tema della gestione integrata e al lavoro di team;
- la formazione deve prevedere un coordinamento a livello centrale e regionale per quanto riguarda la progettazione, pianificazione e valutazione di iniziative con il coinvolgimento di un ampio numero di Attori.

Linee di indirizzo prioritarie

- realizzare attività di formazione e informazione degli operatori coinvolti nella rete assistenziale;
- attuare processi strutturati e periodici di audit, ai diversi livelli assistenziali, su aspetti sia clinici sia organizzativi;
- promuovere programmi di gestione e miglioramento della qualità dell’assistenza;
- promuovere una sistematica revisione degli indicatori di attività;
- adottare specifiche politiche aziendali per la raccolta sistematica delle informazioni sulla qualità dei servizi percepita dai pazienti.

OBIETTIVO 9 (tecnologie)

"Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie"

Obiettivi specifici

- formulare e applicare linee guida e documenti di consenso basati sulle evidenze scientifiche disponibili, con il contributo delle Società scientifiche e delle Associazioni di pazienti;
- definire criteri di selezione condivisi per un uso mirato della terapia con microinfusori e di altre tecnologie complesse (ad esempio i sensori per la misurazione continua della glicemia) e istituire procedure che garantiscano l'adesione ai criteri di prescrizione che verranno definiti, un percorso educativo strutturato, la competenza del servizio di diabetologia (documentata e certificata) e il monitoraggio dei risultati;
- formare e informare sull'uso appropriato delle tecnologie le persone con diabete e tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti;
- monitorare nel tempo l'adeguatezza e la qualità delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, garantire il diritto all'accesso appropriato, favorire l'impiego di strumenti di qualità tecnologica adeguata e di procedure idonee a ottenere risultati sicuri riducendo i potenziali rischi, in particolare per l'autocontrollo glicemico.

Indirizzi strategici

- definizione di una modalità organizzativa che consenta equità di accesso alle tecnologie, valorizzando al tempo stesso le competenze e l'esperienza dei centri più specializzati e di alto livello di organizzazione.

Linee di indirizzo prioritarie

- promuovere l'adozione di strumenti di qualità comprovata e controllarne nel tempo il mantenimento della qualità;
- garantire la formazione delle persone con diabete a un uso corretto e appropriato dell'autocontrollo glicemico e delle altre tecnologie;
- garantire idonei assetti organizzativi che permettano di verificare la qualità degli strumenti in uso e il monitoraggio dei criteri di continuità assistenziale e di efficacia e di efficienza;
- garantire idonei assetti organizzativi assistenziali che permettano di realizzare e verificare una adeguata formazione della persona con diabete all'uso delle tecnologie nell'ambito del quadro più complesso dell'educazione terapeutica;
- promuovere l'adozione, da parte delle strutture di riferimento diabetologico e di laboratorio, di strategie basate su un programma di VEQ o su confronto tra dati, nel rispetto di protocolli validati e condivisi dalle Società scientifiche, tenendo conto delle interferenze segnalate, della calibrazione e della possibilità di errore da parte del paziente;
- favorire una adeguata selezione dei pazienti che tenga conto di criteri di selezione condivisi.

OBIETTIVO 10 (forme di partecipazione)

"Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni di persone con diabete² rappresentative a livello regionale, sviluppando l'empowerment delle persone con diabete e delle comunità"

Obiettivi specifici

- censire le Associazioni operanti sul territorio;
- promuovere un coordinamento regionale delle Associazioni;
- coinvolgere rappresentanti delle persone con diabete nelle commissioni/gruppi regionali deputati all'attuazione del PSN attraverso le Associazioni rappresentative a livello regionale;
- promuovere la partecipazione locale delle Associazioni nei gruppi di lavoro preposti all'organizzazione dell'assistenza alle persone con diabete;
- coinvolgere le Associazioni nella identificazione delle criticità dell'assistenza;
- stimolare la formazione e la crescita culturale delle Associazioni.

Indirizzi strategici

- coinvolgimento attivo nei gruppi regionali e locali dei rappresentanti delle Associazioni
- formazione dei rappresentanti delle Associazioni da parte degli operatori sanitari secondo programmi condivisi a livello istituzionale;
- favorire formule di aggregazione tra le diverse Associazioni finalizzate alla partecipazione a gruppi di lavoro preposti all'organizzazione dell'assistenza.

Linee di indirizzo prioritarie

- promuovere una ricognizione delle Associazioni operanti sul territorio;
- promuovere l'aggregazione tra le Associazioni;
- coinvolgere le Associazioni nei gruppi deputati alla attuazione locale del Piano e all'organizzazione dell'assistenza;
- promuovere la crescita del bagaglio di competenze specifiche delle Associazioni.

² nell'obiettivo definite di seguito "Associazioni"

3. LE MODALITÀ DI ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

3.1 Il disegno assistenziale di riferimento

È stata precedentemente affermata la necessità di una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno reticolare "multicentrico", mirato a valorizzare sia la rete specialistica diabetologica sia tutti gli attori della assistenza primaria. Tale enunciazione non origina da un posizionamento ideologico, ma da una effettiva esigenza dei sistemi assistenziali, ampiamente riconosciuta in campo internazionale.

Un modello assistenziale di riferimento per il diabete deve raggiungere i seguenti obiettivi: ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo metabolico, garantire la qualità di vita, prevenire e curare le complicanze, ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, assicurare collegamenti con i segni di prevenzione primaria e diagnosi precoce.

È, infatti, ampiamente dimostrato in letteratura che:

- nei soggetti a rischio, idonei stili di vita sono in grado di ridurre la comparsa del diabete in un'alta percentuale dei casi;
- le complicanze del diabete sono ampiamente prevenibili;
- una gestione integrata fra MMG e team diabetologico permette di rallentare l'evoluzione delle complicanze, contenendo i costi e garantendo una buona qualità della vita.

Per raggiungere gli obiettivi di cura è quindi necessario:

- educare la persona con diabete a una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura;
- creare un'organizzazione di assistenza per la malattia cronica adeguata e diversa da quella per la malattia acuta;
- stabilire una comunicazione efficace tra i diversi livelli per realizzare concretamente la continuità assistenziale;
- monitorare i processi di cura definiti dall'applicazione delle linee guida di riferimento, realizzando adeguati sistemi informativi;
- definire ruoli, competenze, attività e risultati attesi degli operatori impegnati nella cura della persona con diabete in tutti i livelli assistenziali;
- allocare risorse idonee all'ottenimento dei risultati.

La gestione integrata si è rivelata strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti nei campi dell'efficacia degli interventi, dell'efficienza delle cure, della salute e della qualità di vita dei pazienti.

Essa prevede l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), condivisi e codificati per i vari stadi di patologia, un sistema di raccolta dei dati clinici che possa generare gli indicatori di processo e di esito indispensabili a innescare il circolo virtuoso della qualità, e gli indicatori di risultato intermedio e finale finalizzati a valutarne l'efficacia e l'efficienza.

Al riguardo, si porta l'esempio del Progetto IGEA (Integrazione, Gestione E Assistenza per la malattia diabetica), che trova le sue origini e il suo collegamento con il Piano Nazionale di Prevenzione approvato in Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2005. Esso rappresenta uno strumento importante negli ultimi anni per lo sviluppo di un disegno unitario di gestione integrata, ampiamente condiviso e rispettoso dei diversi modelli organizzativi delle varie Regioni.

3.2 Dalla rete specialistica verso un nuovo sistema di cure, reticolare e multicentrico

L'esperienza italiana degli ultimi 20 anni, sviluppatasi attraverso la creazione di una rete di centri specialistici a prevalente attività ambulatoriale, ha indubbiamente realizzato importanti miglioramenti sul piano del controllo della malattia diabetica e delle sue complicanze.

Nonostante il buon livello di assistenza, l'aumento della prevalenza della malattia richiede un migliore processo di integrazione con altri professionisti che partecipano alla gestione.

È quindi obiettivo di questo Piano indirizzare verso un sistema che realizzi tale integrazione, attraverso la progressiva transizione verso un modello "reticolare" pluricentrico, che persegua concordemente percorsi diagnostico terapeutici condivisi e centrati sui bisogni della persona affetta da diabete.

Un simile sistema deve tenere conto delle realtà locali, con l'obiettivo di organizzare una rete che integri i medici di medicina generale, capillarmente presenti sul territorio (assistenza primaria), con i team diabetologici (cure specialistiche), eventualmente raccordati con centri regionali di alta specializzazione.

Inoltre deve essere in grado di applicare in modo omogeneo le conoscenze scientifiche basate sulla EBM, condividendole con gli interessati, i quali, adeguatamente informati e educati, si muoveranno tra i principali nodi della rete a seconda delle necessità contingenti e delle varie fasi della malattia.

L'eterogeneità della patologia e i cambiamenti dettati dalla sua storia naturale comportano diverse esigenze assistenziali. Vi sono, quindi, pazienti con diverso grado di complessità e diversi punti di erogazione delle prestazioni (reparti di degenza per acuti, team diabetologici, ambulatori dei MMG/PLS) dei quali è necessario coordinare e integrare le diverse attività.

È noto come la maggior parte dei costi del diabete sia determinata dai ricoveri per le complicanze. Lo sforzo, quindi, deve mirare soprattutto a prevenirli, ricorrendo alla "medicina d'iniziativa" e al "follow up proattivo", sia da parte dei MMG che dei team diabetologici, strumenti, questi, che permettono di garantire un monitoraggio stabile dei pazienti, in particolare negli stadi più avanzati di malattia, e di intraprendere azioni correttive quando comincino a palesarsi i primi segni di scompenso metabolico.

In questa prospettiva la gestione ambulatoriale dei pazienti deve acquisire una funzione sempre più proattiva e l'ospedale spostare progressivamente il proprio livello di produzione quanto più possibile verso formule di gestione ambulatoriale o di day service.

Pertanto, partendo da un'ideale stadiazione dei pazienti³ il sistema deve attivare PDTA personalizzati, differenziati in rapporto al grado di complessità della malattia nel singolo individuo e ai suoi specifici fabbisogni, indirizzando i casi più complessi verso programmi di cura che contemplino un follow up specialistico più intensivo, e quelli meno complessi verso una gestione prevalente, da parte del MMG/PLS. Tutti i pazienti, sin dal momento della diagnosi, devono essere inseriti in un processo di "gestione integrata", in cui MMG/PLS e Centri di diabetologia partecipano alla definizione del PDTA e alla definizione e verifica degli obiettivi terapeutici.

La "de-medicalizzazione" è un altro caposaldo dei disegni che si sono consolidati nelle esperienze internazionali più avanzate. In questa prospettiva vanno maggiormente valorizzate tutte le figure professionali coinvolte nella gestione della malattia, necessarie a rispondere adeguatamente alla multidimensionalità della patologia diabetica, in primo luogo quelle infermieristiche che, attraverso adeguati processi formativi, potranno gestire follow up autonomi, in seno a piani di cura concordati tra Specialista e MMG/PLS, con il coinvolgimento attivo della persona con diabete.

In questo modello a rete diventa importante il contributo del Volontariato, che deve operare in partnership con i vari attori e con il team diabetologico, fornendo contributi significativi nei percorsi di corretta informazione, supporto e accompagnamento ai pazienti.

In conclusione, appare necessario un nuovo disegno reticolare e multicentrico orientato alla gestione delle persone con patologia a lungo termine, nel quale esse possano circolare attraverso

³ vedi "Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete AMD, SIMG, SID" 2010

L'educazione terapeutica è una leva fondamentale per l'efficacia e l'efficienza del sistema; deve essere realizzata dai team diabetologici, con il contributo delle associazioni e del volontariato, attraverso programmi di educazione strutturata documentabili e monitorabili, nella prospettiva che i pazienti, resi consapevoli ed esperti, siano in grado di gestire la propria patologia e la propria qualità di vita al massimo delle potenzialità.

3.4 I capisaldi per consolidare la strategia del Piano

Nelle pagine seguenti ci si prefigge di fornire sinteticamente i focus fondamentali degli assi portanti della strategia sistemica di cui il Piano vuole essere promotore.

È evidente che risulta impossibile (e non è peraltro auspicabile) standardizzare rigidamente struttura e modalità di erogazione dell'assistenza ma, come più volte ribadito, ogni Regione conserva la propria autonomia nelle scelte strategiche, organizzative e operative, sebbene in armonia con il disegno nazionale.

Pertanto, la schematizzazione proposta si prefigge solo di sintetizzare e delineare gli aspetti generali, fornendo spunti di riflessione sui principali capisaldi per consolidare un disegno del Servizio sanitario nazionale.

Tali capisaldi, la cui validità è ampiamente riconosciuta in campo internazionale, dovranno trovare una efficace ed efficiente contestualizzazione nelle singole realtà regionali, tenendo conto delle strutture esistenti e degli assetti organizzativi e operativi presenti e storici.

In altri termini si dovrà tener conto delle potenzialità presenti nei contesti locali ma in una prospettiva di profonda e radicale innovazione del sistema di Cure Primarie orientate alla gestione delle persone con diabete e, più in generale, dei pazienti con patologia cronica.

Rete assistenziale con forte integrazione tra MMG/PLS, team della Struttura specialistica e Associazioni di Volontariato.

Il diabete per la sua crescente prevalenza e incidenza per la sua complessità patogenetica, e quindi terapeutica, per la frequenza e severità di complicanze sistemiche, richiede un peculiare modello di cura della cronicità. A questa peculiarità deve rispondere la revisione della rete gestionale del PDTA tale da garantire la maggiore flessibilità d'intervento in funzione dello stadio della malattia e del suo grado di complessità.

La "rete" non nasce da un semplice raccordo tra servizi e operatori ma da una reale integrazione organizzativa e operativa, basata essenzialmente su un continuo scambio di informazioni raccolte in maniera omogenea.

In altri termini, un "sistema" diviene tale se, oltre alle singole parti e componenti, sa governare le interfacce organizzative, usualmente poco presidiate, e se, nel rispetto della specificità dei diversi contributi, sa effettivamente andare oltre le tendenze autoreferenziali che scaturiscono da specifici punti di vista.

"Fare rete" non è massificare, ma, su una base di unitarietà, saper dare evidenza e riconoscimento ai contributi di ogni componente e di ogni attore.

Assistenza ambulatoriale per ridurre il numero dei ricoveri evitabili

Il ricovero risulta essere ancora uno strumento di gestione delle persone con diabete.

Un sistema di governo clinico e di gestione integrata deve prefiggersi primariamente di ridurre i ricoveri impropri ed anche quelli, certamente più numerosi, che, seppure appropriati, originano da una carenza di assistenza e dall'insorgenza di complicazioni croniche.

La "assistenza pro-attiva" esercitata da tutti gli attori della rete, ciascuno per le proprie compe-

specifici Percorsi Assistenziali integrati e personalizzati, armonici con lo stadio clinico della patologia, con il grado di complessità assistenziale e con i propri bisogni individuali, senza una delega schematica e aprioristica a una o a un'altra figura professionale, ma con una interazione dinamica dei vari attori assistenziali.

È utile pertanto che ogni Regione strutturi tale disegno, con la partecipazione dei rappresentanti dei vari attori coinvolti nel processo assistenziale, sulla base di scelte che tengano in considerazione la storia, il territorio, i servizi, il proprio potenziale e i propri limiti.

Si rende altresì necessario il progressivo affermarsi di un disegno unitario nazionale, tale da garantire in ogni Regione, pur nel rispetto delle differenze, il massimo possibile in termini di processi attivati e di risultati assistenziali raggiunti.

Proprio in ragione di questo principio, il Piano non intende fornire un vero e proprio "modello", ma si prefigge di delineare il disegno di un sistema di rete, che dovrà poi essere sottoposto a un processo di contestualizzazione.

Di seguito si forniranno alcune linee di indirizzo prioritarie, che hanno il solo fine di favorire tale processo.

3.3 Linee di indirizzo prioritarie

È necessario un nuovo disegno assistenziale mirato a gestire le patologie croniche con efficacia, efficienza e attenzione ai bisogni complessi del paziente. Esso deve partire dalla piena valorizzazione della rete assistenziale costituita dal livello dell'assistenza primaria e dal livello delle cure specialistiche, riorganizzando e rifunzionalizzando le strutture e i servizi disponibili e riqualificando la rete dei professionisti.

La rete, oltre che intra-territoriale, va costruita anche tra le strutture specialistiche territoriali e ospedaliere, in una prospettiva di continuità assistenziale modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia.

È necessaria una maggiore flessibilità nei modelli organizzativi e operativi, che, per essere efficaci, devono prevedere servizi strutturati e organizzati, "riconoscibili", e professionisti dedicati, organizzati in team multi-professionali e multi-disciplinari, che gestiscano percorsi assistenziali integrati.

È fondamentale l'ingresso quanto più precoce della persona con diabete nel percorso diagnostico-terapeutico al quale partecipano tutti gli attori coinvolti in funzione del grado di complessità della malattia.

I ricoveri sono uno strumento costoso per i pazienti e per il sistema, evitabile con una efficace prevenzione della malattia e delle sue complicanze. Pertanto, va potenziato l'approccio ambulatoriale e integrato sin dalle fasi iniziali della malattia.

Per una gestione efficace, efficiente e centrata sui bisogni "globali" e non solo clinici, è necessario studiare i pazienti sulla base del grado di sviluppo della patologia e dei bisogni assistenziali, utilizzando "percorsi assistenziali integrati" che includano "piani di cura", monitorabili attraverso indicatori di processo e di esito, gestiti dai diversi attori del sistema con approccio proattivo attraverso il "follow up attivo" e il richiamo dei pazienti nel rispetto delle scadenze previste.

La "centralità del paziente" deve impregnare tutto il programma di gestione delle patologie a lungo termine e responsabilizzare in ogni momento e in tale direzione tutti gli attori del sistema. Il paziente va sempre considerato l'attore fondamentale delle scelte relative al piano di cura con cui stabilire un vero e proprio patto di cura.

tenze, è lo strumento per prevenire le complicanze che necessitano del ricovero e in ogni caso per mettere in atto tutte le misure di prevenzione secondaria in caso di riconoscimento precoce della complicanza d'organo.

Il Piano sottolinea con forza che l'assistenza ambulatoriale, erogata in forma integrata da tutti gli attori della rete, è la formula più appropriata di assistenza alla persona con diabete. A tale proposito va sottolineato che il team diabetologico è nella condizione migliore per affrontare e gestire tutta la complessità della malattia grazie alla possibilità di avvalersi di competenze multidisciplinari (cardiologo, nefrologo, neurologo, oculista, chirurgo plastico, ortopedico, chirurgo vascolare, ecc.). Questa complessità, tuttavia, dovrebbe essere gestita quanto più possibile mediante articolazioni di tipo ambulatoriale (ambulatori protetti, ambulatori specialistici multidimensionali e multidisciplinari, day service) o di day hospital, riservando i ricoveri ordinari a casi limitati e di grande severità o complessità.

Va anche sottolineata la necessità di garantire una gestione ottimale della malattia quando la persona con diabete è ricoverata in ospedale per altra patologia quale trauma, infezione, evento intercorrente o per procedure chirurgiche, elettive o d'urgenza. Tale gestione dovrebbe includere una vera presa in carico da parte del team diabetologico durante la degenza, una continuità assistenziale territorio-ospedale, una dimissione protetta.

Team Specialistici dedicati (vedi anche riquadro dedicato)

Partecipano alla diagnosi e alla cura di tutte le persone con diabete fin dal momento della diagnosi, con interventi più frequenti nei pazienti con situazione clinica a più alta complessità e meno frequenti nei pazienti a più bassa complessità, soprattutto nelle fasi di stabile buon compenso e in assenza di complicanze significative. La loro partecipazione alla cura si svolge sempre in integrazione con il MMG/PLS. Fungono anche da consulenti per i diabetici ricoverati per altra patologia. Considerata l'alta prevalenza delle patologie croniche e del diabete mellito in particolare, un disegno di rete efficace deve avere dei livelli specialistici "dedicati", che non si sostituiscono agli attori dell'assistenza primaria, ma che ne siano il riferimento, in virtù di competenze ed expertise specifici, in particolare per il supporto nella gestione dei pazienti a maggiore complessità.

Il team diabetologico contribuisce, in accordo con i MMG e in collaborazione con altri specialisti, alla definizione del PDTA personalizzato di ogni persona con diabete e alla definizione e verifica degli obiettivi terapeutici individuali.

L'appropriatezza del setting di cura e la valorizzazione di tutta la rete di professionalità che contribuiscono a costruire i percorsi assistenziali dei pazienti, "personalizzati" in relazione allo stadio di malattia e ai bisogni "globali" (e non solo clinici) di assistenza, sono i capisaldi fondamentali del consolidarsi di una rete "multicentrica", nella quale il paziente possa circolare in modo ponderato e guidato (managed care), non in modo caotico né sulla base dell'occasionalità degli accessi al momento del manifestarsi del bisogno assistenziale (usual care).

Adeguata organizzazione delle attività del MMG/PLS (vedi anche riquadro dedicato)

Il rapporto di fiducia che costituisce il legame con il paziente deve essere pienamente riconosciuto e valorizzato da parte di tutti gli attori del sistema.

Gli attori dell'assistenza primaria, tra i quali è importante valorizzare meglio anche i Medici della Continuità Assistenziale, sono riferimenti portanti del sistema e devono rimanerlo anche per i pazienti a maggiore complessità assistenziale, per i quali il contributo del team specialistico dedicato diviene più consistente e frequente.

In conseguenza di ciò, in una logica di rete integrata, vi saranno pazienti con un follow up special-

stico più frequente e pazienti con un follow up maggiormente gestito dal MMG/PLS. Il MMG e il PLS contribuiscono, in accordo con il Centro di diabetologia e in collaborazione con altri specialisti, alla definizione del PDTA personalizzato di ogni paziente e alla definizione e verifica degli obiettivi terapeutici individuali.

Questa visione di gestione integrata "multicentrica" riconosce, quindi, il valore di ogni componente, dà centralità ai fabbisogni dei pazienti calibrando su di essi il disegno del follow up ed è finalizzata a evitare confusione di ruoli, scongiurando che sia la pura occasionalità a indirizzare il paziente e a guidarne le scelte.

Tale visione comporta il miglioramento dell'efficacia della prestazione assistenziale integrata sfruttando l'esistenza di studi medici associati, con presenza di personale infermieristico e tecnologia necessaria all'adeguata raccolta e condivisione delle informazioni cliniche, da cui sia agevole anche ricavare gli indicatori di performance.

L'ACN - Accordo Collettivo Nazionale 2009 ha delineato nuove formule organizzative (UCCP, AFT), aprendo nuovi scenari di valorizzazione dell'assistenza primaria e di gestione integrata. Tra questi va ricordato il ruolo dell'infermiere territoriale nella gestione proattiva anche dei pazienti diabetici in carico ai MMG/PLS. Su tali scenari le Regioni stanno già impegnandosi, nelle more dell'adozione di specifici atti normativi e dell'articolazione del nuovo ACN.

Ingresso nel percorso diagnostico-terapeutico

Attraverso la valutazione dell'intensità di cura e in relazione alla "stadiazione" della malattia e dei fabbisogni assistenziali dei pazienti, in una logica di "salute globale", cioè di un concetto di salute che include anche l'illness, cioè la "malattia vissuta" e i bisogni non-clinici.

I percorsi assistenziali dovranno essere modulati in rapporto alla stadiazione, gestiti attraverso lo strumento del follow up attivo (medicina d'iniziativa, assistenza pro-attiva), concordati con il paziente (patto di cura) applicati e dinamicamente monitorati per alimentare la verifica delle performance del sistema.

Questa "conoscenza di sistema" è utile per rivedere criticamente le strategie attuative e per dare corpo alle logiche di accountability (verificabilità intesa come "rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate") che stanno alla base del "governo clinico".

Sistemi di misura e di miglioramento della qualità delle cure e della qualità della vita

Devono essere strettamente connessi ai Percorsi Assistenziali. In altri termini, tali sistemi non devono solo guardare alle dimensioni "macro" e non devono essere utilizzati soltanto "ex post".

Devono poter monitorare i percorsi assistenziali in itinere, fornendo indicatori sulla gestione dei sub-target di pazienti (suddivisi in ragione della "stadiazione") ed anche del singolo paziente.

Devono avere una struttura dinamica, che permetta non solo le valutazioni finali di un periodo (es. la valutazione dei dati dell'anno), ma anche le verifiche in itinere, che possono fornire dati e informazioni utili a rivisitare criticamente la strategia e l'organizzazione dell'assistenza durante il corso dell'anno.

È quindi fondamentale che gli strumenti di misura guardino non solo ai processi attivati e alle attività svolte, ma anche agli "esiti", intesi non solo come esiti clinici, ma anche come benessere e qualità della vita.

Autonomizzazione della persona con diabete (empowerment nella cura e nella gestione del percorso assistenziale)

La persona con diabete è e resta il "decisore" fondamentale di tutto quanto riguarda la gestione della propria salute e della propria malattia e deve essere posta nelle condizioni di decidere scientemente.

Il paziente "consapevole ed esperto" non può rimanere una semplice affermazione, ma deve essere il risultato di un processo continuo che metta radicalmente in discussione l'asimmetria relazionale tra paziente e servizi, e tra paziente e operatori.

Tale processo, per concretizzarsi, ha bisogno, anzitutto, di riconoscere la necessaria centralità alla "comunicazione" e alla "relazione", che sono i capisaldi del rapporto di fiducia del paziente/utente con il Servizio sanitario e che, nella gestione delle patologie croniche, divengono le leve fondamentali per consolidare quel "patto di cura" che sta alla base della possibilità di ottenere risultati di salute e riduzione dei costi superflui.

Ciò implica un nuovo orientamento dei servizi e degli operatori, nuovi spazi, tempi adeguati e nuovi strumenti, oltre ad una nuova cultura di base che va alimentata attraverso processi di apprendimento nei contesti di lavoro (formazione "sul campo"), che valorizzino il sapere di cui sono ricche le "routine assistenziali" quotidiane.

Responsabilizzazione delle direzioni strategiche e dei "responsabili gestionali"

Nel governo clinico bisogna evitare l'errore di guardare solo alle logiche e agli aspetti tecnico-professionali, trascurando le problematiche gestionali e organizzative. In altri termini, bisogna ridurre la distanza tra programmatori/decisori e operatori tecnici.

È pertanto necessario che i processi di programmazione siano condivisi tra i professionisti e i responsabili gestionali (direzioni aziendali, direzioni di distretto, di ospedale, etc.) e che i sistemi di valutazione possano contemplare aree di responsabilità per tutte le componenti che con le loro leve, tecniche o gestionali, incidono sui processi assistenziali e sui risultati.

Efficaci sistemi di comunicazione

La comunicazione è l'asse fondante della gestione integrata e delle reti assistenziali. È, infatti, l'elemento indispensabile tra i diversi operatori, tra i vari servizi, tra i differenti livelli (territorio-ospedale). È, inoltre, il fattore centrale del rapporto di fiducia del paziente e del suo processo di empowerment. La comunicazione, quindi, impregna qualunque espressione e qualunque momento dell'assistenza.

Sono disponibili una serie di nuove tecnologie (sistemi di comunicazione audiovisiva sincroni e asincroni, la telemedicina, etc.) che aprono nuove interessanti frontiere e che, almeno nell'attuale fase di sperimentazione, sembrano poter contribuire a facilitare la comunicazione e a migliorare l'assistenza negli aspetti relativi all'efficacia e all'efficienza.

È necessario quindi, essere molto attenti ai possibili nuovi scenari assistenziali che questi strumenti aprono, ma, per non vanificarne la portata, non bisogna dimenticare che alla base degli impianti tecnologici deve esistere un profondo lavoro organizzativo, senza il quale la tecnologia rischia di divenire solo una "falsa soluzione".

Non bisogna dimenticare, inoltre, che la relazione umana, interpersonale, con il paziente e i familiari è e deve rimanere il fulcro dell'assistenza, evitando, in tal modo, che le tendenze ipertecnologiche ci rendano tecnicamente migliori ma empaticamente inadeguati.

Ruolo delle farmacie nell'approccio integrato alla gestione del diabete

La gestione di una patologia cronica come il diabete prevede, da parte di tutte le componenti del SSN, che il paziente sia inserito in un percorso assistenziale volto alla gestione della terapia e alla prevenzione delle principali complicanze, i cui presupposti sono l'educazione della persona con diabete e l'utilizzo corretto di tutte le risorse disponibili.

Le farmacie, presidi del SSN sul territorio, sono uno dei punti di riferimento per la persona con diabete e dei suoi familiari, perché rappresentano il più agevole e frequente accesso.

Il farmacista possiede facilità di dialogo e instaura un rapporto di confidenza con gli utenti abituali. Queste relazioni di prossimità e il suo ruolo professionale gli permettono di svolgere un ruolo potenzialmente attivo nell'educazione, informazione e assistenza personalizzata al diabetico.

In particolare, il coinvolgimento attivo delle farmacie nei processi informativi permette di conseguire, grazie alla diffusione sul territorio e ai continui rapporti con i cittadini, significativi obiettivi in termini di prevenzione primaria e secondaria secondo protocolli condivisi con il team diabetologico e il MMG/PLS, anche per quel che riguarda l'aderenza ai trattamenti a lungo termine.

RIQUADRO 10 - IL "TEAM SPECIALISTICO DEDICATO"

La visione del Piano è quella di una rete integrata "multicentrica", che si prefigge di valorizzare i differenti contributi di tutti gli attori assistenziali che entrano in gioco nella gestione delle persone con diabete. Per tradurre questa visione in un nuovo Sistema di Cure Primarie, è necessario abbattere i muri che impediscono o ostacolano l'utilizzo degli strumenti (gestione integrata, percorsi condivisi, follow up attivo, etc.) indispensabili per ottenere risultati migliori in tutti i campi dell'assistenza.

In sintonia con quanto detto, la funzione dei team diabetologici deve, anzitutto, essere intesa come funzione "unica e continua", che tende a svilupparsi lungo tutta la storia naturale di ogni singola persona con diabete e, quindi, lungo tutto il suo percorso assistenziale.

Abbattere i muri significa pensare a una funzione specialistica "unica", indipendente dall'allocazione fisica delle Strutture, individuando idonee soluzioni gestionali interaziendali quando tali funzioni siano distribuite tra diverse Aziende sanitarie. Una funzione "unica", quindi, lungo la quale i pazienti circolano in modo occasionale, ma, guidati dal proprio "percorso assistenziale", vengano attivamente indirizzati verso quei contesti che siano in grado di rispondere meglio alle esigenze assistenziali specifiche, valutate attraverso la "stadiazione".

La funzione dei team diabetologici, quindi, deve interagire costantemente con gli attori dell'assistenza primaria anche per i pazienti meno complessi, fornendo consulenza per un inquadramento diagnostico e terapeutico al momento della diagnosi e garantendo un follow-up specialistico condiviso e a frequenza variabile a seconda dei casi e della condizioni contingenti.

In continuità con tale disegno, il team specialistico, soprattutto se collocato a livello ospedaliero, deve gestire le condizioni acute e deve svolgere consulenza per le Unità Operative di degenza dove sono ricoverati diabetici affetti da altre patologie, "o, come previsto anche dalla Legge 115, di Centro Specialistico di III livello, svolgere compiti diagnostici e terapeutici per casistiche di particolare complessità, in ambito regionale." Il Piano utilizza il termine "team diabetologico" proprio a sottolineare che, in considerazione della complessità del diabete mellito, oltre allo specialista specifico (diabetologo) vi è necessità di integrare nel disegno assistenziale altri specialisti (neurologo, oculista, dietologo, etc.) e altre figure cardine dell'assistenza: l'infermiere (che riveste un ruolo primario anche attraverso il follow up infermieristico), il/la dietista (che favorisce il raggiungimento degli obiettivi terapeutici e garantisce costantemente al team informazioni sullo stato nutrizionale del paziente, sul grado di adozione al piano dietetico e sui progressi effettuati nel raggiungimento degli obiettivi nutrizionali), l'assistente sociale (professionista necessario nella valutazione dei parametri socio-familiari indispensabili per individuare tutti i fattori non-clinici da tenere in considerazione nella "stadiazione" dei pazienti e figura indispensabile nei casi "complicati" da difficoltà socio-familiari), lo psicologo (figura importante per il sostegno del team e per la sua formazione negli ambiti di gestione della comunicazione/relazione, della programmazione e gestione dei programmi di educazione strutturata), il podologo (considerata la specificità del piede diabetico) e così via.

Una ulteriore riflessione si rende necessaria rispetto al Team "dedicato". L'esperienza Italiana testimonia come sia importante la funzione specialistica specifica e quali risultati essa sia in grado di generare. Il personale "dedicato" è un ulteriore strumento di valore nell'assistenza, non solo perché questo implica disponibilità di tempo, acquisizione di maggiori competenze, e, quindi, di potenziale maggiore efficacia, ma anche perché la "visibilità" e la "riconoscibilità", sia dei servizi sia degli operatori, da parte dei pazienti sono una prerogativa di risultato. Pertanto, lo sviluppo delle logiche di rete non deve portare all'indebolimento di questi capisaldi, ma piuttosto all'ampliamento del valore dei contributi di tutti gli attori della rete, che è presupposto per una migliore valorizzazione delle funzioni specialistiche specifiche e del "personale dedicato", che potrà divenire motore fondamentale di crescita dell'intero sistema assistenziale.

Alla luce di quanto sopra, il team diabetologico multiprofessionale opera in modo coordinato attorno ai problemi dell'assistenza alla persona con diabete, elaborando procedure interne ed esterne condivise e revisionate periodicamente e assicurando la condivisione delle informazioni anche ai pazienti. Le sue funzioni sono: a) assistenziali, in rapporto ai vari livelli di intensità di cura; b) di educazione terapeutica strutturata; c) epidemiologiche (raccolta dati clinici); d) di formazione di tutti gli altri operatori sanitari coinvolti. Per un'uniforme assistenza al diabete su tutto il territorio nazionale è auspicabile che vengano rispettati standard che permettano un'adeguata organizzazione del servizio e un'efficace intervento sul bacino d'utenza. Come già detto, il Centro di Diabetologia a collocazione ospedaliera deve essere in grado di interloquire con le Strutture territoriali, siano esse Distretti, altre strutture diabetologiche o Studi di MMG/PLS, mentre eventuali Centri di Diabetologia a collocazione territoriale devono essere in grado di fornire agli Ospedali che ne fossero privi, la consulenza diabetologica per tutte le persone con diabete ricoverate che ne abbiano necessità e devono garantire la corretta e attiva presa in carico delle persone con diabete dimesse.

RIQUADRO 11 - ADEGUATA ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL MMG

Il MMG è e deve essere, al di fuori di ogni retorica, la figura-cardine della gestione integrata dei pazienti cronici, anche di quelli a maggiore grado di complessità, malgrado questi, per le loro caratteristiche, necessitano di follow up specialistici più frequenti.

È evidente che il contributo effettivo del MMG alla rete assistenziale che si è precedentemente delineata dipende anche da altre variabili, che possono avere potenziali effetti positivi sulle performance del medico, tra cui la partecipazione a forme avanzate di associazionismo, la presenza nello studio di personale infermieristico, la partecipazione a network professionali.

La funzione del MMG nel disegno di gestione integrata dei pazienti cronici non va vista soltanto per il suo contributo clinico-assistenziale, ma anche per il "rapporto di fiducia" con il paziente, che sta alla base del "patto di cura" che rappresenta lo strumento-cardine per la "co-costruzione" del percorso assistenziale e per la responsabilizzazione e l'empowerment del paziente. Inoltre, egli è l'operatore che ha maggiore conoscenza del paziente, delle sue caratteristiche personali e socio-familiari. Questo elemento sta alla base della potenzialità del MMG di assistere, gestire e curare le persone con diabete, nel rispetto del loro ruolo di medici del SSN e del CCN con una visione globale, che tenga conto di tutti gli aspetti della cura e dei bisogni del paziente, non solo quelli relativi alla malattia.

Il rapporto continuativo e i frequenti controlli dovrebbero essere opportunamente sfruttati per raggiungere alcuni obiettivi "strategici", corrispondenti ad altrettante criticità assistenziali:

- la diagnosi precoce del diabete mellito tipo 2;
- l'aderenza alle terapie prescritte e al percorso di cura;
- il raggiungimento dei target terapeutici;
- l'aderenza agli stili di vita;
- l'utilizzo appropriato dell'automonitoraggio glicemico (anche in termini di valutazione dei dati);

Nell'ambito delle attività finalizzate alla diagnosi precoce delle complicanze del DM si raccomanda che anche per il MMG siano enfatizzate e sottolineate in ogni PDTA locale l'importanza e la necessità dell'esame periodico del piede (almeno una volta l'anno).

Un nuovo Sistema di Cure Primarie deve saper guardare al MMG come componente di una rete integrata e non più come singolo professionista. L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2009 orienta l'attuale disegno organizzativo verso nuovi scenari di maggiore impegno e di maggiore valore della Medicina Generale.

L'art. 26 bis dell'ACN parla, infatti, delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), una nuova formula organizzativa finalizzata a condividere buone pratiche assistenziali nell'ambito dell'assistenza primaria, dando quindi, attraverso questa formula di "network della conoscenza", una forte centralità all'apprendimento e alle competenze come strumenti di riqualificazione dei professionisti.

L'art. 26 ter sulle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), apre, inoltre, una nuova prospettiva organizzativa che intende porre il MMG "dentro" il sistema assistenziale del distretto con nuove formule di responsabilità nell'assistenza territoriale.

Si tratta di ambiti nei quali le Regioni sono in atto impegnate e il cui sviluppo dipenderà molto dalle potenzialità e dai limiti dei diversi contesti, ma è indubbio che possano aprirsi nuove prospettive di gestione integrata e di maggiore interazione con le figure allocate a livello distrettuale.

Di indubbia importanza, in un tale disegno di Cure Primarie Integrate, sono:

- l'utilizzo di sistemi informativi "esperti" in grado di monitorare i percorsi diagnostico-terapeutici e di migliorare l'appropriatezza assistenziale attraverso una attività di audit integrato con il team specialistico, basata su indicatori di processo ed esito;
- il potenziamento e l'utilizzo di strumenti di comunicazione e di scambio informativo.

In particolare i sistemi informativi dovranno fornire un opportuno supporto alla condivisione-circolazione dei dati clinici dei pazienti per ottimizzare il percorso di cura, evitare la inutile ripetizione di esami, far capire alle persone con diabete che sono realmente inserite all'interno di un network assistenziale con un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali utile a una maggiore attenzione nella cura e migliori risultati. Infine, da parte del MMG viene spesso auspicata la presenza del personale di studio cui delegare parte delle attività assistenziali e di prevenzione sotto la supervisione del medico stesso.

3.5 La rete di assistenza diabetologica dell'età evolutiva e la transizione dell'adolescente diabetico alla diabetologia dell'adulto

Le modalità e gli obiettivi della cura nella persona diabetica in età evolutiva si differenziano da quelli dell'adulto per: a) il coinvolgimento della famiglia che diventa responsabile della cura; b) la progressiva autonomia nella gestione nell'autogestione in funzione dell'età; c) la vita sociale (in particolare la scuola e l'attività sportiva).

DIMENSIONI E COMPLESSITÀ DEL PROBLEMA

Tutte le forme di diabete possono oggi comparire in età pediatrica (0 - 18 anni): diabete di tipo 1 autoimmune, diabete di tipo 2 associato a sovrappeso e obesità nonché diverse forme genetiche meno frequenti (MODY, Diabete Mitocondriale, Diabete Neonatale). In tutto il mondo ne è stato documentato il progressivo aumento che si accompagna a un abbassamento dell'età di esordio. I bambini e gli adolescenti, essendo soggetti in fase di continua crescita ed evoluzione, presentano bisogni particolari e mutevoli. Nell'età evolutiva, il diabete mellito è caratterizzato da una forte instabilità e, quindi, da una gestione estremamente difficile in relazione a peculiarità fisiologiche, psicologiche e nutrizionali. Il diabete interferisce in ogni aspetto della vita e delle esperienze del bambino/adolescente, imponendo un peso che deve essere sopportato anche dai genitori, dai fratelli, dai parenti, dalla scuola e dalla comunità in genere.

Poiché nella popolazione esiste una scarsa consapevolezza del carico umano e sociale che grava sul bambino/adolescente affetto da diabete, la cura deve essere impostata non solo sotto il profilo biomedico, ma anche sotto quello psicosociale.

A oggi non tutti i casi di diabete in età evolutiva sono gestiti in area pediatrica; al contrario essi sono in parte gestiti in strutture ove opera personale formato per assistere soggetti adulti, in particolare per il DMT2.

È necessario che la prevenzione, la diagnosi e la cura siano affrontate in area pediatrica, da personale dedicato e con specifica formazione; ciò è indispensabile per consolidare gli interventi di prevenzione e per migliorare l'assistenza ai bambini/adolescenti affetti da diabete.

Inoltre è necessario che le due aree della diabetologia, pediatrica e dell'adulto, siano fra di loro collegate, in particolare al momento della transizione dal servizio pediatrico a quello dell'adulto.

IL PERCORSO ASSISTENZIALE

Principali obiettivi di cura

- prevenzione delle complicanze acute (chetoacidosi, ipoglicemie, infezioni);
- prevenzione delle complicanze croniche (vasculopatia, retinopatia, nefropatia, neuropatia);
- preservazione di una normale qualità e quantità di vita;
- piena e soddisfacente integrazione nell'ambito relazionale proprio della fascia d'età.

Standard di riferimento

- periodico screening o stadiazione del danno d'organo, mediante un dettagliato piano di visite ed esami biomorali e strumentali conformi alle linee guida delle Società Scientifiche nazionali e internazionali;
- incontri periodici dell'unità paziente/famiglia con gli attori del disegno assistenziale (pediatra diabetologo, infermiere esperto in diabetologia, dietista, psicologo, assistente sociale);
- visite dettagliate comprensive di valutazione antropometrica, delle tecniche di monitoraggio e iniezione dell'insulina, del diario di autocontrollo e terapia, del diario alimentare.

Disegno assistenziale

Il modello assistenziale attualmente esistente in Italia, che prevede la gestione clinica specialistica del diabete mellito in età evolutiva presso Servizi di Diabetologia Pediatrica (L. 115/87, art. 5), ne-

cessa di un adeguamento alle esigenze emergenti, in particolare in tema di integrazione ospedaliera-territoriale e socio-sanitaria, accentuando la tendenza alla deospedalizzazione con adeguati piani di assistenza sul territorio.

Il dpcm 29/11/2001 indica come determinanti per l'integrazione socio-sanitaria l'organizzazione della rete delle strutture di offerta e le modalità di presa in carico del problema, anche attraverso valutazioni multidimensionali.

Ciò può realizzarsi attraverso una progressiva ristrutturazione delle funzioni specialistiche che portino alla creazione di unità diagnostico-terapeutiche integrate ospedale-territorio, volte alla prevenzione, diagnosi e cura del diabete in età evolutiva, al fine di minimizzare la quota di accessi ospedalieri inappropriati e favorire dimissioni precoci e protette nel caso in cui sia necessario ricorrere al ricovero.

Livelli assistenziali di intervento per il diabete in età pediatrica

Bambini e adolescenti (0-18 aa) devono essere seguiti in ambiente pediatrico dedicato e specializzato (L. 176/91 "Convenzione di New York sui diritti del fanciullo") con interventi strutturati in funzione dei diversi tipi di diabete e fasce di età. Inoltre devono essere curati in ospedale solo nel caso in cui l'assistenza di cui hanno bisogno non possa essere fornita a pari livello a domicilio o presso ambulatori o in Day Service.

La base per una ottimale e uniforme modalità di prevenzione, diagnosi e cura è rappresentata dall'attivazione di una Rete Regionale basata su almeno due livelli assistenziali:

Livello di base

Ancora oggi il diabete è riconosciuto tardivamente con evidenti rischi per il paziente ed extra costi per il SSN. Il ritardo diagnostico è imputabile principalmente al tardivo ricorso alla consultazione medica da parte dei genitori, che sottovalutano la presenza di segni della malattia per scarsa informazione.

È quindi necessaria una maggiore attenzione da parte degli attori dell'assistenza primaria (PLS e MMG) nella individuazione dei soggetti a rischio, dato che le condizioni di prediabete, ridotta tolleranza al glucosio e DMT2 spesso non vengono diagnosticate in bambini e adolescenti in eccesso ponderale.

La condivisione di percorsi assistenziali e di protocolli tra i vari attori della rete è indubbiamente lo strumento più idoneo a generare risultati in questo ambito (vedi anche box successiva).

RIQUADRO 12 - FUNZIONI DEL MMG/PLS NELLA GESTIONE INTEGRATA DELLA PERSONA CON DIABETE

- Individuare e sorvegliare i soggetti a rischio con programmi di prevenzione primaria e secondaria;
- diagnosticare precocemente il DM con tempestivo invio alle strutture di Livello Specialistico, con condivisione del programma terapeutico e di follow up;
- gestire e trattare le malattie intercorrenti dell'infanzia;
- condividere i dati con la struttura diabetologica;
- contribuire all'educazione del paziente e dei suoi familiari, in particolare in ambito nutrizionale, e all'inserimento del bambino con diabete nella scuola e negli altri ambiti relazionali propri dell'età;
- inviare i dati rilevati attraverso i bilanci di salute e attraverso gli altri strumenti indicati dalle Regioni.

Livello specialistico

Le funzioni specialistiche, anche quando fisicamente allocate in ambito ospedaliero, devono indirizzarsi prevalentemente verso l'attività ambulatoriale, assicurando tutte le attività intra ed extra muraali previste dalla L. 115/87 e dalle linee guida delle Società Scientifiche, facendo ricorso al ricovero solo nei casi di acuzie e di particolare impegno assistenziale. Inoltre, le funzioni specialistiche devono integrarsi nei programmi informativi e educativi nei contesti di vita (es. campi scuola, attività sportive).

Per garantire la continuità assistenziale al bambino con diabete sia nella fase di stabilità, quando è

RIQUADRO 13 - COMPITI DELLE FUNZIONI SPECIALISTICHE

- *inquadrate la corretta diagnosi di diabete;*
- *assistere i pazienti con diabete mellito in età evolutiva continuativamente, in gestione integrata con il PLS o il MMG;*
- *addressare il paziente e i suoi familiari all'autogestione della malattia, fornendo al paziente e ai suoi familiari un programma educativo/motivazionale specifico sulla malattia;*
- *organizzare soggiorni educativo-terapeutici (campi scuola) come da normativa regionale;*
- *assicurare la consulenza telefonica specialistica strutturata, tendenzialmente h24, eventualmente condivisa con le altre strutture specialistiche della regione;*
- *fornire ai pazienti e ai loro familiari l'educazione a un corretto stile di vita (alimentazione e attività fisica), motivandoli al controllo dell'eccesso ponderale e, qualora necessario, somministrando terapia farmacologica specifica, anche per le co-morbidità;*
- *eseguire screening e stadiazione periodica delle complicanze nei pazienti con diabete in follow-up;*
- *collaborare attivamente con gli altri livelli per l'applicazione di protocolli di diagnosi e cura e aggiornamento comuni nell'ambito della rete diabetologica pediatrica;*
- *collaborare con le altre componenti della rete per un'ottimale transizione dei pazienti ai servizi dedicati agli adulti al raggiungimento della maggiore età, una volta completato il percorso pediatrico di formazione;*
- *prescrivere i presidi sanitari necessari per l'autocontrollo e la gestione domiciliare del diabete, impiantare e controllare microinfusori e sistemi per il monitoraggio in continuo della glicemia o altri dispositivi innovativi o a tecnologia avanzata;*
- *rilasciare le certificazioni per l'esenzione ticket per patologia, per il rilascio o rinnovo della patente di guida e per l'attività sportiva agonistica;*
- *collaborare con il Servizio Epidemiologico Regionale alla gestione del Registro Regionale per il diabete in età evolutiva, i cui dati confluiranno in un Registro Nazionale;*
- *sperimentare programmi di telemedicina;*
- *formare operatori impegnati nell'assistenza al bambino con diabete, in particolare in ambito scolastico sportivo.*

IL PERCORSO DI AUTONOMIA E INTEGRAZIONE E LO STILE DI VITA

Per la cura del diabete in età evolutiva il paziente e la famiglia sono i maggiori protagonisti e i principali responsabili della qualità della vita e della prevenzione delle complicanze a distanza (unità paziente/famiglia).

La terapia che non può essere eseguita nella maggior parte dei casi in maniera autonoma dal bambino deve essere garantita da altri in tutti gli ambiti di vita.

Scuola

La Scuola svolge un doppio ruolo: da una parte rappresenta un momento importantissimo nel graduale processo di accettazione del diabete e di autonomia da parte del bambino e del ragazzo, dall'altra costituisce una opportunità di educazione nutrizionale per i compagni e per le famiglie, a partire dalla merenda.

Obiettivo primario da perseguire è la sicurezza in ambito scolastico, in particolare per quanto riguarda la somministrazione della terapia e la gestione di eventuali emergenze metaboliche (ad es. l'ipoglicemia).

La normativa di riferimento, oltre a norme generali già citate, è costituita dalle Raccomandazioni del Ministro dell'istruzione, università e ricerca e del Ministro della salute del 25 novembre 2005 per la somministrazione dei farmaci a studenti in orario scolastico;

Inoltre, il Programma "Guadagnare salute", approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007, ha come finalità costruire sinergie tra i servizi sanitari e i servizi rivolti all'infanzia e promuovere collaborazioni con tutti i soggetti che ruotano intorno al mondo dell'infanzia e dell'adolescenza, tra cui la scuola.

È necessario tenere conto che differenti sono le problematiche che gli studenti con malattie croniche pongono alla scuola e su cui è forte l'attenzione delle associazioni delle famiglie. Tali situazioni richiamano la centralità della persona e dei suoi bisogni e l'assoluta necessità di tutelarne la

in carico alla struttura ambulatoriale specialistica, sia nella fase di acuzie, quando è in carico alla struttura pediatrica ospedaliera, devono essere definiti dei protocolli di integrazione tra i diversi livelli e i differenti attori.

Le Regioni individueranno le formule organizzative più adeguate al proprio contesto nel rispetto della norma vigente, individuando Centri Regionali di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica (L. 115/87) e Centri Satellite (ISPAD Consensus Guidelines 2000, ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009), anche con riguardo ad aree vaste, macro aree o bacini sanitari comprendenti più province. Il livello specialistico ha compiti di formazione per la prevenzione, diagnostici, terapeutici, educativi e di follow-up nei confronti delle varie forme di diabete, in collaborazione con gli altri attori della rete, in modo da garantire un intervento multi-professionale integrato (vedi *anche box successivo*).

Responsabile della funzione/struttura specialistica sarà uno specialista in pediatria con documentati titoli accademici o di carriera in diabetologia, secondo la normativa vigente (rif. Atto d'intesa Stato-Regioni 1991, DPR 483/97 e 484/97 su disciplina concorsuale per la dirigenza medica e branche equipollenti e affini).

L'attività di un singolo pediatra diabetologo, senza un supporto dedicato ed esperto in diabetologia pediatrica (infermieristico, dietologico, psicologico, socio-sanitario, ecc.), non è coerente con le funzioni assistenziali richieste per gestire tale complessa patologia pediatrica.

salute e il benessere in accordo e collaborazione con gli altri Soggetti istituzionali responsabili in materia di tutela della salute.

Si è evidenziato che le Raccomandazioni del 2005 non esauriscono tutta la gamma di situazioni da affrontare per cui sono state avviate una serie di iniziative dal Ministero della salute e in collaborazione con le Associazioni di pazienti, le società scientifiche e il Ministero dell'Istruzione per affrontare la problematica attraverso l'adozione di strumenti, che definiscano anche percorsi adeguati alle varie necessità.

Altro aspetto importante è rappresentato dalla normale partecipazione del bambino alla mensa scolastica e a tutte le altre attività organizzate dalla scuola (es. gite e viaggi di istruzione), per le quali i team specialistici offriranno la consulenza dietetica e operativa, in linea con le raccomandazioni scientifiche per le fasce di età.

Due momenti contribuiranno in maniera determinante alla piena integrazione del bambino nel suo ambito relazionale:

- è indispensabile non discriminare i bambini e gli adolescenti con diabete, evitando atteggiamenti negativi, di pietismo, di diffidenza o di paura nell'assumersi determinate responsabilità.
- Alla base di molte chiusure, così come di atteggiamenti ansiosi e preoccupati, c'è la scarsa conoscenza del diabete;
- è importante che gli insegnanti, previo consenso dei genitori, siano informati se un alunno è affetto da diabete, soprattutto quando frequenta il nido d'infanzia, la scuola dell'infanzia, la primaria e la secondaria di primo grado.

Allo scopo di aiutare la scuola a svolgere al meglio il suo ruolo, sia sotto il profilo della crescita psicologica sia sotto quello della assistenza e vigilanza, i team specialistici daranno la loro disponibilità per incontri di formazione con i dirigenti scolastici e gli insegnanti che seguono un alunno con diabete, utilizzando supporti audiovisivi o informativi in linea con le raccomandazioni delle Società Scientifiche. Saranno inoltre predisposti e condivisi con gli operatori scolastici specifici protocolli di intervento.

Tutto questo nell'ottica di:

- garantire al bambino e all'adolescente una vita scolastica, sportiva, relazionale e sociale identica ai propri coetanei senza diabete;
- sostenere i familiari nella gestione del bambino e dell'adolescente con diabete nel percorso di inserimento a scuola a seguito diagnosi di diabete mellito;
- istruire gli operatori socio-sanitari, gli insegnanti e gli istruttori sportivi e sensibilizzare i colleghi di lavoro su come prevenire, riconoscere e trattare le eventuali situazioni di urgenza;
- assicurare uniformità di accesso al sistema sanitario su tutto il territorio in modo da promuovere la migliore qualità di cura e di vita, la prevenzione e il trattamento delle complicanze.

Attraverso le seguenti strategie:

- favorire la conoscenza dei sintomi per la diagnosi precoce del diabete tipo 1 al fine di evitare la gravità dell'esordio;
- favorire "l'azione di rete" sul territorio tra centri di diabetologia pediatrica di riferimento regionale, centri periferici e pediatri di libera scelta;
- aumentare la consapevolezza sociale nel mondo della scuola, nei luoghi in cui si pratica attività sportiva per evitare discriminazioni e preclusioni personali.

Attività fisica e sportiva

L'attività fisica, insieme con la terapia insulinica e l'alimentazione, è considerata una delle variabili che possono influenzare in modo decisivo l'equilibrio metabolico.

Un esercizio fisico moderato e costante, preferibilmente aerobico, è sempre consigliato mentre un'attività fisica intensa o uno sport a livello agonistico richiede un controllo metabolico più stretto e opportune modifiche del trattamento insulinico.

Le attività da proporre dovrebbero supportare il naturale sviluppo fisico, essere divertenti e svolte

in condizioni di sicurezza. Tranne rare eccezioni da affrontare con perizia e cautela (sport estremi e solitari), nessun tipo di sport è precluso a priori ai giovani con diabete.

È preferibile che l'attività fisica sia programmata, costante e abituale e che il giovane sia educato all'autocontrollo della glicemia, all'adattamento della dose di insulina e alla gestione di pasti e spuntini, allo scopo di prevenire e correggere eventuali ipoglicemie in corso di attività o tardive.

I team specialistici daranno la loro disponibilità per incontri di formazione con i responsabili e con gli istruttori delle attività sportive organizzate, amatoriali e professionistiche, ove possibile di concerto con il medico dello sport.

Considerati i benefici effetti psico-fisici, è opportuno incentivare i giovani con diabete alla pratica dell'attività sportiva, facilitando il rilascio dell'idoneità allo sport agonistico e non agonistico. È necessario allo scopo pervenire alla elaborazione di protocolli specifici per l'età evolutiva, d'intesa con i Medici dello Sport e con i PLS, a seconda dei casi.

Campi scuola

I campi scuola rappresentano uno strumento utile nel processo educativo del bambino e del giovane diabetico e della famiglia.

Inizialmente intesi come supporto alle famiglie con disagio sociale, sono oggi riconosciuti dalle principali istituzioni diabetologiche internazionali (ADA, IDF, ISPAD). Essi rappresentano, indistintamente per tutti i giovani diabetici, un'opportunità finalizzata a migliorare le loro capacità di integrazione sociale.

Pertanto le Regioni, sulla base dei propri disegni di rete assistenziale, prenderanno in considerazione tale opportunità, affidandone l'organizzazione e la conduzione alle strutture specialistiche di diabetologia pediatrica, anche in collaborazione con Associazioni di volontariato *no-profit*.

RIQUADRO 14 - I CAMPI SCUOLA

Scopi prioritari dei campi scuola:

- promuovere l'educazione specifica per l'autogestione del diabete in ambiente protetto;
- stimolare l'indipendenza nella gestione del diabete in assenza dei familiari;
- favorire il confronto con i coetanei e condividere con essi i propri problemi;
- sviluppare il processo di autostima, la responsabilizzazione, il controllo emotivo e far superare ogni sensazione di isolamento e di diversità dei partecipanti;
- favorire la formazione, l'arricchimento professionale e consolidare i rapporti con il team pediatrico di diabetologia.

NUTRIZIONE E COMPORTEMENTO ALIMENTARE

Una corretta alimentazione, intesa non come restrizione ma come nutrizione equilibrata, salutare e preventiva, che consenta all'individuo un normale accrescimento, un miglior controllo sia della glicemia sia di altri parametri metabolico-clinici è indispensabile per bambini e adolescenti con diabete, poiché la gravità della prognosi (es. obesità e complicanze tardive) è strettamente legata a una corretta gestione, da parte degli stessi pazienti e delle famiglie, dello stile di vita in generale e di quello alimentare in particolare.

Bambini e ragazzi con diabete hanno gli stessi fabbisogni nutrizionali degli altri soggetti di pari età; quelli che ricevono un regolare counseling nutrizionale hanno una dieta più vicina ai L.A.R.N. (Livelli di Assunzione Raccomandati di Nutrienti) rispetto ai controlli e non diversi fattori di rischio cardiovascolare. Le raccomandazioni nutrizionali per uno stile di vita salutare per la popolazione generale sono appropriate anche per i giovani con diabete di tipo 1 e pertanto la famiglia e tutto l'ambito relazionale si possono avvantaggiare dell'educazione nutrizionale permanente, il che favorirà il normale inserimento sociale.

Gli obiettivi educativi dietetico-nutrizionali vanno commisurati all'età dei pazienti mediante l'utilizzo di differenti metodi didattici. Il riconoscimento, la prevenzione, il trattamento degli episodi

4. AREE DI MIGLIORAMENTO DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA IN ITALIA

In un'ottica di miglioramento della tutela della persona con diabete, l'individuazione di criticità negli attuali modelli assistenziali diventa uno strumento particolarmente importante per programmare interventi utili a indurre gli opportuni cambiamenti o migliorare alcune attività fondamentali nell'assistenza diabetologica.

L'enfasi va principalmente posta sulla continuità assistenziale, attraverso maggiore integrazione e coordinamento tra i livelli di assistenza e con il coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura.

Alcuni dati recentemente pubblicati, ad esempio quelli del Progetto DAWN Internazionale (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs) e i primi dati dello stesso studio italiano, hanno individuato aree di criticità nella assistenza diabetologica (in particolare legate all'impatto psicosociale della malattia), facendo emergere gap su cui è necessario concentrare un forte impegno. Sono state evidenziate barriere di comunicazione tra operatori sanitari e tra operatori e paziente, gap nella continuità assistenziale, scarsa aderenza alla terapia farmacologica e non farmacologica, ricadute su molteplici aspetti della vita personale e familiare della persona con diabete.

Nella considerazione che il Piano costituisce una piattaforma su cui costruire programmi di intervento specifici, scelti e condivisi, vengono di seguito indicate alcune aree ritenute prioritarie per il miglioramento dell'assistenza diabetologica (vedi tabella successiva).

Per ciascuna verranno indicati aspetti essenziali e criticità attuali, e proposti obiettivi, indirizzi strategici, possibili linee di intervento e di monitoraggio.

RIQUADRO 15 - AREE DI MIGLIORAMENTO DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA IN ITALIA

- a. stili di vita
- b. controllo dei fattori di rischio cardiovascolari
- c. gestione delle complicanze vascolari
- d. educazione terapeutica
- e. terapia farmacologica
- f. piede diabetico
- g. patologie del cavo orale
- h. diabete e gravidanza
- i. diabete in età evolutiva
- j. passaggio dalla diabetologia pediatrica a quella dell'adulto
- k. gestione della persona con diabete ricoverata per altra patologia
- l. l'uso appropriato delle tecnologie
- m. associazioni di persone con diabete
- n. epidemiologia e registrazione dei dati

ipoglicemici e l'adattamento della dieta all'attività fisico-sportiva sono obiettivi educativi prioritari.

Prescrizioni dietetiche inadeguate sono correlabili del grande aumento dei disordini alimentari. Al fine quindi di evitare ripercussioni negative, di carattere organico e psicologico, indotte da una dieta restrittiva o squilibrata, è necessario assicurare:

- valutazione nutrizionale e dello stato nutrizionale dei giovani con diabete;
- colloqui dietetologici con i pazienti e i loro familiari, con tecniche di educazione terapeutica, al fine di incrementare e rinforzare le conoscenze sulla corretta alimentazione della famiglia, sulla infondatezza di diete restrittive e sulla opportunità di un'alimentazione sana che preveda l'apporto equilibrato di tutti i principi nutrizionali, nel rispetto, per quanto possibile, delle tradizioni locali, delle esigenze della famiglia e dello stile di vita del soggetto;
- elaborazione e proposta di modelli alimentari corretti e strategie comportamentali personalizzate per la nutrizione preventiva;
- ricerca e miglioramento della motivazione al cambiamento;
- elaborazione di interventi informativi/educativi su fasce selezionate di popolazione.

TRANSIZIONE DEI GIOVANI DIABETICI VERSO L'ETÀ ADULTA

La transizione dell'adolescente con diabete alla rete assistenziale dedicata all'adulto è una fase molto critica per la continuità delle cure, anche per l'elevato rischio di abbandono del sistema delle cure da parte del ragazzo, con pericolo concreto di complicanze a lungo termine.

Tale transizione avviene spesso in maniera disomogenea.

La competenza del pediatra diabetologo termina quando si è completato lo sviluppo fisico, psicologico e sociale del paziente. Alla fine del percorso di maturazione si rende necessario il passaggio di competenze tra i medici che si fanno carico della presa in cura del giovane, da servizi con particolari competenze auxologiche, nutrizionali, relazionali a servizi più vicini alle problematiche dell'inserimento nel mondo del lavoro, alla maternità/paternità, alle complicanze tardive, eccetera.

È necessario che tale passaggio sia preparato, motivato, condiviso e accompagnato, nella consapevolezza che l'educazione all'autonomia, parte integrante della cura, va intesa anche come educazione alla non dipendenza da un centro, da un'equipe, da un medico.

L'adolescente deve essere aiutato ad acquisire la consapevolezza che il passaggio è davvero necessario e che lo aiuterà a essere seguito nei modi adeguati alle sue mutate esigenze, alle quali la rete pediatrica non può più rispondere in maniera ottimale.

Questo processo deve essere realizzato costruendo gradualmente, con la famiglia e con il giovane stesso, un clima di comunicazione e collaborazione aperte e adeguate.

È indispensabile disegnare un percorso di transizione personalizzabile e adattabile alle varie realtà locali, tenendo come riferimento, i modelli condivisi dalle Società Scientifiche.

Perché la transizione sia efficace occorre che:

- la famiglia, il giovane e i medici siano orientati al futuro;
- la progettazione della transizione sia comunicata molto in anticipo;
- il trasferimento della gestione di cura dal genitore al giovane adulto sia precoce;
- la famiglia e gli operatori sanitari aiutino il giovane a sviluppare l'indipendenza;
- i giovani siano coinvolti;
- si realizzi un piano di transizione che preveda l'accoglienza nella struttura per gli adulti da parte di personale formato, in spazi e tempi dedicati ai giovani;
- il processo sia complesso, dinamico e periodicamente verificato.

a. Gli stili di vita

Aspetti essenziali

Studi di intervento di ampio spettro hanno dimostrato e confermato come l'adozione di uno stile di vita più sano, con una adeguata attività fisica e una corretta alimentazione, possa prevenire o differire la comparsa di molti casi di diabete di tipo 2, anche in soggetti ad alto rischio (con ridotta tolleranza glicidica, IGT), nonché contribuire alla prevenzione delle complicanze anche nei soggetti con diabete tipo 1.

Le prove convincenti ottenute debbono essere trasferite sulla popolazione.

L'intervento sullo stile di vita è, infatti, vantaggioso dal punto di vista economico (rispetto ai costi del trattamento del diabete e delle sue complicanze), è privo o quasi di effetti collaterali, e promuove la salute e il benessere in generale (riducendo l'obesità, i lipidi serici, la pressione arteriosa, e in generale il rischio per malattie cardiovascolari).

Gli interventi messi in atto negli studi sopra citati sono: 1) alimentazione più sana; 2) aumento dell'attività fisica; 3) riduzione del peso corporeo. In particolare la dieta sana è consistita principalmente da un aumento del consumo di fibre idrosolubili (vegetali) e da una riduzione del consumo di grassi animali e di grassi saturi.

Criticità attuali

Lo stile di vita moderno (scarsa attività fisica, dieta scorretta e sovrappeso) rappresenta la maggiore criticità. A esso si aggiunge la continua pressione dei mezzi pubblicitari che spingono verso attività non corrette o addirittura dissimulano le stesse come corrette.

Obiettivi proposti

L'obiettivo è la prevenzione e/o il ritardo della comparsa del diabete mellito di tipo 2 (ma anche di altre malattie cronico-degenerative), mediante l'applicazione di un sano stile di vita. Nello specifico, tale cambiamento deve essere perseguito da tutti i soggetti a rischio di diabete.

Indirizzi strategici

Strategia generale è l'applicazione il più possibile generalizzata di uno stile di vita che favorisca una adeguata attività fisica e una alimentazione sana e corretta. È fondamentale diffondere l'informazione della assoluta semplicità ed economicità della loro applicazione.

Possibili linee di intervento

Azioni rivolte alla popolazione generale (promozione di alimentazione sana e attività fisica mediante campagne di informazione), alla popolazione a rischio (screening mirati) e alle persone già affette da diabete, sia per gli effetti benefici che lo stile di vita ha sulla malattia, sia come veicolo per l'ulteriore diffusione di corrette informazioni.

Monitoraggio

L'applicazione precoce di un corretto stile di vita previene e/o ritarda l'insorgenza del diabete di tipo 2. Il monitoraggio dell'efficacia delle azioni proposte è pertanto misurabile mediante la riduzione del tendenziale aumento di prevalenza e incidenza del diabete di tipo 2.

b. Il controllo dei fattori di rischio cardiovascolari

Aspetti essenziali

Le malattie cardiovascolari costituiscono tuttora la prima causa di mortalità nel mondo occidentale. L'epidemiologia moderna ha identificato numerosi fattori di rischio in grado di favorirne l'instaurazione e la progressione.

Alcuni di questi sono ineliminabili (età, sesso, familiarità), mentre su molti altri si può e si deve attivamente intervenire (dislipidemie, ipertensione, diabete, obesità, vita sedentaria, stress, tabagismo).

Alcuni fattori di rischio per malattie cardiovascolari coincidono con quelli per diabete, riconoscendo una patogenesi comune (insulino-resistenza, sindrome metabolica). Il loro controllo, pertanto, permette di prevenire e/o ritardare la comparsa di diabete e di malattie cardiovascolari.

Criticità attuali

Esiste nella classe medica e nella popolazione generale una buona coscienza e conoscenza sull'importanza di alcuni dei fattori di rischio (ipercolesterolemia, ipertensione, tabagismo), meno di altri (obesità viscerale, alterazioni di glicemia a digiuno e dopo carico, ipertrigliceridemia, basso colesterolo HDL).

Obiettivi proposti

Nell'obiettivo generale del controllo dei fattori di rischio nella popolazione, rientra come obiettivo specifico l'identificazione dei soggetti a rischio al fine di operare sugli stessi un più stretto (ed efficace) controllo e guadagno di salute.

Indirizzi strategici

La strategia principale è l'aumento di conoscenza e coscienza sui fattori di rischio meno noti. In particolare è indispensabile divulgare l'importanza del controllo dell'obesità viscerale, dell'ipertrigliceridemia, del basso colesterolo HDL, delle alterazioni della glicemia. Particolare attenzione dovrà aversi nell'identificare soggetti a rischio di diabete secondo quanto raccomandato dai documenti di indirizzo (IGEA).

Possibili linee di intervento

a) sulla popolazione generale, promuovendo campagne che illustrino l'importanza dei fattori di rischio. Le esperienze già fatte sul tabagismo e sull'ipercolesterolemia possono essere di esempio; b) sui MMG e PLS, veicolo principale della medicina preventiva, attraverso un'adeguata e corretta informazione; possibilmente con progetti di collaborazione informativa e scientifica con le strutture epidemiologiche regionali e i centri di diabetologia e malattie metaboliche; c) direttamente sulla popolazione a rischio, identificata attraverso ogni possibile strumento di aggregazione (scuole per informare i genitori, associazioni di pazienti per informare i figli, medicina del lavoro).

Monitoraggio

Interventi mirati a una migliore conoscenza, alla riduzione e al controllo dei fattori di rischio cardiovascolari permetterebbero un notevole guadagno di salute nella popolazione generale.

c. La gestione delle complicanze vascolari

Aspetti essenziali

Le complicanze micro- e macro-vascolari costituiscono uno dei maggiori problemi clinici e assistenziali nella cura del diabete. Le complicanze cardiovascolari sono responsabili del 70% delle morti nei pazienti diabetici.

A fronte di un decremento dell'incidenza della malattia coronarica nella popolazione generale, nei maschi diabetici questa riduzione appare meno marcata e nelle donne diabetiche si osserva addirittura un incremento di incidenza.

La retinopatia diabetica, nei paesi industrializzati, è la principale causa di cecità tra i soggetti in età lavorativa, mentre la nefropatia diabetica è una delle cause più importanti di insufficienza renale terminale, con una incidenza simile nel diabete di tipo 1 e nel tipo 2.

Per il diabete tipo 2 negli adulti le linee guida IGEA hanno definito le modalità organizzative e le

prendere norme generali che si apprendono in ambiente familiare, scolastico, sociale e non solo medico.

Per informazione sanitaria s'intende la diffusione di qualsiasi informazione di carattere sanitario senza verifica dell'effetto che la trasmissione dei messaggi informativi provoca nei destinatari. Può essere attuata mediante messaggi verbali diretti, filmati, opuscoli, manifesti.

Per Educazione Terapeutica s'intende un complesso di attività educative che si rivolge a specifiche categorie di soggetti, che si esplica attraverso la trasmissione di conoscenze, l'addestramento a conseguire abilità e a promuovere modifiche dei comportamenti. Quando si parla di Educazione terapeutica e di empowerment, si devono avere come fondamento valori come l'autonomia, la libertà e la responsabilità, in altre parole la componente Etica dell'approccio assistenziale.

Per sua natura l'ET presuppone specifiche competenze degli educatori non solo di tipo scientifico, ma anche comunicativo, di pedagogia clinica e di approccio di squadra, nonché l'utilizzo di specifiche metodologie e la verifica dei risultati ottenuti per ciascuno dei tre campi dell'educazione. L'ET ha come scopo quello di migliorare l'efficacia delle cure del diabete attraverso la partecipazione attiva e responsabile della persona al programma delle cure.

Il miglioramento non solo degli stili di vita ma anche delle abilità personali nelle attività di supporto alle cure e alle scelte di modifiche concordate dei trattamenti sono responsabili della maggiore efficacia delle cure stesse e del benessere psico-fisico della persona con diabete. Un obiettivo educativo essenziale per i pazienti e i loro familiari è dunque percepire gli obiettivi della terapia come benefici desiderabili, con la stessa intensità con cui si desidera la soddisfazione dei propri bisogni personali.

Criticità attuali

Il diabete è una malattia insidiosa: in genere le persone che ne sono affette, di fronte all'assenza di disturbi reali, non accettano serenamente l'onere della cura e dei controlli. La maggiore difficoltà nell'educazione terapeutica è anche legata alla resistenza al cambiamento.

Come per i pazienti è difficile cambiare stabilmente alcune abitudini di vita in funzione della cura, così per il personale sanitario non è facile passare da un atteggiamento prescrittivo a uno partecipativo, da un ruolo di guida a uno di sostegno, dal gergo professionale alla lingua comune, dalla chiusura all'apertura.

Obiettivi proposti

Obiettivo principale è ottenere un miglior controllo del diabete e dei fattori di rischio attraverso lo strumento fondamentale della terapia educativa.

Indirizzi strategici

- Rendere disponibili, per le persone affette da diabete e per i loro familiari, adeguati strumenti e strutture per un efficace percorso di educazione terapeutica.
- Condividere con le persone affette da diabete, anche attraverso lo strumento delle loro associazioni, la cultura dell'importanza della terapia educativa, al fine di costruire non solo un'adeguata offerta ma anche e soprattutto un indispensabile bisogno di salute.

Possibili linee di intervento

Prima linea di intervento è la formazione di personale per praticare l'educazione terapeutica. Inoltre, è necessario migliorare, da parte delle strutture, la capacità di praticare educazione terapeutica strutturata efficace.

Monitoraggio

Monitoraggio della reale applicazione dell'educazione terapeutica strutturata

raccomandazioni per migliorare la qualità della cura del diabete e per prevenirne le complicanze.

Criticità attuali

Nei pazienti diabetici, il rischio cardiovascolare è aumentato e in particolare sono molto più frequenti le forme subcliniche di malattia cardiovascolare. Spesso è carente la corretta valutazione del rischio cardiovascolare globale.

La cecità da retinopatia diabetica potrebbe essere evitata in più della metà dei casi se venissero attuate una corretta informazione dei pazienti e forme adeguate di educazione sanitaria, fondamentali per il successo di qualsiasi politica di prevenzione del danno visivo nel diabete.

Lo sviluppo e la progressione della nefropatia diabetica potrebbero essere rallentati dall'attuazione di un corretto programma educativo, rivolto ai pazienti e ai medici di medicina generale, sulla possibilità di effettuare una diagnosi precoce attraverso il dosaggio della microalbuminuria.

La diagnosi delle neuropatie non è sempre agevole, poiché nel caso della polineuropatia questa è spesso considerata di pertinenza neurologica, mentre, nel caso della forma autonoma, spesso manca un'adeguata preparazione all'indagine anamnestica e obiettiva.

Obiettivi proposti

Obiettivo generale della prevenzione di tutte le complicanze micro- e macro-vascolari del diabete è quello di ridurre l'incidenza e la progressione.

Obiettivi specifici sono la riduzione dell'incidenza di infarto del miocardio e ictus, la riduzione dell'incidenza di insufficienza renale terminale (dialisi) nei pazienti diabetici, la riduzione dell'incidenza di cecità e la riduzione dell'incidenza di neuropatia diabetica.

Indirizzi strategici

Realizzazione di programmi di informazione rivolti sia alle persone con diabete sia alle varie categorie del personale sanitario coinvolte a vario titolo nella loro assistenza.

Realizzazione di programmi per la corretta valutazione del rischio cardiovascolare globale, fondato su appropriata anamnesi ed esame dei fattori di rischio, utilizzando le carte del rischio.

Possibili linee di intervento

Attuazione di linee guida e documenti di consenso (es. IGEA, Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito SID-AMD ecc.)

Condivisione di tali documenti con tutte le figure professionali che si occupano del problema (medicina generale, diabetologia, cardiologia, medicina d'urgenza, geriatria).

Monitoraggio

La misura finale di risultato sarà rappresentata dalla riduzione dell'incidenza di eventi cardiovascolari, di insufficienza renale terminale, dell'incidenza di cecità e di disabilità visiva grave, di polineuropatia e neuropatia autonoma, nelle sue diverse componenti.

d. L'educazione terapeutica

Aspetti essenziali

La moderna scienza educativa afferma che le persone di ogni età apprendono e modificano i loro comportamenti molto più facilmente se sono convinte che la nuova conoscenza o il nuovo comportamento possa aiutarle a soddisfare quello che percepiscono come un bisogno. L'Educazione Terapeutica (ET) va distinta dall'Educazione Sanitaria e dalla Informazione sanitaria (IS).

Per Educazione Sanitaria s'intende l'insieme d'informazioni generali sulle norme di comportamento, conoscenze, atteggiamenti, abitudini, valori che: a) contribuiscono a esporre a (o a proteggere da) un danno alla salute; b) si riferiscono specificamente a soggetti sani e non; c) possono com-

e. La terapia farmacologica

Aspetti essenziali

Insieme con la dieta, l'attività fisica e l'educazione, la terapia farmacologica rimane uno dei pilastri fondamentali su cui si basa il controllo della malattia diabetica. La crescente prevalenza del diabete ha stimolato lo sviluppo di nuovi farmaci in grado di controllare il DM2 agendo sui diversi meccanismi patogenetici della malattia, mentre per il tipo 1 e il tipo 2 insulino-trattato sono stati prodotti analoghi dell'insulina caratterizzati da cinetiche diverse tali da migliorare il controllo glicemico, ridurre il rischio di ipoglicemia e migliorare la qualità della vita.

Quindi, dai pochi farmaci a disposizione fino a pochi anni fa, oggi ve ne sono dei nuovi, spesso di complessa gestione, e molti altri sono previsti nel prossimo futuro.

Criticità attuali

Uno inappropriato uso dei farmaci, che considera solo il risultato metabolico e non la sicurezza e la capacità di mettere in atto la terapia da parte della persona con diabete.

Obiettivi proposti

Obiettivo generale è il miglioramento del controllo della malattia diabetica e dei fattori di rischio cardiovascolare connessi alla malattia stessa, nello specifico attraverso la promozione della prescrizione di farmaci efficaci, selezionati sulla base di evidenze scientifiche, adattati alle caratteristiche del singolo paziente.

Indirizzi strategici

L'utilizzo di linee guida basate sulle evidenze scientifiche attualmente disponibili è il primo passo da percorrere. La promozione della ricerca svolta direttamente in Italia è la strategia fondamentale, a medio e lungo termine, per definire linee guida adatte alla realtà del Paese.

Possibili linee di intervento

- Formulazione e condivisione di linee guida per la terapia farmacologica, basate sulle evidenze scientifiche.
- Diffusione delle stesse attraverso campagne di formazione e informazione indipendente di tutti gli attori coinvolti nella cura delle persone con diabete.

Monitoraggio

Monitoraggio dell'uso di farmaci, come indice di appropriatezza prescrittiva nel rispetto della sostenibilità economica.

f. Il piede diabetico

Aspetti essenziali

Più di 250 milioni di persone nel mondo sono affette da diabete mellito e un numero troppo elevato di questi individui presenta ulcere del piede, che possono col tempo comportare un'amputazione. Dati gli alti costi associati alle ulcere del piede, questa malattia non è soltanto un onere assai gravoso per il paziente, ma anche per il sistema sanitario.

Sebbene svariate complicanze come cardiopatie, insufficienza renale e cecità, colpiscono seriamente, anche dal punto di vista economico, gli individui affetti da diabete, le complicanze che interessano il piede fanno pagare il tributo maggiore; il 40-70% di tutte le amputazioni delle estremità inferiori è correlato al diabete mellito e, in alcune zone, sono state registrate percentuali fino al 90%.

Negli USA vengono eseguite ogni anno più di 50.000 amputazioni associate al diabete; cifre equivalenti sono state registrate in altri Paesi sviluppati e in via di sviluppo. Ne consegue che le complicanze del piede rivelano un quadro piuttosto preoccupante.

L'85% di tutte le amputazioni delle estremità inferiori legate al diabete è conseguenza di ulcere del piede. I fattori più importanti correlati allo sviluppo di ulcere del piede sono la neuropatia periferica, i microtraumi del piede e la deformità.

Una combinazione di più fattori rallenta il normale processo di guarigione di un'ulcera e può favorire l'insorgere di un'infezione o di una gangrena, con conseguente lungodegenza ospedaliera e amputazione. Fattori determinanti predittivi per l'esito delle ulcere del piede diabetico sono le infezioni, l'ischemia, il trattamento delle lesioni, la riduzione del carico, la neuropatia e la comorbilità.

Queste problematiche necessitano di un approccio di gruppo multifattoriale e in genere multidisciplinare articolato su diversi livelli di intensità di cura.

Criticità attuali

In Italia esistono centri altamente specializzati per la prevenzione e la cura del piede diabetico. Nonostante ciò, spesso il piede diabetico viene trattato (e purtroppo anche amputato) senza che sia mai stato visto da uno specialista.

Lo spettro delle lesioni ai piedi varia da regione a regione a causa delle differenti condizioni socio economiche, degli standard di cura e della qualità delle calzature. Fondamentale è la diffusione delle possibilità di cura di tale complicità, in mani esperte.

Obiettivi proposti

Obiettivo generale è la riduzione dei casi di amputazione. Molti Paesi europei, del Medio Oriente e dell'Africa, insieme a organizzazioni come l'OMS e l'IDF si sono posti l'obiettivo di ridurre il numero di amputazioni del 50% (dichiarazione di St. Vincent).

Obiettivo specifico è la riorganizzazione delle strutture sanitarie per inserire nel percorso di cura di tutti i pazienti diabetici adeguati screening e strumenti di cura del piede.

Indirizzi strategici

Un considerevole numero di studi ha dimostrato che il tasso di amputazioni può essere ridotto di più del 50%, qualora vengano applicate le appropriate strategie: ispezione regolare del piede e della calzatura, cura preventiva del piede e valutazione dell'idoneità delle calzature, approccio multidisciplinare nel caso di lesione al piede, diagnosi precoce di vasculopatia periferica e intervento rivascularizzazione, continuo follow-up del paziente con progressiva ulcera del piede, regressione delle amputazioni e delle ulcere del piede.

Possibili linee di intervento

Realizzazione di programmi di informazione rivolti sia ai pazienti sia alle diverse categorie di personale sanitario coinvolto a vario titolo nella loro assistenza.

Formazione del personale sanitario coinvolto anche al fine dell'identificazione dei soggetti a rischio, (mediante esame clinico con valutazione dei riflessi e dei polsi periferici, l'osservazione di eventuali deformità ai piedi, la presenza di calli, la valutazione con il monofilamento e il rilievo anamnestico di pregresse ulcere o amputazioni).

Migliorare le conoscenze e le capacità professionali nella cura del piede diabetico.

Definire e adottare modalità organizzative strutturate al fine di garantire una corretta e precoce diagnosi e un adeguato trattamento.

Monitoraggio

La misura finale sarà rappresentata dalla riduzione dell'incidenza di amputazioni.

g. Le patologie del cavo orale

Aspetti essenziali

I soggetti diabetici sono a elevato rischio di contrarre le maggiori patologie che colpiscono il dente e il suo apparato di sostegno. È quindi doveroso prevedere sistematicamente programmi educativi mirati, individuali e di gruppo, per tutti coloro che affluiscono alle strutture diabetologiche, ospedaliere e territoriali e per i diabetici assistiti a domicilio. La prevenzione delle infezioni del cavo orale è inquadrata nell'ambito delle norme "igieniche" connesse alla malattia diabetica, insieme alla cura e alla prevenzione delle patologie a carico della pelle, dei piedi e degli occhi.

Criticità attuali

L'educazione odontoiatrica del paziente diabetico è attuata con scarsa sistematicità, a volte improvvisata, spesso mal documentata, talora completamente assente. Fondamentale è anche l'educazione dell'odontoiatra al trattamento delle patologie del cavo orale nel paziente diabetico.

Obiettivi proposti

Obiettivo generale è la riduzione delle patologie del cavo orale nei pazienti affetti da diabete mellito. A tal fine è indispensabile perseguire una buona *compliance* del paziente diabetico, attraverso un programma educativo attuato con metodo sistematico.

Indirizzi strategici

Programmazione educativa alla prevenzione e cura delle gengiviti, delle parodontosi e della carie, con interventi che coinvolgono il diabetologo, l'infermiere, la dietista, l'odontoiatra, l'igienista dentale;

Possibili linee di intervento

- Interventi educativi precoci e progressivi, con tempi dedicati che saranno determinati dal ritmo di apprendimento della persona con diabete. Fine generale è il raggiungimento di abilità che possano rendere indipendenti nella soddisfazione delle proprie fondamentali necessità.
- Realizzazione di programmi di condivisione e di educazione degli operatori sanitari (diabetologi, infermieri, dietisti, odontoiatri, igienisti dentali).

Monitoraggio

- Delle patologie del cavo orale nei pazienti diabetici.
- Della realizzazione di corsi educativi.

h. Diabete e gravidanza

Sulla base dei dati di prevalenza nazionali ed europei, si stima che circa il 6-7% di tutte le gravidanze risulti complicato da diabete. Ogni anno in Italia oltre 40.000 gravidanze sono complicate da diabete gestazionale e circa 1.500 da diabete pregravidico. L'aumento dell'incidenza di diabete tipo 2 nelle donne in età fertile e il fenomeno dell'immigrazione da Paesi a elevata incidenza di DMT 2 porteranno, nei prossimi anni, a un progressivo aumento delle gravidanze in donne diabetiche, spesso non programmate.

IL DIABETE PREGRAVIDICO

Aspetti essenziali

È possibile ridurre significativamente l'incidenza di malformazioni congenite attraverso programmi di intervento preconcezionali finalizzati a far coincidere la gravidanza con un periodo di ottimizzazione metabolica e con la stabilizzazione delle complicanze croniche. Pertanto tutte le dia-

betiche in età fertile dovrebbero essere informate sull'importanza di programmare la gravidanza in condizioni di buon controllo glicemico e pianificare il concepimento utilizzando metodi contraccettivi efficaci.

Numerosi studi hanno dimostrato come il rischio di malformazioni aumenti in relazione al grado di alterazione glico-metabolica presente nelle fasi immediatamente post-concepimento e che le principali malformazioni congenite si determinano nelle prime 7-8 settimane di gestazione.

Un'analoga relazione esiste tra scompenso diabetico periconcezionale e tasso di abortività precoce. Studi randomizzati hanno dimostrato la possibilità di ridurre significativamente l'incidenza di malformazioni congenite con programmi di intervento pre-concezionali finalizzati a far coincidere la gravidanza con un periodo di ottimizzazione metabolica e con la stabilizzazione delle complicanze croniche.

Criticità attuali

Nonostante il miglioramento delle tecniche di sorveglianza fetale e di assistenza al neonato e alla madre, il diabete pregravidico è ancora oggi gravato da una elevata frequenza di morbidità materna e fetale.

La programmazione della gravidanza è importante per ridurre la frequenza di outcome avverso materno e fetale ma, purtroppo, in Italia solo circa il 50% di tali gravidanze sono programmate. Questo dato spiega almeno in parte come l'incidenza di malformazioni congenite nella popolazione diabetica risulti 5-10 volte maggiore rispetto alla popolazione generale.

Allo stesso modo elevata è l'incidenza di parti pretermine e tagli cesarei. Inoltre vengono segnalate frammentarietà e disomogeneità dell'assistenza che determinano risposte sanitarie difformi.

Tutto questo fa sì che la situazione italiana sia ancora ben lontana dagli standard indicati dalla dichiarazione di Saint Vincent, cioè rendere l'outcome della gravidanza diabetica simile a quello della gravidanza fisiologica.

Obiettivi proposti

Obiettivo generale è la riduzione della morbidità materno fetale nelle donne con diabete pregravidico.

Obiettivi specifici sono: 1) riduzione delle malformazioni congenite; 2) riduzione dei parti pretermine; 3) riduzione dei tagli cesarei; 4) riduzione della microsomia; 5) riduzione della mortalità perinatale; 6) riduzione progressione complicanze croniche materne e preclampsia/eclampsia; 7) incremento delle gravidanze "programmate".

Indirizzi strategici

- Promozione della programmazione della gravidanza (attraverso programmi di educazione sui temi della riproduzione e della sessualità femminile).
- Integrazione dei servizi (diabetologi, ostetrici, neonatologi).
- Adozione di sistemi di rilevazione dell'*outcome* delle gravidanze diabetiche e delle malformazioni del nato da madre diabetica.

Possibili linee di intervento

- Attività di counseling pregestazionale, finalizzata a educare e rendere consapevoli le donne diabetiche e i loro partner sui rischi di una gravidanza non programmata.
- Formazione degli operatori sanitari per la realizzazione di programmi educativi finalizzati alla programmazione della gravidanza.
- Promozione di campagne informative e di incontri individuali e di gruppo destinati alle donne diabetiche in età fertile.
- Monitoraggio ostetrico-metabolico (visite di controllo, monitoraggio metabolico, follow-up delle complicanze, educazione alimentare, educazione terapeutica, supporto psicologico).
- Creazione di canali preferenziali per il monitoraggio ostetrico.

- riduzione della macrosomia;
- riduzione della distocia di spalla;
- riduzione della morbilità e mortalità fetale e neonatale;
- aumento numero di donne sottoposte a follow-up post-parto.

Indirizzi strategici

- Integrazione dei servizi (diabetologi, ostetrici, neonatologi) per il monitoraggio ostetrico-diabetologico finalizzato a garantire alla donna con diabete gestazionale indicazioni diagnostiche e valutazioni del rischio gravidico.
- Promozione di sistemi per monitorare l'outcome delle gravidanze.

Possibili linee di intervento

- Adozione delle raccomandazioni su screening e diagnosi del GDM contenute nella LG *Gravidanza fisiologica* (www.snlgiss.it/ign_gravidanza_fisiologica_agg_2011).
- Formazione degli operatori sanitari.
- Campagne informative per sensibilizzare le donne alla problematica del GDM e del follow-up.
- Monitoraggio ostetrico-metabolico (visite di controllo, monitoraggio metabolico, follow-up delle complicanze, educazione alimentare, educazione terapeutica, supporto psicologico).
- Creazione di canali "preferenziali" per il monitoraggio ostetrico.
- Stesura di protocolli operativi per il monitoraggio metabolico durante il travaglio, nel parto e post-partum
- Creazione di reti assistenziali per il diabete in gravidanza con collegamento fra i diversi centri operanti sul territorio.

Monitoraggio (indicatori proposti)

- Numero di pazienti sottoposte a esami diagnostici per GDM.
- Frequenza di taglio cesareo.
- Frequenza di macrosomia e distocie di spalla.
- Morbilità e mortalità fetale e neonatale per GDM.
- Numero di donne sottoposte a follow-up per la prevenzione del diabete tipo 2.

I. Il diabete in età evolutiva

Aspetti essenziali

Tutte le forme di diabete possono oggi comparire in età pediatrica (0 - 18 anni); il progressivo aumento documentato in tutto il mondo si accompagna a un abbassamento dell'età di esordio. La diagnosi di DMT1 è ancora tardiva con rischio elevato di chetoacidosi ed anche di morte (0,15-0,30%). Il DMT1 è associato con una certa frequenza ad altre patologie autoimmuni (per esempio: celiachia 7-8%, tiroidite 10%) che complicano la gestione della malattia. Il DMT2 è in aumento nella popolazione generale, sempre di più esordisce in età evolutiva (in particolare in soggetti obesi e in popolazioni a rischio) iniziando come intolleranza glucidica. Un bambino su tre in Italia è in eccesso ponderale e non esistono al momento interventi preventivi e terapeutici strutturati sulla obesità infantile. Il MODY è spesso misconosciuto e necessita di conferma diagnostica mediante indagini genetiche talora complesse. Il Diabete neonatale (DN) è raro; alcune forme, se diagnosticate correttamente mediante indagini genetiche possono essere trattate con terapia orale. Nell'età evolutiva il diabete mellito è caratterizzato da una forte instabilità e, quindi, da una gestione estremamente difficile in relazione a peculiarità fisiologiche, psicologiche e nutrizionali. Il bambino/adolescente con diabete vive un disagio transitorio in relazione all'età e allo stadio di maturità; ciò comporta uno svantaggio e una limitazione di grado variabile allo svolgimento delle

- Stesura di protocolli operativi per il monitoraggio metabolico durante il travaglio, nel parto e post-partum
- Creazione di reti assistenziali per il diabete in gravidanza con collegamento fra i diversi centri operanti sul territorio.

Monitoraggio (indicatori proposti)

- Numero di neonati con malformazioni congenite/neonati sani da madri diabetiche (possibile obiettivo: riduzione dell'1% anno delle malformazioni congenite nella popolazione diabetica).
- Tipo di parto (possibile obiettivo: riduzione frequenza di taglio cesareo e di parto pretermine).
- Macrosomia fetale (possibile obiettivo: riduzione macrosomia fetale).
- Complicanze materne (possibile obiettivo: riduzione progressione complicanze croniche materne e pre-eclampsia/eclampsia).
- Numero di gravidanze programmate/ gravidanze diabetiche (possibile obiettivo: gravidanze programmate => 60% di tutte le gravidanze registrate nelle donne diabetiche).

IL DIABETE GESTAZIONALE

Aspetti essenziali

Il diabete mellito gestazionale (GDM) rappresenta un problema di primario rilievo nazionale, nei confronti del quale si impone una razionalizzazione dell'intervento assistenziale, con la definizione di adeguati percorsi diagnostico-terapeutici.

È caratterizzato da una intolleranza al glucosio di entità variabile, che inizia o viene diagnosticata per la prima volta in gravidanza e, nella maggior parte dei casi, si risolve non molto tempo dopo il parto. È comunque necessario documentare la risoluzione della condizione dopo la nascita, poiché vengono erroneamente diagnosticate come affette da GDM numerose donne in gravidanza con diabete di tipo 2 non diagnosticato in precedenza.

Se il diabete gestazionale non viene controllato, c'è il rischio di un'aumentata frequenza di complicazioni della gravidanza e del parto, come pre-eclampsia e distocia di spalla.

Criticità attuali

Lo screening e la diagnosi precoce di GDM costituiscono un argomento storicamente controverso. Revisioni sistematiche, linee guida e rapporti di technology assessment concludono che non vi sono prove che dimostrino l'efficacia nella pratica di uno screening universale di GDM.

Anche i criteri diagnostici fin qui utilizzati differiscono, in termini di glucosio utilizzato (75 g o 100 g) durante il test da carico orale, valori soglia e numero di valori superiori alla soglia necessari a porre diagnosi; queste discrepanze sono la conseguenza dell'incertezza sugli effetti dei livelli di glicemia materna nei confronti di esiti rilevanti di salute per il feto e il neonato.

I criteri di screening e diagnosi del GDM sono descritti nella linea guida *Gravidanza fisiologica del SNLG* (www.snlgiss.it/ign_gravidanza_fisiologica_agg_2011), cui si rimanda. Le raccomandazioni di questa linea guida sono state condivise da Istituto superiore di sanità (ISS), Associazione medici diabetologi (AMD) e Società italiana di diabetologia (SID) e riprese nel documento del progetto IGEA "Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto", pubblicato nel 2012, (pag.34).

Obiettivi proposti

Obiettivi generali proponibili sono:

- riduzione della morbilità materno-fetale e neonatale nel GDM;
 - attuazione di misure di prevenzione del diabete di tipo 2;
 - aumento del numero di donne sottoposte a follow-up post parto.
- Oltre a questi sono possibili obiettivi specifici:
- riduzione dei tagli cesarei;

funzioni tipiche dell'età, imponendo un peso che deve essere sopportato anche dai genitori, dai fratelli, dai parenti, dalla scuola e dalla comunità in genere.

Criticità attuali

- Manca una cultura diabetologica pediatrica nella popolazione.
- Le varie forme di diabete nei bambini e adolescenti spesso non sono gestite in ambiente pediatrico dedicato, con approccio prevalentemente di tipo biomedico e carente approccio psicologico sociale.
- La diagnosi delle varie forme di diabete è spesso tardiva, con rischi sia immediati (chetoacidosi e coma) che per il *follow up*: al miglioramento delle tecniche di cura non corrisponde un miglior controllo metabolico.
- Manca un monitoraggio epidemiologico delle varie forme di diabete in età evolutiva (esistono solo dati parziali di incidenza limitati al DMT1 e non esistono dati su DMT2, MODY e DN).
- I mutamenti della società influenzano negativamente la famiglia (famiglie monoparentali o problematiche; ritmi lavorativi accelerati); difficoltà nel ruolo educativo, indifferenza e mancato ascolto sono causa di disagio che si aggrava in presenza di diabete.
- Le difficoltà in ambito scolastico possono determinare sentimenti di diversità e condizioni di esclusione, con limitazione del benessere psico-fisico e rischio di associazione con problemi psico-sociali e comportamentali quali difficoltà relazionali, ansia, depressione e disturbi del comportamento alimentare.
- Le resistenze basate su pregiudizi e ostacoli legati talora a normative obsolete, interferiscono gravemente sul coinvolgimento dei pazienti nelle attività fisico-sportive scolastiche ed extra scolastiche (le procedure per ottenere la certificazione annuale di idoneità allo sport agonistico rappresentano un forte disincentivo).

Obiettivi proposti

- Conoscere dati certi sull'epidemiologia (incidenza e prevalenza) del diabete mellito in età evolutiva, al fine di programmare e realizzare azioni di salute pubblica e qualificazione della spesa.
- Evitare il sovraccarico nutrizionale precoce allo scopo di ridurre l'incidenza della malattia.
- Favorire la diagnosi precoce per il DMT1 per ridurre il rischio di chetoacidosi e assicurare un più agevole follow-up della malattia; ridurre l'incidenza della intolleranza glucidica e del DMT2; porre una diagnosi certa e più precoce delle varie forme di MODY e di DN.
- Garantire un approccio efficace da parte degli operatori; prevenire i disturbi psico-sociali dovuti ad esclusione o diversità rendendo la malattia più facilmente gestibile nelle famiglie di immigrati.
- Garantire il miglior trattamento possibile, e il miglior controllo metabolico, ai bambini /adolescenti con DMT1; in accordo con le linee guida scientifiche; prevenire patologie associate a errori nutrizionali e DCA.
- Garantire benessere e piena integrazione ai bambini/adolescenti con diabete e alle loro famiglie, in primo luogo garantendo la partecipazione a tutte le attività scolastiche.

Indirizzi strategici

- Diffondere una cultura diabetologica pediatrica nella popolazione italiana e immigrata, anche mediante il coinvolgimento delle istituzioni scolastiche, delle associazioni e istituzioni di volontariato.
- Informare sui sintomi iniziali del DMT1 per una diagnosi precoce; informare sulla natura della malattia per il migliore inserimento possibile dei pazienti nella quotidianità.
- Promuovere l'educazione allo stile di vita (evitare l'iperalimentazione e aumentare l'attività motoria) a partire dalla gravidanza.
- Promuovere la lotta all'obesità infantile, con particolare riguardo alle famiglie a rischio di DMT2.
- Promuovere la formazione su MODY e DN fra gli operatori sanitari.

- Promuovere la formazione degli operatori sanitari a un approccio psico-sociale.
- Favorire la partecipazione alle attività fisiche e sportive, anche a livello agonistico.
- Supportare i ruoli di genitore e di figlio verso una maggiore efficacia.
- Garantire sicurezza e gestione delle emergenze metaboliche in ambito scolastico.

Possibili linee di intervento

- Formare il personale delle SPD a un approccio anche psicosociale.
- Campagne di informazione/formazione indirizzate alla popolazione generale e agli operatori sanitari sui sintomi iniziali del diabete DMT1 (anche mediante apposite locandine nelle scuole, nelle farmacie e presso gli ambulatori del MMG/PLS).
- Lotta all'obesità infantile, con particolare riguardo alle famiglie a rischio di DMT2, mediante la istituzione di una rete regionale integrata che vigili e intervenga su familiarità, prevenzione e diagnosi precoce (come già indicato nelle linee guida SIEDP per la cura del diabete).
- Attivazione mediante i Servizi Epidemiologici Regionali (SER) di un monitoraggio continuo delle varie forme di diabete in età evolutiva, con particolare riguardo alla incidenza e prevalenza del DMT1.
- Attivazione di sistemi di monitoraggio sull'utilizzo dei microinfusori e altri presidi a tecnologia avanzata in età pediatrica.
- Applicazione, con monitoraggio ed eventuale revisione periodica, delle raccomandazioni ministeriali per un pieno inserimento scolastico del bambino/adolescente con diabete, per la somministrazione dei farmaci non differibili e per la gestione delle emergenze; inserimento del corretto stile di vita nella formazione curricolare, a partire dalla scuola dell'infanzia e primaria.
- Formare gli operatori delle SDP alla realizzazione di corsi strutturati e omogenei per il sostegno di genitori e figli al rafforzamento della efficacia nei loro ruoli.
- Promuovere attività di tipo assistenziale residenziale (es. campi scuola).

Monitoraggio (indicatori proposti)

- Numero di Regioni e Province autonome che hanno attivato, tramite i SER il monitoraggio epidemiologico delle varie forme di diabete.
- Misura della prevalenza di chetoacidosi diabetica all'esordio e nei casi di diabete già diagnosticato.
- Diminuzione dei ricoveri ordinari non all'esordio e dei DH per diabete in età evolutiva in chetoacidosi.
- Miglioramento della percezione di benessere psico-sociale da parte dei ragazzi con diabete e delle loro famiglie mediante specifici studi.
- Utilizzo dei microinfusori in età pediatrica.
- Monitorare attivazione, reale funzionamento e sviluppo di strutture sanitarie dedicate al diabete in età evolutiva.
- Numero degli Istituti scolastici che attivano il servizio previsto dalle raccomandazioni ministeriali, attraverso monitoraggio da parte dei Ministeri interessati.

J. Il passaggio dalla diabetologia pediatrica a quella dell'adulto

Aspetti essenziali

L'assistenza ai *teen-ager*, per le loro caratteristiche emozionali, molto diverse da quelle dei bambini e degli adulti, richiede competenze diverse. In questa delicata fase l'adolescente deve rispondere a molte richieste interne (costruzione di una propria identità, volontà di differenziazione da quello che il ragazzo è stato in passato e dai modelli adulto-genitoriali) ed esterne (nuove amicizie e relazioni, la scuola, i coetanei e la forza di omogeneizzazione al gruppo di riferimento).

La motivazione alla cura e a uno stile di vita corretto diminuisce o si altera, mentre, contemporaneamente, l'adolescente per la prima volta diventa l'interlocutore privilegiato al momento delle visite al centro diabetologico (per sua esplicita richiesta o per un "fisiologico" e pericoloso allontanamento dalla famiglia).

In questa fase sono richiesti un lavoro particolare e una formazione di base sulla motivazione alla compliance e alla collaborazione, che tenga conto delle ambivalenze tipiche dell'età, di una quota di "aggressività" nei confronti dei curanti (come nei confronti di altre figure adulte, in particolare i genitori) e della malattia.

L'adolescente deve arrivare alla convinzione che il passaggio è davvero necessario, che lo porterà a essere seguito in maniera più adeguata alle sue mutate esigenze, alle quali il centro pediatrico non può più rispondere nel migliore dei modi.

Il passaggio deve essere posto come naturale evoluzione della cura e del rapporto col Centro, che sarà frutto di una scelta razionale e consapevole, quindi adulta. A questa convinzione il giovane con diabete deve giungere gradualmente e deve essere già stato precedentemente informato insieme alla famiglia.

Criticità attuali

La fase di transizione tra l'infanzia e l'età adulta (che include le variazioni biologiche della pubertà) pone particolari problemi alla persona con diabete e al team che lo assiste.

Alla fine del percorso di maturazione si rende necessario il passaggio di competenze da servizi con particolari competenze auxologiche, nutrizionali, relazionali (ma anche familiari, scolastiche, di gruppo, etc.) a servizi più vicini a problematiche "adulte" quali l'inserimento nel mondo del lavoro, la maternità/paternità, le complicanze tardive, eccetera.

La visione di piano terapeutico, o lo stile di intervento, proposti dal nuovo medico, con il quale ancora non si è sviluppato un legame di familiarità e riservatezza, potrebbero differire da quelli praticati per anni e rappresentare per il giovane adulto, che si presenterà alla visita senza l'abituale vigile presenza dei genitori, motivo di allontanamento dalla cura e dai controlli. I giovani con diabete che non si sottopongono a controlli clinici e che si perdono al *follow-up* hanno un elevato rischio di complicanze a lungo termine.

Obiettivi proposti

- Promozione dell'indipendenza in rapporto al grado di maturità e di conoscenza del soggetto.
- Sviluppo di strategie atte ad avviare il passaggio dal diabetologo pediatrico al diabetologo dell'adulto.

Indirizzi strategici

- Sostenere il cambiamento nella cura e nelle abitudini che non può disgiungersi da un ascolto attivo e da un'attività costante di counselling adolescenziale.
- Promuovere la disponibilità dei ragazzi, che come tutti i loro coetanei (e forse più di loro) affrontano un difficile passaggio dall'adolescenza alla piena maturità.
- Promuovere un trasferimento graduale, non traumatico, che tenga conto delle realtà locali (coesistenza o meno dei due centri nella stessa struttura, tipo di rapporto tra i medici dei due centri, ecc.).
- Promuovere una comunicazione efficace tra i medici della Diabetologia Pediatrica e i medici

della Diabetologia dell'Adulto, il PLS e il MMG.

- Organizzare una transizione strutturata ai Centri di Diabetologia per l'adulto.

Possibili linee di intervento

- Assicurare la transizione dei ragazzi, al termine del loro percorso di maturazione, ai servizi di diabetologia per l'adulto in accordo con le linee guida esistenti.
- Designare un percorso di transizione personalizzabile da soggetto a soggetto e adattabile alle varie realtà locali.
- Avviare i giovani in transizione a servizi che diano garanzie di adesione alle linee guida (primo passo per costruire una uniformità di approccio terapeutico e un'alleanza che garantirà efficacia e fiducia).
- Ottenere un "feedback" dai pazienti che hanno recentemente affrontato la transizione.

Monitoraggio (indicatori proposti)

- Percezione del benessere psico-sociale da parte dei giovani e delle loro famiglie.
- Numero di pazienti e modalità di trasferimento ai servizi di diabetologia per adulti, quantificando l'esito a distanza della transizione.
- Monitoraggio periodico dell'eventuale *drop-out* dal sistema di cure.

K. La gestione della persona con diabete ricoverata per altra patologia

Aspetti essenziali

Il diabete costituisce in ospedale una realtà trasversale a tutti i reparti: è presente in almeno un paziente su quattro tra i degenti e in un paziente su due/tre in terapia intensiva cardiologica. Il tasso standardizzato di ospedalizzazione è circa del 23-24% rispetto al 12,5 % della popolazione non diabetica. Quasi il 70% della spesa sanitaria correlata a diabete in Italia è dovuto a costi diretti attribuibili all'ospedalizzazione per complicanze acute e croniche.

Difficilmente il ricovero è dovuto a eventi metabolici acuti legati alla malattia (iperglicemia, iperosmolarità, chetoacidosi o ipoglicemie), ma più frequentemente a eventi acuti che richiedono un ricovero urgente (ictus, infarto miocardico, infezioni, frattura o trauma) o a interventi chirurgici in elezione in persone con diabete.

Si possono individuare quattro momenti fondamentali del passaggio delle persone con Diabete in ospedale:

- a) percorso pre-operatorio del paziente diabetico: permette di eseguire le indagini necessarie per la valutazione del rischio operatorio e di preparare l'intervento;
- b) accesso dei pazienti Diabetici in Pronto soccorso: per problemi connessi alla malattia, quali ipoglicemia o iperglicemia, iperosmolarità o chetoacidosi, ulcere infette del piede, o per iperglicemia di nuovo riscontro (neodiagnosi);
- c) assistenza al paziente diabetico ricoverato: per tutti i pazienti con diabete è opportuno il coinvolgimento della Struttura Diabetologica di competenza per la presa in carico del paziente e la gestione della fase acuta;
- d) dimissione "protetta" o presa in carico pre-dimissione: in qualunque contesto assistenziale sia ricoverato il paziente con Diabete, deve essere condiviso con il servizio di Diabetologia (sia ospedaliero sia territoriale) un percorso di dimissione protetta, che garantisca una continuità assistenziale tra ospedale e territorio che mantenga il paziente al centro di una rete di servizi efficiente ed efficace; evitare gli "abbandoni" del paziente dimesso senza gli strumenti (presidi) e senza la formazione idonea per eseguire la terapia farmacologica e l'autocontrollo glicemico domiciliare in sicurezza.

Criticità attuali

La presenza di diabete (noto o di nuova diagnosi) aumenta il rischio di infezioni e di complicanze.

ipoglicemia) e per prevenire o posticipare l'insorgenza delle complicanze croniche (retinopatia, nefropatia, micro e macro-angiopatia).

Tutto ciò si traduce in pratica in una miglior conoscenza della propria malattia, migliore applicazione della terapia, riduzione delle complicanze, migliore qualità di vita, riducendo al contempo i costi di gestione della stessa. L'annotazione dei risultati e di altre informazioni inerenti la gestione della patologia ha importanza fondamentale sia per il paziente sia per il medico. Solo dall'attenta analisi e conseguente discussione dei dati registrati ha, infatti, origine il "progetto terapeutico" più adatto.

A tal fine devono essere tenute presenti le caratteristiche che possono condizionare la scelta di un glucometro rispetto a un altro, tenendo conto anche, qualora necessario, della fenotipizzazione del paziente. Tali strumenti devono garantire: a) praticità d'uso e adeguatezza alla fenotipizzazione del paziente; b) accuratezza e precisione; c) controllo di qualità.

Per quanto riguarda la terapia insulinica sottocutanea continuativa tramite microinfusore (CSII - Continuous Subcutaneous Insulin Infusion), questa è una proposta terapeutica che è oggi spesso presentata alle persone con diabete di tipo 1⁴.

Sulla base di un editoriale sulla prescrizione della CSII in Italia risulta in trattamento con Microinfusore il 12% della popolazione con Diabete di Tipo 1 (Renard, 2010). È doveroso ricordare che il costo delle due alternative terapeutiche (CSII e terapia multi-iniettiva) è considerevolmente differente non solo in termini di device e materiali di consumo, ma anche in termini di impiego organizzativo dei necessari percorsi assistenziali dedicati. Se si confrontano i costi "grezzi" delle due terapie la CSII ha un impatto economico annuo 4 volte superiore alla terapia MDI con glargine + analoghi rapidi.

Nel confrontarsi con nuove apparecchiature, è necessario sempre considerare anche gli aspetti organizzativi assieme alla appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche, enfatizzando il concetto secondo cui al corretto utilizzo della strumentazione si deve sempre affiancare un corretto apprendimento sia dell'operatore sia del paziente e un appropriato utilizzo di competenze.

La disponibilità di molti e sempre nuovi dispositivi medici e la spesa per l'acquisto degli stessi stanno assumendo, nel corso degli anni, una rilevanza sempre maggiore; è quindi necessario individuare azioni che portino a un equilibrio tra alcuni elementi: la disponibilità al paziente dei dispositivi innovativi, l'appropriatezza in fase di programmazione, di acquisto e di utilizzo dei dispositivi, e la disponibilità finanziaria delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

È necessario avere come obiettivo l'impiego di strumenti e procedure idonei ad ottenere risultati sicuri e a ridurre il potenziale rischio e i costi, personali e sociali, connessi ad un non appropriato autocontrollo glicemico, così come riportato nei documenti "Appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito" ("Quaderni del Ministero della salute n. 10, 2011, scaricabile sul sito www.salute.gov.it)⁵.

È quindi necessario anche procedere sempre a una esatta valutazione di quanto viene proposto come innovativo (che non sempre significa "novità"), unita a una valutazione del peso dei benefici per il paziente e, più in generale, per il sistema sanitario.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, il personale coinvolto nell'utilizzo di pompe insuliniche e dispositivi per il monitoraggio continuo della glicemia deve essere adeguatamente preparato, in modo da rendere pazienti e caregiver capaci di un impiego corretto. Pertanto, tale uso deve essere riservato a Centri altamente specializzati, e declinato in un articolato programma di gestione.

⁴ L'HTA più recente (Cummins E, Royle P, Snaith A, Greene A, Robertson L, McIntyre L, Waugh N, "Clinical effectiveness and cost-effectiveness of continuous subcutaneous insulin infusion for diabetes: systematic review and economic evaluation", 2010) è, di fatto, l'aggiornamento di un documento prodotto dal National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) nel 2008.

⁵ Vedi anche il "Documento di consenso AMD-SID-SIEDP-OSDI-SIBioC-SIMEI, 2012" (consultabile sui siti delle Società Scientifiche).

peggiore la prognosi, allunga la degenza media e determina un incremento significativo dei costi assistenziali.

L'iperglicemia è un indicatore prognostico negativo in qualunque setting assistenziale, ma le evidenze scientifiche dimostrano che la sua gestione ottimale migliora l'outcome dei pazienti, riduce la mortalità e i costi.

Obiettivi proposti

Gestire il diabete nei pazienti ospedalizzati con schemi di trattamento validati e condivisi, semplici e sicuri.

Creare una continuità tra territorio e ospedale, perché il diabetico ospedalizzato possa ricevere le stesse cure e attenzioni che trova nel territorio.

Indirizzi strategici

- Formazione degli Operatori Sanitari Medici e non Medici di area medica e chirurgica al fine di garantire alle persone con diabete una uniformità di comportamento soprattutto nella gestione della terapia e dell'autocontrollo glicemico, nella diffusione e applicazione dei protocolli per le emergenze, e nelle informazioni sanitarie fornite.

- Interventi educativi rivolti ai pazienti per favorire l'autogestione della malattia: il ricovero ospedaliero che rappresenta una criticità nella vita del diabetico, può così diventare una opportunità per migliorare l'assistenza al paziente stesso e l'outcome.

Possibili linee di intervento

- Per garantire la sicurezza e la appropriatezza degli interventi terapeutici, la continuità del percorso assistenziale e ridurre i costi delle degenze è indispensabile che il team diabetologico e il MMG/PLS siano coinvolti attraverso percorsi assistenziali condivisi, definiti a livello locale e approvati e sostenuti a livello aziendale.

- Il paziente diabetico richiede un'attenta e competente "continuità di cura", sia nel senso "territorio-ospedale" che di una "dimissione protetta" dall'ospedale al territorio con presa in carico da parte del team di riferimento (per la sua gestione ottimale) e consulenza infermieristica strutturata (per addestrare i pazienti all'uso della terapia insulinica e dell'autocontrollo glicemico domiciliare).

Monitoraggio

Possibili misure finali saranno rappresentate da: riduzione della degenza media con azzeramento delle giornate di degenza pre intervento; ottimizzazione delle liste di attesa con riduzione dei ricoveri inappropriati; miglioramento degli esiti.

I. L'uso appropriato delle tecnologie

Aspetti essenziali

L'evoluzione tecnologica ha ampiamente favorito la semplicità d'uso dei device per la somministrazione di insulina e il monitoraggio della glicemia; un uso appropriato ne garantisce l'efficacia e la prevenzione di errori di utilizzo. Il team diabetologico che ha in carico il paziente ha gli elementi per operare la scelta più appropriata rispettando le esigenze, le caratteristiche e le capacità manuali e intellettive del singolo paziente e tenendo nel giusto conto le innovazioni tecnologiche.

Al di là del sogno della realizzazione del pancreas artificiale, la più immediata e più importante applicazione delle tecnologie, è quella di mettersi al servizio delle persone con diabete, sostenendole nelle necessità quotidiane (controllare la glicemia, definire la dieta, iniettare e variare la dose di insulina) in modo da garantire nel tempo una gestione appropriata, efficace e dinamica della terapia.

Per quanto riguarda l'autocontrollo domiciliare della glicemia (SMBG), il suo obiettivo è educare il paziente, e la sua famiglia fornendo gli strumenti adatti al fine di conseguire un adeguato compenso metabolico per prevenire o posticipare l'insorgenza delle complicanze acute (chetoacidosi e

Criticità attuali

La principale criticità è la mancanza di criteri espliciti e condivisi nella selezione dei pazienti. Inoltre, vengono segnalate prescrizioni di dispositivi non appropriati, frequenti errori di utilizzo, problemi nel controllo di qualità e aumento dei costi.

Obiettivi proposti

- Perseguire un equilibrio tra la disponibilità al paziente dei prodotti innovativi, l'appropriatezza in fase di programmazione, di acquisto e di utilizzo dei dispositivi medici, e la disponibilità finanziaria delle strutture del Servizio sanitario nazionale.
- Pervenire a una corretta valutazione della innovatività di un prodotto, del peso dei benefici per il singolo paziente nonché, più in generale, per il sistema.
- Considerare gli aspetti organizzativi insieme all'appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche.
- Favorire l'impiego di strumenti e di procedure idonei a ottenere risultati sicuri e a ridurre il potenziale rischio e i costi, personali e sociali, connessi a un uso non appropriato dell'autocontrollo glicemico.
- Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie, nel rispetto di criteri di selezione condivisi.

Indirizzi strategici

- Le tecnologie potrebbero rappresentare l'occasione ideale per definire e testare una modalità organizzativa che consenta equità di accesso alla tecnologia stessa, valorizzando al tempo stesso le competenze e l'esperienza dei Centri più specializzati e ad alto livello di organizzazione.
- Tale modello "hub and spoke" sarebbe garanzia di una adeguata selezione dei pazienti avviati alla terapia, alla erogazione di programmi di educazione terapeutica certificati, alla verifica periodica dei risultati e al raggiungimento del risultato atteso per la valutazione sulla opportunità del proseguimento del trattamento, alla raccolta delle informazioni per il monitoraggio periodico della qualità del processo assistenziale e, infine, anche al contenimento dei costi.

Possibili linee di intervento

- Promuovere azioni che migliorino l'organizzazione dei servizi di assistenza, per garantire al paziente la continuità dell'autocontrollo e i controlli di qualità interni ed esterni continuativi nel tempo (formazione, verifiche ispettive, eccetera).
- Adottare da parte delle strutture di riferimento diabetologico e di laboratorio strategie basate su un programma di VEQ o su confronto tra dati, nel rispetto di protocolli validati e condivisi dalle società scientifiche, e che tenga conto delle interferenze segnalate, della calibrazione, della possibilità di errore da parte del paziente.
- Migliorare l'adesione del paziente alla terapia attraverso un'educazione terapeutica strutturata che lo ritenga capace di autogestire sia il controllo sia il trattamento della patologia.
- Verificare periodicamente il raggiungimento del risultato atteso nell'uso degli strumenti ad alta tecnologia per la valutazione sulla opportunità del proseguimento del trattamento.
- Erogazione di programmi di educazione terapeutica certificati.
- Raccolta di informazioni per il monitoraggio periodico della qualità del processo assistenziale e sul contenimento dei costi.
- Data l'importanza di un utilizzo corretto delle tecnologie nel rispetto della sostenibilità economica, promuovere l'omogeneizzazione dei comportamenti prescrittivi finalizzata anche al contenimento delle risorse dedicate alla diagnosi e terapia del diabete.
- Promuovere forme di comunicazione che contengano procedure condivise e validate a livello centrale, con la collaborazione delle Società scientifiche, per far sì che le persone con diabete usino la tecnologia in maniera corretta, efficace e sicura.
- Fornire indicazioni specifiche che definiscano e ottimizzino il contesto assistenziale nel quale

dovranno essere identificati i pazienti per l'utilizzo delle diverse tecnologie.

- Attivare iniziative che migliorino l'appropriatezza della prescrizione, favoriscano l'adozione di percorso educativo strutturato, migliorino la competenza del servizio di diabetologia documentato e certificato, promuovano il monitoraggio dei risultati.

Monitoraggio

Monitorare l'uso appropriato delle tecnologie, con particolare riguardo al rispetto di criteri di selezione condivisi.

m. Le Associazioni di persone con diabete

Aspetti essenziali

Le Associazioni di persone con diabete svolgono un'azione collettiva, responsabile, solidale ed hanno un ruolo importante nell'assistenza, specialmente in questo particolare momento storico in cui le risorse destinate ai servizi si riducono in modo vistoso.

Alcuni elementi di fondo che le caratterizzano (spontaneità, gratuità, servizio agli altri, continuità) le rendono una forza collettiva che si auto-organizza per migliorare il benessere delle persone con diabete ma che non può e non deve sostituirsi all'intervento pubblico con cui deve coordinarsi e avere un dialogo costruttivo.

Il loro ruolo diventa strategico se non erogano solo servizi ma sono anche in grado di migliorare la qualità della vita delle persone con diabete e delle loro famiglie e di costruire percorsi di socializzazione e di integrazione ponendosi come intermediario tra istituzioni e collettività, secondo un principio di responsabilità sociale partecipata.

Esse devono puntare soprattutto all'innovazione e alla promozione di politiche sociali e sanitarie attente ai problemi, valorizzando al massimo i bisogni, e puntando a essere elemento di cambiamento sociale e sanitario.

Devono infine svolgere ruoli di anticipazione nella risposta a bisogni emergenti, di stimolo delle istituzioni pubbliche a tutela dei diritti dei cittadini, di formazione della cultura della solidarietà e delle reti informali di solidarietà di base, di sussidiarietà.

LA FORMAZIONE

Le Associazioni di persone con diabete sono, e devono essere, costituite da volontari, che agiscono in forma di attività senza scopi di lucro, coinvolti direttamente o indirettamente nella patologia. È importante il ruolo di un Associazionismo che abbia una formazione adeguata nel percorso di salute sia per il diabetico sia per le persone a rischio di diabete.

Criticità attuali

Talora i volontari hanno conoscenze, tecniche e amministrative limitate e non in grado di intervenire efficacemente nelle attività previste dall'organizzazione. Ciò, riduce l'efficienza e l'efficacia del loro impegno sia nei confronti della persona con diabete, che nei rapporti col sistema sanitario e le Istituzioni.

Obiettivi proposti

È fondamentale che tutti i volontari siano formati e qualificati per il ruolo che compete loro all'interno dell'organizzazione e che acquisiscano quella capacità gestionale che li porti a operare con efficienza, chiarezza, affidabilità, eticità e professionalità sia nei confronti della persona con diabete, che nei confronti delle Istituzioni.

Indirizzi strategici

Sviluppare il processo di formazione (che deve riguardare in particolar modo la capacità di comunicazione e ascolto), la relazione d'aiuto, la conoscenza di leggi e normative nazionali, regionali, locali, la gestione amministrativa e contabile dell'Associazione, la capacità organizzativa e pro-

grammatoria.

Possibili linee di intervento

Corsi di formazione, inserimento nell'ambito di gruppi di lavoro e commissioni a livello sia locale sia centrale.

Monitoraggio

Numero di corsi di formazione; numero di gruppi di lavoro con presenza di rappresentanti delle Associazioni, ecc.

L'EDUCAZIONE SANITARIA E L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA

L'educazione del diabetico (ed anche dei familiari e dei genitori, per il minore) è il cardine della corretta gestione della malattia. In quest'ottica le Associazioni di persone con diabete possono contribuire, in accordo con il personale sanitario, al miglioramento dell'educazione del paziente e del contesto sociale in cui egli vive e opera, fino al raggiungimento di uno stato di pacifica convivenza con il diabete.

Criticità attuali

Dagli studi pubblicati si evidenzia una scarsa compliance operatore sanitario / paziente. In questo gioca sicuramente un ruolo fondamentale la comunicazione. Pertanto le Associazioni devono contribuire a migliorare l'aspetto comunicativo e portare la persona con diabete alla consapevolezza di un'autogestione adeguata, nel rispetto di quanto definito dal MMG, dal PLS o dal Servizio di Diabetologia.

Obiettivi proposti

Rendere più efficienti ed efficaci gli interventi, migliorare la capacità comunicazionale, qualificare le conoscenze.

Indirizzi strategici

Formazione e informazione adeguata per supportare la persona con diabete, in accordo con il personale sanitario, nell'autocontrollo e nell'autogestione giornaliera, promuovendo corretti stili di vita.

Possibili linee di intervento

- Attività di formazione e informazione dei volontari
- Attività di supporto all'organizzazione di corsi di educazione sanitaria rivolti a tutta la popolazione in collaborazione con i Medici e/o le Aziende Ospedaliere, e/o le ASL, nel rispetto di quanto previsto dalla legislazione di riferimento, dai contenuti delle Linee Guida e dai piani regionali.
- Supporto della persona con diabete nei suoi diritti e doveri sia sanitari sia sociali.

Monitoraggio

- Numero di corsi attivati per la formazione per i volontari.
- Numero di partecipazioni alle attività di supporto ai corsi di educazione sanitaria.
- Numero di contatti per attività di relazione d'aiuto instaurati.

n. L'epidemiologia e la registrazione dei dati

Aspetti essenziali

Un corretto sviluppo di un Piano sulla malattia diabetica non può prescindere da una approfondita conoscenza dei dati relativi alla patologia e alle sue complicanze (incidenza, prevalenza, variabilità temporale e geografica, ricoveri ospedalieri, costi, eccetera). Sono auspicabili, quindi, la mi-

gliore utilizzazione e integrazione di tutte le fonti informative esistenti rese accessibili a livello locale, regionale e nazionale.

Si ritiene possibile, utile e necessario promuovere un sistema di monitoraggio della malattia diabetica, tecnologicamente agile e progressivamente sempre più completo, teso a supportare una strategia efficace di uso delle informazioni a tutti i livelli: dalla pratica clinica ai pazienti, dalla amministrazione delle aziende sanitarie locali alla programmazione regionale e nazionale.

Epidemiologia e sistemi informativi costituiscono quindi gli strumenti strategici sui quali puntare per tradurre nella pratica corrente le conoscenze disponibili e utilizzare i metodi epidemiologici per migliorare qualità ed esiti della cura.

Criticità attuali

L'utilizzo, al momento carente, degli archivi computerizzati esistenti e periodicamente aggiornati per fini amministrativi (esenzione ticket, SDO, prescrizioni farmaceutiche, archivio di mortalità) deve essere potenziato a livello regionale e integrato a livello nazionale al fine di rispondere all'esigenza di quantificare e monitorare gli eventi e produrre rapporti periodici sull'andamento della patologia e delle sue complicanze, nonché sulla qualità della cura erogata. È necessario, inoltre, pur rispettando e valorizzando le decisioni e le esperienze effettuate in contesti clinici e territoriali eterogenei, garantire una coerenza tra i diversi sistemi informativi, da concordare nelle sedi opportune in ambito nazionale.

Obiettivi proposti

Obiettivo generale è riorganizzare, omogeneizzare e realizzare attività di rilevazione epidemiologica finalizzate al miglioramento delle conoscenze sulla patologia e dell'assistenza.

Obiettivi specifici sono:

- a) la misura dell'incidenza e della prevalenza di diabete di tipo 1 e di tipo 2, delle loro complicanze e del loro andamento nel tempo valutando la possibilità di estendere tali misurazioni alle altre forme di diabete, quali diabete in gravidanza e MODY;
- b) la definizione di una lista di indicatori comuni per misurare la qualità degli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria erogata (in termini di valutazione continua delle strutture, dei processi di diagnosi e cura e degli esiti degli stessi) tenendo anche conto di quanto definito nell'ambito di progetti già avviati (es. Progetto IGEA);
- c) l'integrazione in rete delle strutture territoriali finalizzata all'attuazione di programmi di gestione integrata della malattia, garantendo simultaneamente la connessione in rete dei servizi, e la condivisione delle informazioni fondamentali per la realizzazione del programma secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.

Indirizzi strategici

Integrazione e potenziamento dei flussi informativi esistenti, a sostegno di un modello di gestione integrata per le persone con diabete.

Raccolta delle informazioni che tenga conto delle diverse modalità organizzative esistenti, anche partendo dal lavoro già svolto dalle istituzioni regionali e nazionali e da associazioni professionali e scientifiche.

Inoltre, al fine di migliorare progressivamente l'azione strategica, si ritiene necessario condividere le esperienze con il contesto internazionale, in particolare a livello europeo.

Possibili linee di intervento

Attivazione di gruppi di lavoro nazionali e regionali per l'informazione integrata nel Diabete, che, attraverso la definizione di criteri di base e specifiche tecniche generali, consentano la condivisione di un sistema di indicatori su base nazionale.

Creazione progressiva di banche dati in grado di interconnettersi tramite l'adozione di regole comuni, al fine di disporre delle basi di conoscenza per il follow-up e la sorveglianza della patologia,

unendo i diversi tipi di informazione esistenti attraverso un'azione coordinata di intervento sul territorio.

Avviamento del sistema integrato e definizione delle linee di indirizzo per l'integrazione a livello interregionale e nazionale (in particolare si svilupperanno: criteri per il collegamento delle informazioni a livello nazionale; metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici; criteri per la realizzazione di registri di patologia in accordo con la normativa nazionale).

Monitoraggio

Attraverso una lista di indicatori comuni a tutte le Regioni, in linea con quanto definito a livello nazionale, misurare l'andamento nel tempo della comparsa delle complicanze associate al diabete, e la qualità degli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria erogata (in termini di valutazione continua delle strutture, dei processi di diagnosi e cura e degli esiti degli stessi).

5. IL MONITORAGGIO DEL PIANO

Tenendo conto dell'attuale quadro istituzionale caratterizzato sia dall'autonomia regionale sia dall'inderogabilità della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, il Piano pone specifica attenzione non solo alla fotografia dell'esistente ma anche all'individuazione di criticità nel sistema e alla conoscenza di strumenti che riflettano la qualità e la quantità delle prestazioni.

Inoltre, si pone particolare enfasi sulla responsabilizzazione delle Istituzioni e dei soggetti deputati all'organizzazione ed erogazione dei servizi, sottolineando l'importanza di rendere partecipi al tempo stesso tutti coloro che interagiscono con i servizi, compresi i cittadini.

Il suo impianto non fa riferimento a rigidi modelli ma cerca di indirizzare le Istituzioni deputate alla regolamentazione, all'organizzazione e all'erogazione dell'assistenza, verso una omogeneizzazione e una interazione di intenti, nella gestione della tutela della persona con diabete e a rischio di diabete.

Dal punto di vista operativo un disegno di monitoraggio del Piano deve indirizzarsi lungo le seguenti direttrici:

a) il monitoraggio a livello centrale, del recepimento del Piano da parte delle Regioni a livello locale, attraverso l'analisi, finalizzata al *benchmarking* inter-regionale, degli atti formali di recepimento, nonché degli strumenti conseguenti, di cui ogni regione si doterà (Linee di indirizzo, Piani programmatici) per contestualizzare, sulla base delle proprie scelte strategiche specifiche ma in armonia con una logica di "unitarietà nella differenza", l'articolazione organizzativa e operativa prevista dal Piano e il processo attuativo dei progetti in esso indicati;

b) il monitoraggio degli assetti organizzativi e operativi che scaturiranno dalle scelte attuative del Piano nelle singole Regioni; in particolare: la riorganizzazione e il riorientamento dei servizi attuali verso la prospettiva di un "nuovo sistema di Cure Primarie", relativamente alla gestione del Diabete Mellito, più orientato all'efficacia, all'efficienza e a una vera attenzione ai bisogni "globali" (non solo clinici) dei pazienti, alle potenzialità di questi ultimi nell'autogestione della propria patologia e dei propri percorsi assistenziali, alla effettiva valorizzazione dei contributi scaturiti dalla rete dei *caregiver* e, più in generale, dalle risorse comunitarie, in primis quelle del volontariato qualificato;

c) l'andamento dei principali indicatori di salute relativi alla patologia diabetica per cercare di comprendere, nel breve e nel medio/lungo periodo, quanto le strategie attuate, e non solo ipotizzate, siano effettivamente in grado di generare risultati, sia in termini di performance, sia in termini di outcome, sia in termini di modalità e di costi di gestione.

Queste tre direttrici sulle quali si è scelto di strutturare l'articolazione del monitoraggio del Piano, forniranno non soltanto dei risultati valutativi sull'impatto, diretto e indiretto, ma anche quei necessari elementi critici di riflessione per la revisione dello stesso, dei suoi indirizzi e delle sue raccomandazioni, in modo che le prossime stesure siano aderenti ai fabbisogni emergenti nei contesti reali e si nutrano del sapere che scaturisce dalle problematiche attuate e dei fattori di successo.

RIQUADRO 16 - INDICATORI DI PIANO

Monitoraggio a livello centrale del recepimento del Piano da parte delle Regioni

Indicatori proposti:

- delibera regionale di recepimento del Piano;
- atti di costituzione di apposita commissione o gruppo a livello regionale per la sua diffusione e norme per la sua attuazione regionale;
- censimento delle strutture specialistiche con analisi dati disponibili.

Valutazione degli effetti dell'attuazione del Piano basata sugli outcome.

Indicatori proposti:

- attivazione della rete assistenziale (delibere, norme che definiscono e regolamentano la integrazione e il lavoro in rete);
- acquisizione nelle singole Aziende Sanitarie degli atti necessari per raggiungere gli obiettivi del Piano;
- prevalenza e incidenza del diabete nella popolazione generale;
- prevalenza del diabete in ospedale.

Valutazione delle strategie basata sulla regolare revisione delle linee di indirizzo del Piano e dei progressi fatti verso la loro attuazione

Indicatori proposti:

- adozione locale di PDTA specifici per il diabete;
- formazione locale di gruppi multi-professionali (Diabetologi, MMG, ODLS, Direzioni Sanitarie, Associazioni) per il coordinamento dell'attività diabetologica e la definizione del PDTA;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione del diabete;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione dell'obesità;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione del rischio cardiovascolare.

all'interno del quadro delineato dal Piano e degli indicatori in esso contenuti, a realizzare un proprio sistema di monitoraggio; Il sistema di monitoraggio regionale, oltre a fornire il sapere utile a meglio calibrare le scelte strategiche locali, alimenterà il sistema di monitoraggio nazionale, finalizzato alla rivisitazione critica del Piano e alla gestione del processo di benchmarking, che costituisce l'ossatura fondante di un sistema in cui le differenze possano effettivamente rappresentare un valore reale e uno stimolo continuo verso l'innovazione;

- dall'altro lato, appare necessario dotarsi di un unitario impianto nazionale di monitoraggio del Piano, che sia in grado, attraverso un lavoro di rete, di costruire e gestire un monitoraggio "vivente", sostanziale e non solo formale, degli sviluppi del Piano, delle sue difficoltà attuative e dei fattori di successo che scaturiranno dalle diverse esperienze regionali.

In tale prospettiva sarà però necessario definire un programma di lavoro che veda coinvolti altri attori quali l'AGENAS e l'ISS, che, con il progetto IGEA ha fornito un nuovo disegno di gestione delle patologie croniche, improntato al pieno rispetto delle scelte attuative delle varie regioni, seppure in una logica di sviluppo di tendenze unitarie sul piano tecnico-scientifico, organizzativo e operativo.

Di seguito si propone un esempio di come gli indicatori proposti potrebbero essere declinati secondo le varie competenze (livello centrale e locale):

A livello centrale

- delibera regionale di recepimento del Piano;
- atti costituzione di apposita commissione o gruppo a livello regionale per la sua diffusione e norme per la sua attuazione regionale;
- atti di attivazione della rete assistenziale (delibere, norme che definiscono e regolamentano la integrazione e il lavoro in rete);

A livello regionale/aziendale

- adozione locale di PDTA specifici per il diabete;
- formazione locale di gruppi multi-professionali (Diabetologi, MMG, ODLS, Direzioni Sanitarie, Associazioni) per il coordinamento dell'attività diabetologica e la definizione del PDTA;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione del diabete;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione dell'obesità;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione del rischio cardiovascolare;
- attivazione del flusso informativo integrato tra le aziende per la patologia diabetica.

Per quanto attiene alle modalità di attuazione del monitoraggio così delineato e al sostegno all'attuazione del Piano, appare opportuno indirizzarsi lungo due direttrici fondamentali:

- da un lato, ogni Regione individuerà gli assetti e gli strumenti che si riterranno più consoni,

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 90 del 19 giugno 2013

DPGR n. 106 del 5 luglio 2012 "Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per post acuzie dei soggetti pubblici e privati Obiettivo G01.S01-S02". Revoca dell'accreditamento ex DPGR n. 1/2011; Presa atto delibera n. 1384 del 30.05.2013 del Direttore Generale dell'ASP di Cosenza. Autorizzazione ed accreditamento della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "S. Francesco srl" con sede nel Comune di Mendicino (CS). Obiettivo: G01.S01-S02.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza, di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, comma 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 -Approvazione", successivamente integrata dalla DGR n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vinco-

lanti, ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO:

— che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarria ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 1° febbraio 2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarria, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad

acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17-comma 4-lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010, nella parte in cui indica gli interventi da realizzarsi in via prioritaria e nello specifico:

— al punto 2) “riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia e revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate”;

— al punto 9) “attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale”;

VISTO il DPGR 18/2010 che programma il riassetto delle reti ospedaliera, territoriale e di emergenza/urgenza determinando, altresì, il fabbisogno dei posti letto appropriati nell'ambito del trattamento delle acuzie e delle post-acuzie degli erogatori pubblici e privati accreditati;

VISTO il D.P.G.R. n. 1/2011 ed i relativi allegati, che individuano le strutture sanitarie accreditate definitivamente e le relative tipologie di prestazioni erogabili;

RITENUTO imprescindibile, ai fini dell'attuazione del Piano di Rientro e per come più volte ribadito dai Ministeri affiancanti, l'attivazione della nuova rete ospedaliera per post acuzie anche nel settore privato accreditato nel contesto offerta/fabbisogno di prestazioni programmate complessivamente tra Pubblico e Privato dal DPGR 18/2010 e dai consequenziali DDPGR 106/2011, e 106/2012;

CONSTATATO l'obbligo di dismissione derivante in applicazione del DPGR 106/2012 delle specialità già in regime di accreditamento ma non più previste dalla nuova configurazione stabilita dallo stesso DPGR;

VISTA la legge regionale n. 24 del 18 luglio 2008 con particolare riferimento all' art. 8 che prevede, ai fini del rinnovo del-

l'accREDITAMENTO, la ridefinizione delle prestazioni alla luce dei volumi di attività prodotte anche sulla base dei fabbisogni determinati dalla programmazione regionale;

CONSIDERATE le risultanze degli incontri con i Direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali finalizzati a definire il riassetto della rete degli erogatori privati accreditati nell'ambito del trattamento delle post acuzie sulla base del fabbisogno del territorio di competenza e dell'offerta possibile da parte dell'Azienda stessa;

CONSIDERATE le formali risultanze degli incontri con i singoli erogatori privati accreditati;

VISTO il verbale sottoscritto dal Direttore generale dell'ASP di Crotone e dal Rappresentante della struttura in data 29.05.2012;

CONSIDERATO che con DPGR n. 106 del 5 Luglio 2012 recante: “Riordino rete ospedaliera ex DPGR n. 18/2010. Determinazione dei posti letto per post acuzie dei soggetti pubblici e privati. Obiettivo: G01.S01-S02” è stata ridefinita la rete degli erogatori pubblici e privati da accreditare, nell'ambito del trattamento delle post acuzie in regime di ricovero ordinario e/o diurno;

VISTA la “Relazione illustrativa”, allegata al citato DPGR 106/2012, di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale, che fissa entro il termine massimo del 31.12.2012 le riconversioni riguardanti le discipline inerenti il trattamento delle post acuzie nelle case di cura già accreditate per le acuzie e/o post-acuzie e sottoposte con lo stesso DPGR a riconfigurazione;

CONSIDERATO che la Struttura Commissariale aveva invitato i Direttori generali/Commissione straordinaria delle AA.SS.PP. ad attivare le Commissioni aziendali per l'autorizzazione/accreditamento per l'espletamento delle procedure relative alla verifica sul possesso dei requisiti di legge per l'esercizio dell'attività delle discipline di cui all'atto di programmazione (D.P.G.R. n. 106/2012);

VISTA la delibera n. 1384 del 30 maggio 2013 del Direttore generale dell'ASP di Cosenza avente per oggetto: “Verifica possesso requisiti Strutturali, Tecnologici ed Organizzativi di Autorizzazione e di Accreditamento Casa di Cura “S. Francesco” di Mendicino (CS) - D.P.G.R. n. 106/2012 e n. 174/2012 e contestuale Autorizzazione Ampliamento Strutturale. Parere”, la quale recependo il verbale di verifica della Commissione Aziendale competente esprime parere favorevole riguardo al possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla L.R. n. 24/2008 dal Regolamento regionale n. 13/2009 secondo i dettami del DPGR n. 106/2012 riguardo alle discipline, con lo stesso decreto, attribuite;

CONSIDERATO che i provvedimenti amministrativi di autorizzazione sanitaria all'esercizio, di accreditamento e di revoca degli stessi sono di competenza esclusiva della Regione e per essa nella fase di attuazione del Piano di rientro del Commissario ad acta;

SU PROPOSTA del Responsabile del competente ufficio accreditamento in qualità di responsabile del procedimento;

TENUTO CONTO che in relazione al parere espresso dall'Ufficio Legislativo del Ministero della Salute, n. 7054-P del 03.10.2011, in materia di poteri dei sub Commissari è stato, tra l'altro, evidenziato che “il subcommissario possa adottare anche tutti gli atti prodromici quali atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali all'attuazione delle misure attuative del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale”;

PERTANTO, nel caso di specie, si è ritenuto di dover provvedere in tal senso;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

DI REVOCARE l'accreditamento della struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "S. Francesco" con sede nel comune di Mendicino (CS), limitatamente alle discipline per il trattamento delle post acuzie in regime di ricovero ordinario e/o diurno individuate nel precedente D.P.G.R. n. 1/2011 e relativi allegati;

DI PRENDERE ATTO della delibera n. 1384 del 30 maggio 2013 del Direttore generale dell'ASP di Cosenza e, per gli effetti:

AUTORIZZARE ED ACCREDITARE, per un triennio, alle condizioni tutte che vengono sotto prescritte, la struttura sanitaria privata denominata Casa di Cura "S. Francesco" con sede in Mendicino (CS) - Via Candelisi, di cui il Sig. Michele Lorè è il Legale Rappresentante, per le seguenti specialità in regime di ricovero ordinario e/o diurno:

— Riabilitazione Intensiva (cod. 56) ad indirizzo prevalente neurologico/cardiorespiratorio n. 56 (cinquantasei) posti letto in ricovero ordinario e n. 4 (quattro) in Day Hospital;

per complessivi n. 60 (sessanta) posti letto;

DI PRESCRIVERE che le prestazioni:

— debbano sempre essere eseguite da personale medico e/ delle professioni sanitarie in possesso di idoneo titolo professionale ai sensi di legge e che il personale sanitario sia tenuto ad esercitare la propria attività esclusivamente nell'ambito delle specifiche specializzazioni ed esclusivamente presso la sede sopra indicata;

— debbano essere eseguite da personale che non abbia rapporto di dipendenza o di convenzione o di qualsiasi altro tipo con strutture pubbliche del S.S.N. e non sia, comunque, in situazione di incompatibilità per l'esercizio di attività professionale presso strutture private accreditate;

DI PRESCRIVERE CHE debbano essere garantite le trasmissioni dei flussi informativi d'attività all'Azienda Sanitaria competente per territorio secondo le modalità previste dalle disposizioni regionali in materia e nei termini da essa fissati;

DI FARE OBBLIGO all'Azienda Sanitaria competente per territorio di procedere a verifica del volume e dell'appropriatezza delle attività, della qualità dei risultati nonché del mantenimento dei requisiti almeno quattro volte all'anno ed evidenziare eventuali difformità agli uffici regionali competenti;

DI DISPORRE che qualora, a seguito di verifiche effettuate dalla Regione risulti la mancata corrispondenza di uno qualsiasi dei requisiti previsti, si procederà all'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI PRECISARE CHE:

— l'accreditamento non comporta l'obbligo per le aziende e gli enti del servizio sanitario a procedere alla stipula degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del DLgs 502/92 e s.m.i. e che l'Azienda Sanitaria, prima della sottoscrizione di tali

accordi, è tenuta ad accertare la compatibilità con il fabbisogno predeterminato dalla programmazione regionale nonché con gli specifici fondi aziendali;

— ai sensi di quanto disposto dalla Legge Regionale 24/2008 e dal Regolamento regionale n. 13/2009, l'accreditamento ha validità triennale, fatte salve eventuali modifiche degli indici di programmazione Regionale e/o Aziendale, che dovranno essere recepite dalla struttura pena sospensione dell'accreditamento;

— per il rinnovo dell'accreditamento deve essere seguita una procedura analoga a quella per il rilascio: nei sei mesi precedenti la scadenza, il Rappresentante Legale della struttura deve richiedere il rinnovo dell'accreditamento con le indicazioni delle eventuali modifiche. In caso di mancata presentazione della domanda nei termini previsti, da considerarsi perentori, l'accreditamento si considera automaticamente decaduto;

DI DARE ATTO che ogni modifica e variazione dei presupposti su cui è fondato il presente provvedimento nonché ogni violazione delle prescrizioni del presente decreto, comporterà l'avvio della procedura di sospensione dell'accreditamento;

DI MANDARE al Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI PRECISARE che avverso il presente decreto è ammesso ricorso in sede giurisdizionale innanzi al TAR competente, da chiunque ne abbia legittimo interesse, entro 60 (sessanta) giorni dalla piena conoscenza, ovvero, entro 120 (centoventi) giorni dalla stessa data, ricorso straordinario al Presidente della Repubblica;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 19 giugno 2013

Scopelliti

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario ad acta
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Calabria
nominato con delibera del Consiglio dei Ministri
del 30 Luglio 2010)

DECRETO n. 91 del 19 giugno 2013

Linee di indirizzo per la presa in carico integrata dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Obiettivo G02.

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

— la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al comma 180 dell'articolo unico, come modificato dall'art. 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;

— ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;

— l'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L. 3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la Regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscrivere con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i.;

— il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009-Approvazione", successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO:

— che l'art. 7, comma 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la Regione Calabria e le determinazioni in esso previste com-

portano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

— che l'art. 2, comma 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

— la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 comma 288 della L. 23/12/2005 n. 266;

— la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente pro tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'art. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'art. 1 L. 29/11/2007 n. 222;

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario ad acta, diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

— che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al piano di rientro dal disavanzo del Servizio Sanitario Regionale della Calabria ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in dodici punti;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati sub Commissari per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

PRESO ATTO che il Dott. Giuseppe Navarria ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico a far data dal 01/02/2011;

VISTA la delibera adottata nella seduta del 31/05/2011 con la quale il Consiglio dei Ministri, nel prendere atto delle dimissioni rassegnate dal dott. Navarria, ha nominato il dott. Luigi D'Elia sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010;

DATO ATTO che dall'analisi del combinato disposto delle norme succedutesi nel tempo in materia di commissariamento delle regioni in PdR (art. 4, comma 2, del DL n. 159/2007, conv. con legge n. 222/2007 e s.m.i., art. 2, comma 83 - nella parte applicabile - e comma 88, ultimo periodo, della L. 191/2009 e s.m.i.) emerge che i compiti ed i poteri attribuiti al Commissario ad acta attengono:

a) all'adozione di tutte le misure indicate nel piano di rientro (o nei programmi operativi adottati per la prosecuzione di detti PdR, ai sensi dell'art. 2, comma 88), nonché agli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali implicati dal PdR, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano (ex art. 2, comma 83, terzo periodo);

b) alla verifica della piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale (art. 2, comma 83, quarto periodo);

c) alla trasmissione al Consiglio regionale dei provvedimenti legislativi regionali rivelatisi d'ostacolo all'attuazione del PdR o dei programmi operativi adottati ex art. 2, comma 88 (art. 2, comma 80, terzo periodo, nella nuova formulazione introdotta, unitamente al periodo quarto e quinto, dall'art. 17-comma 4 - lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla Legge n. 111/2011);

CONSIDERATO CHE:

— la legge 24 dicembre 2007, n. 244, art. 2, comma 283, prevede che con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, vengano definite le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia;

— in data 1 aprile 2008 è stato emanato, in attuazione della summenzionata legge 244/1997, il D.P.C.M. concernente le "Modalità e i criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";

— l'allegato "A", parte integrante del sopra citato D.P.C.M., definisce "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" individuando gli obiettivi di salute, le azioni programmatiche e gli interventi prioritari che le Regioni devono adottare per garantire, nel rispetto delle esigenze di sicurezza, la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;

— l'Accordo 20 novembre 2008 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali, concernente "Definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile", individua tra le aree di collaborazione fra SSN e l'Amministrazione della Giustizia minorile l'esecuzione degli inserimenti in Comunità Terapeutica disposti dall'Autorità Giudiziaria, riguardanti i minori sottoposti a provvedimento penale;

— l'Accordo 26 novembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie

locali, concernente le "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria", si prefigge di ottimizzare la presa in carico dei minori, attraverso la collaborazione formalizzata tra operatori del SSN e operatori della Giustizia minorile;

VISTA la Delibera della Giunta Regionale del 1 giugno 2012, n. 259, con la quale viene recepito il citato Accordo 26 novembre 2009;

VISTO il Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento "Tutela della Salute e Politiche Sanitarie" del 11 luglio 2012, n. 10291, con il quale è costituito un Gruppo di lavoro per l'attuazione del citato Accordo 26 novembre 2009, prevedendo la partecipazione di personale del Dipartimento Tutela della Salute, di componenti designati dal Centro per la Giustizia Minorile per la Calabria e di componenti designati dal Dipartimento Regionale "Lavoro, Politiche della Famiglia, Formazione professionale, Cooperazione e Volontariato";

DATO ATTO che il sopra citato Gruppo di lavoro ha definito e condiviso i seguenti documenti:

1. Linee di indirizzo per la presa in carico integrata dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria
2. Schema-tipo di protocollo d'intesa per gli interventi di valutazione socio sanitaria e di presa in carico dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, da utilizzare in tutte le AA.SS.PP della Calabria.
3. Struttura terapeutica riabilitativa per minori anche sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria;

RITENUTO di dover approvare tali documenti

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono integralmente riportate:

DI APPROVARE i documenti allegati al presente decreto, per costituirne parte integrante e sostanziale, denominati:

1. Linee di indirizzo per la presa in carico integrata dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria;
2. Schema-tipo di protocollo d'intesa per gli interventi di valutazione socio sanitaria e di presa in carico dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, da utilizzare in tutte le AA.SS.PP della Calabria;
3. Struttura terapeutica riabilitativa per minori anche sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria;

DI MANDARE al Dirigente generale del Dipartimento Tutela della Salute il presente provvedimento per la sua esecuzione nei tempi prescritti dalle norme e per la verifica dell'attuazione delle disposizioni in esso contenute;

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto, agli interessati, per la pubblicazione sul Bollettino regionale e sul sito web istituzionale della Regione Calabria.

Catanzaro, li 19 giugno 2013

Scopelliti

(segue allegato)

Allegato I

Linee di indirizzo per la presa in carico integrata dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria

Introduzione

La più recente normativa in materia di sanità penitenziaria definisce anche i modelli operativi di riferimento per l'assistenza sanitaria delle persone (adulti - **minori**) sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria. Da queste indicazioni, consegue la necessità di rivedere i percorsi di cura, assistenza e riabilitazione che dovranno essere calibrati sulle esigenze dei minori autori di reato che presentino, oltre che comportamenti oppositivi delle norme e più chiaramente antiggiuridici, disturbi collegabili a condizioni di fragilità personali, sociali ed esistenziali tali da compromettere il benessere psicofisico (quadri patologici spesso caratterizzati da comorbilità, sia della sfera cognitiva che psico-relazionale o secondari a svantaggio sociale o a carenze nel sostegno familiare).

La carenza di "salute" non assicurando l'evolversi fisiologico dei processi di crescita e di sviluppo della personalità, secondo il modello biopsicosociale declinato dall'OMS, richiede prioritariamente la messa in campo di specifiche strategie interistituzionali ed interprofessionali, compresa l'attivazione di procedure finalizzate, se necessario, all'inserimento in idonee strutture residenziali riabilitative. Emerge dunque la necessità di integrare i servizi esistenti con una tipologia di comunità residenziale, rispondente a requisiti sanitari più chiaramente definiti e tali da poter garantire l'osservazione e il trattamento del minore con psicopatologia, dipendenze patologiche, e/o comorbilità patologica, sin dalla fase iniziale del percorso, anche in situazioni di urgenza.

Saranno quindi individuati i requisiti minimi di questa comunità residenziale, per la cui utenza si prevede anche l'afferenza dal territorio, considerata la carenza di offerta di servizi similari in regione e la conseguente mobilità sanitaria passiva.

Parte I - Il Contesto Regionale della Giustizia Minorile

Nella Regione Calabria insistono due Sedi di Corte d'Appello, con Tribunali e Procure per i Minorenni, ricadenti rispettivamente l'una nella città di Catanzaro, con competenza territoriale per 4 province (CZ, VV, KR e CS), l'altra nella città di Reggio Calabria, con diretta competenza solo nell'ambito territoriale provinciale. Ad ogni sede corrisponde un Centro di Prima Accoglienza, una Comunità Ministeriale ed un Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, con sedi staccate. È operativo un unico Istituto Penale per i Minorenni nel distretto di Catanzaro per l'accoglienza di minori e giovani adulti di sesso maschile. Le minorenni andranno collocate in altri IPM individuati dal Dipartimento Giustizia Minorile.

Il sistema dei Servizi Minorili della Giustizia nell'ambito regionale calabrese è coordinato dal Centro per la Giustizia Minorile C.G.M., (art. 7 D.Lvo 272/89) con

sede a Catanzaro, organo distrettuale del Dipartimento di Giustizia Minorile (DGM), secondo l'articolazione organizzativa del Ministero della Giustizia.

Il C.G.M. si avvale dei Servizi Minorili di seguito indicati, che assicurano l'esecuzione delle misure penali interne ed esterne disposte dall'Autorità Giudiziaria minorile e forniscono specifico supporto ai minori (fino al compimento dei 21 anni, così come previsto dal DPR 448/88 e dal D.Lvo 272/89) che entrano nel circuito penale ed alle loro famiglie:

- **Istituto Penale per i Minorenni, I.P.M.**, (art. 11 D.Lvo 272/89) con sede a Catanzaro - assicura l'esecuzione dei provvedimenti privativi della libertà emessi dall'Autorità Giudiziaria Minorile (custodia cautelare, espiazione di pena detentiva). Ha il compito di realizzare, nei confronti dei minori e giovani adulti un programma personalizzato di recupero e di risocializzazione, secondo quanto stabilito dall'Ordinamento Penitenziario (Legge 26 luglio n. 354/1975) e dal suo Regolamento di Esecuzione (Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno n. 230/2000). Accoglie utenza italiana e straniera proveniente anche da altri distretti di sesso maschile.
- **Centro di Prima Accoglienza, C.P.A.**, (art. 9 D.Lvo 272/89) con sedi a Catanzaro e Reggio Calabria - accoglie minori autori di reato, in stato di accompagnamento, fermo o arresto, nell'ambito del proprio distretto. La permanenza in struttura, in attesa dell'udienza di convalida, ha un durata massima di 96 ore. Il CPA di Catanzaro è deputato all'accoglienza anche di minorenni di sesso femminile coprendo il fabbisogno di posti per l'intero territorio regionale.
- **Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, U.S.S.M.** - con sedi a Catanzaro (con sede distaccata a Cosenza e sede di appoggio di Lamezia Terme) e Reggio Calabria (con sede distaccata a Cittanova e sede di appoggio Locri) - effettua la presa in carico dei minori, sia detenuti che a piede libero o sottoposti ad altri provvedimenti, (art. 20,21,28,36/448, art. 47 354/75,) dei corrispondenti distretti di Corte d'Appello nonché dei soggetti provenienti da altri distretti, su apposita richiesta dei Servizi competenti.
- **Comunità Ministeriali, C.M.**, (art. 10 D.Lvo 272/89) con sedi a Catanzaro e Reggio Calabria - strutture residenziali per minori di sesso maschile, indagati di reato e sottoposti alla misura cautelare del collocamento in comunità (ex articolo 22 Decreto del Presidente della Repubblica 448/88). I ragazzi accedono alla struttura a seguito dell'applicazione, nei loro confronti, di una misura privativa della libertà personale imposta dall'Autorità Giudiziaria Minorile. In particolare vengono inseriti minori in uscita dal Centro di Prima Accoglienza o provenienti direttamente dalla libertà, in esecuzione dell'art. 22 sopra citato, o per aggravamento della misura cautelare della permanenza in casa. Possono essere anche accolti minori provenienti dall'Istituto Penale per i minorenni, per l'attuazione della misura della custodia in carcere. Le Comunità Ministeriali hanno il compito di avviare il processo di responsabilizzazione del minore e la sua restituzione al contesto sociale di

Servizio Sanitario Regionale e il Centro per la Giustizia Minorile presso la Regione Calabria.

I soggetti destinatari degli interventi sono i minori e i giovani adulti, dai 14 ai 21 anni, responsabili, questi ultimi, di reati commessi da minorenni. Si tratta di soggetti che possono presentare, insieme a comportamenti antisociali, disturbi collegabili a condizioni di fragilità personali, sociali ed esistenziali, quando non veri e propri quadri psicopatologici, disturbi da dipendenza patologica, quadri di comorbidità.

Di norma l'ingresso del minore nel circuito penale avviene secondo due percorsi differenziati: il primo caratterizzato dalla permanenza del minore, anche solo inizialmente, presso strutture restrittive della libertà personale; il secondo nel quale il minore non viene necessariamente a permanere in una struttura minorile residenziale, ma viene seguito nelle ore diurne.

L'eventuale evidenza e/o manifestazione di sintomi comportamentali che possono insorgere in qualunque fase del percorso penale e che suggeriscono il sospetto di un quadro clinico psicopatologico (ivi compresa la presenza di disturbi derivanti da dipendenze patologiche) necessita, oltre che di una particolare specifica attenzione, di interventi specialistici.

Istituzione del Gruppo di Valutazione Multidisciplinare

Nel percorso complessivo che il minore autore di reato dovrà compiere, particolare importanza e significato rivestirà il ruolo dell'istituenda équipe multidisciplinare di valutazione (GMV – Gruppo Multidisciplinare di Valutazione) che dovrà essere costituita in ogni A.S.P., entro tre mesi dall'approvazione delle presenti linee-guida e afferirà al Dipartimento Materno Infantile.

L'istituenda équipe attua le indicazioni di cui all'Accordo in Conferenza Unificata, rep. 102/CU del 20 novembre 2008 "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 recante: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" recepito dalla Regione Calabria con DGR n. 317 del 9 giugno 2009, al p. 9 della parte relativa alle aree di collaborazione: "l'esecuzione degli inserimenti in Comunità Terapeutica disposti dall'Autorità Giudiziaria, riguardanti i minori sottoposti a provvedimento penale. Le Regioni, ferma restando la titolarità degli oneri relativi, forniscono l'elenco delle Comunità presenti sul proprio territorio ai Centri di Giustizia Minorile che provvedono all'esecuzione del provvedimento con invio alla struttura terapeutica individuata di concerto a seguito di valutazione diagnostica".

appartenenza. Per questo motivo viene predisposto un programma educativo individualizzato, con l'adesione del minore, tenuto conto delle risorse personali e familiari dello stesso e delle opportunità offerte dal territorio.

- **Centro Diurno Polifunzionale, C.D.P.**, previsto ai sensi dell'art.12 del D.Lgs. 272/89, con sede a Catanzaro - offre attività dirette ai minori e giovani adulti del circuito penale, con possibilità di accoglienza di minori in situazioni di devianza, disagio sociale e a rischio, non sottoposti a procedimenti penali.

I provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria che dispongono la misura del collocamento in Comunità, della cui esecuzione è responsabile il Centro per la Giustizia Minorile, oltre che le comunità ministeriali, possono riguardare le seguenti tipologie di comunità:

- Comunità "educative" e Gruppi Appartamento, convenzionati con la Regione Calabria. Si tratta di strutture residenziali gestite dal privato sociale, autorizzate al funzionamento ed accreditate (all. 2) dalla Regione Calabria ai sensi della normativa regionale vigente, che accolgono minori in art.22 e/o art.28 DPR 448/88. All'interno di tali strutture il minore partecipa ad attività ricreative, lavorative, di sostegno, tramite progetti educativi individualizzati rispondenti alle proprie esigenze ed autorizzate dall'Autorità Giudiziaria minorile.
- Istituzione comunità terapeutico riabilitativa. Si tratta di struttura residenziale a valenza sanitaria destinata a minori affetti da quadri psicopatologici e/o dipendenza da sostanze.

Parte II – Gli interventi operativi

La definizione degli obiettivi operativi, dei percorsi clinici e sociali rivolti ai minori autori di reato, deve necessariamente condurre alla realizzazione di un protocollo unico, valido per tutto il territorio regionale. Gli stessi percorsi dovranno prevedere l'individualizzazione dei programmi d'intervento. Riveste pertanto particolare importanza il percorso clinico e sociale in quanto esso stesso rappresenta la modalità per accogliere tutte le istanze del minore reo, valutare le sue potenzialità e le capacità residue.

L'Accordo in Conferenza Unificata del 26 novembre 2009, sottolinea fortemente l'esigenza di una integrazione degli interventi sanitari, propri dei servizi sanitari, con quelli socio educativi, propri dell'Amministrazione della Giustizia minorile. Ciò, soprattutto, in presenza di quadri psicosociali complessi, rispetto ai quali è necessaria la programmazione di un insieme di modelli di intervento appropriati ai bisogni evidenziati.

Pertanto, ferme restando le competenze già assegnate alle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Calabria, di fornire prestazioni sanitarie di medicina generale e specialistica ai minori presenti in tutti i servizi della Giustizia minorile del proprio territorio, si ritiene opportuno formalizzare le forme di collaborazione tra il

Il Gruppo opererà in orario di servizio ed avrà l'onere di assicurare anche le urgenze, sarà formato dalle figure professionali di riferimento (neuropsichiatri infanzili, psicologi, assistenti sociali, referenti del Ser. T e del DSM ove occorra) e sarà integrato da personale della Giustizia Minorile e del Servizio Sociale dell'ambito/Comune di residenza del minore. Il lavoro di tale Gruppo risponderà alle diverse problematiche dell'età evolutiva, decodificando i bisogni dell'utente segnalato ed individuando i relativi percorsi diagnostici e di cura, oltre che le risorse professionali ed ambientali idonee alla loro attuazione.

Tale tipologia di intervento è dedicata ai minori della cosiddetta "area penale esterna" che è rappresentata anche da minori inseriti nelle comunità del privato sociale, incluse quelle specialistiche e nei gruppi appartamento in convenzione.

La presa in carico di questi minori/giovani adulti, presenti sull'intero territorio regionale, è di competenza dell' U.S.S.M. (Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni) che si attiva su richiesta dall'Autorità Giudiziarie Minorile, fino alla conclusione dell'iter penale.

L' U.S.S.M. può attivare le competenze del citato GMV – Gruppo Multidisciplinare di Valutazione, qualora lo ritenga necessario.

Per tutti i punti sopra indicati, si specifica che in presenza di minori/giovani adulti stranieri non accompagnati o senza fissa dimora, l'ASP competente sarà quella del luogo in cui è stato commesso il reato.

Il Gruppo di Lavoro regionale per l'attuazione dell' Accordo sancito in Conferenza Unificata Rep. N. 82/CU del 26 novembre 2009 "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell' Autorità giudiziaria", costituito con DDG n. 10291 dell' 11-7-2012, proseguirà la sua attività in funzione di monitoraggio regionale delle problematiche sanitarie e socio-sanitarie della Giustizia Minorile. Parteciperà, inoltre, con un proprio rappresentante all'Osservatorio Regionale Permanente sulla Sanità Penitenziaria.

Le Aziende Sanitarie potranno concorrere all'attuazione dei programmi terapeutico riabilitativi esclusivamente nell'ambito dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.).

Definizione di procedure e modalità di intervento

Al fine di rendere omogenee le modalità di intervento e definire i rispettivi compiti degli operatori sanitari e degli operatori della Giustizia Minorile, nella valutazione dei minori e nella elaborazione dei programmi di presa in carico, viene stipulato apposito protocollo di intesa (di cui all'all. 2). I contenuti del protocollo saranno oggetto di monitoraggio, in rapporto alla loro attuazione ed alla loro efficacia, da parte del Gruppo di Lavoro Regionale.

Individuazione di una comunità terapeutico riabilitativa per minori e adolescenti

Si fa presente che fra le opzioni di intervento comunitario più sopra indicate, previste dai provvedimenti dell'Autorità giudiziaria minorile, è contemplato il collocamento in comunità terapeutico riabilitativa, a valenza sanitaria, a spese del Servizio Sanitario Regionale.

Tale tipologia assistenziale, dedicata a minori con severi quadri psicopatologici, sia autori di reato che non, è attualmente assente nel territorio regionale, e gli inserimenti sono effettuati presso altre regioni.

A fronte di ciò, la Regione Calabria intende procedere all'istituzione di una struttura residenziale, corrispondente alla tipologia descritta, che dovrà rispondere ai requisiti di accreditamento sanitari previsti dalla normativa nazionale e regionale, tali da poter garantire l'osservazione e il trattamento dei minori, anche in situazione di urgenza.

Convenzione di Lanzarote e particolari tipologie di utenza

L'U.S.S.M. potrà attivarsi per le problematiche connesse all'attuazione della Convenzione di Lanzarote del 25 ottobre 2007, ratificata dallo Stato Italiano con Legge n° 172 del 1 ottobre 2012, per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale. Le Aziende Sanitarie potranno concorrere all'attuazione dei programmi relativi esclusivamente nell'ambito dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza L.E.A.

Anche per più specifiche tipologie (es. casi di sottrazione internazionale di cui alla L. 64/94 e particolari categorie di utenza quali minori e giovani adulti abusanti, sex offenders) potranno essere attivate ulteriori sinergie tra il personale della Giustizia Minorile e delle AASSPP territoriali, per la presa in carico con interventi maggiormente confacenti tali specificità, purchè nell'ambito esclusivo dell'erogazione dei LEA.

Allegato n. 2

PROTOCOLLO D'INTESA

Schema – tipo di protocollo d'intesa per gli interventi di valutazione socio-sanitaria e di presa in carico dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria

L'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ rappresentata da _____ Tra _____ Provinciale di _____ rappresentata da _____ E _____

Il Centro per la Giustizia Minorile rappresentato da _____

Convengono e stipulano quanto segue

Articolo 1 (Finalità)

Il presente protocollo definisce le modalità di collaborazione fra i servizi della Giustizia minorile e i servizi delle Aziende Sanitarie Provinciali, mirate alla valutazione dei minori sottoposti a procedimento penale, propedeutica alla definizione di un programma personalizzato di interventi terapeutici, riabilitativi, socio educativi e di reinserimento sociale. I risultati delle valutazioni saranno comunicati alla Magistratura minorile per le decisioni che le sono proprie.

Le previsioni operative assicurano gli interventi ritenuti necessari a partire dalla prima fase di ingresso nel circuito penale e in corso di esecuzione penale, sia interna (comportante provvedimenti restrittivi della libertà personale) che esterna (in assenza di provvedimenti restrittivi della libertà personale), disposte dall'Autorità Giudiziaria minorile, fornendo specifico supporto ai minori (fino al compimento dei 21 anni) ed alle loro famiglie.

L'Azienda Sanitaria Provinciale e il Centro per la Giustizia minorile si impegnano a organizzare periodicamente corsi di formazione e aggiornamento rivolti congiuntamente a tutti gli operatori del SSR e della Giustizia coinvolti, al fine di migliorare la qualità degli interventi.

Articolo 2 (Ambiti territoriali)

Gli ambiti territoriali nei quali attuare la collaborazione di cui sopra sono i seguenti:

Catanzaro

Distretto di Corte d'Appello di Catanzaro, sede di Tribunale e Procura Minorile :

- Istituto Penale per i Minorenni "Silvio Paternostro"
- Centro di Prima Accoglienza
- Comunità Ministeriale

- Centro Diurno Polifunzionale
- Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, con sede distaccata a Cosenza, sede di appoggio di Lamezia Terme e sede logistica di Crotona

Reggio Calabria

Distretto di Corte d'Appello di Reggio Calabria, sede di Tribunale e Procura Minorile:

- Centro di Prima Accoglienza
- Comunità Ministeriale
- Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, con sede distaccata a Cittanova e sede di appoggio Locri

Le attività del sistema dei Servizi Minorili della Giustizia nell'ambito regionale calabrese sono coordinate dal Centro per la Giustizia Minorile con sede a Catanzaro, organo distrettuale del Dipartimento di Giustizia Minorile, secondo l'articolazione organizzativa del Ministero della Giustizia.

Articolo 3

(Definizione dei contesti operativi)

Il Gruppo di Valutazione Multidisciplinare, come individuato nelle Linee di indirizzo, si attiva a richiesta dei responsabili dei servizi della Giustizia minorile. I contesti operativi attengono all'area penale interna e a quella esterna.

Articolo 4

(Interventi in area penale interna)

Interventi nel Centro di Prima Accoglienza (CPA).

Ferme restando le valutazioni sullo stato clinico generale, effettuate dal medico di medicina generale che opera presso il Centro, in base alle quali possono essere attivati eventuali interventi diagnostico terapeutici urgenti, il responsabile del CPA è tenuto a fornire alla Magistratura, entro il termine di 96 ore, una relazione contenente anche indicazioni di massima sul profilo medico, psicologico e socio ambientale del minore.

A tal fine il responsabile del CPA attiva con carattere di urgenza, il gruppo di valutazione multidisciplinare, nella persona del medico e/o dello psicologo designati, unitamente all'équipe tecnica ministeriale, per l'elaborazione di un primo inquadramento psico-sociale del soggetto, attraverso tutti gli accertamenti diagnostici ritenuti opportuni, da effettuare in condizioni di urgenza, visto l'obbligo di relazionare entro le 96 ore.

In questa fase è indispensabile predisporre un primo intervento, sinergico e condiviso, tra operatori della giustizia e della sanità, per la definizione del percorso di presa in carico. Quando si ravvisi la necessità di un intervento immediato sotto il profilo psicopatologico e/o delle patologie da dipendenza, sarà assicurato in urgenza l'intervento dei Servizi sanitari più appropriati delle Aziende Sanitarie Provinciali di Catanzaro e Reggio Calabria.

Qualora necessario può essere richiesto l'accompagnamento del minore in urgenza per eventuali accertamenti specialistici non differibili quali, ad esempio, per l'accertamento di uno stato di gravidanza nelle minorenni, ovvero per l'accertamento dell'età (esame auxologico) richiesto dell'Autorità Giudiziaria.

A conclusione di tutte le indagini svolte, il responsabile del CPA, entro le 96 ore, trasmette la relazione dovuta al magistrato che assumerà le proprie determinazioni. Qualora il provvedimento contempli il collocamento presso una comunità terapeutica riabilitativa, il CGM provvede con immediatezza, su indicazione del Gruppo di valutazione multidisciplinare. Contestualmente viene designato un referente col compito di seguire l'andamento dei programmi terapeutico riabilitativi del minore. Tale referente è individuato fra i componenti del GVM o del Servizio per l'infanzia e l'adolescenza della ASP di residenza del minore. Compete al referente il collegamento costante con il CGM.

Gli operatori della comunità indicata mettono in atto un periodo di osservazione e di approfondimento diagnostico, propedeutici all'elaborazione di un programma di trattamento personalizzato.

Per tutto il periodo di permanenza presso la comunità, vengono attivati periodici incontri di valutazione tra gli operatori della struttura, il referente sanitario designato e un referente del CGM.

Interventi nell'Istituto Penale per i Minorenni e nelle Comunità Ministeriali

Ci si riferisce ai soggetti presenti nell'Istituto Penale per i Minorenni e nelle Comunità Ministeriali. In tali strutture, il personale sanitario che lavora in équipe con gli operatori minorili, qualora rilevasse la necessità di un approfondimento diagnostico per la possibile presenza di un disturbo mentale e/o di dipendenza patologica, richiederà l'intervento del Gruppo di Valutazione Multidisciplinare che procederà ad effettuare gli accertamenti ritenuti necessari. Il GVM coinvolto sarà quello dell'ASP su cui insiste la singola struttura. Qualora venga certificata la necessità, di un trattamento del minore o giovane adulto in una comunità terapeutica riabilitativa, tale certificazione unitamente ad una relazione stilata dall'équipe interna all'istituto, verrà inoltrata all'Autorità giudiziaria competente per la richiesta di modifica della misura in atto. All'eventuale provvedimento di modifica della misura, da parte del magistrato, seguirà da parte del CGM, il provvedimento di collocamento nella struttura residenziale adeguata, che sarà indicata dal Gruppo di Valutazione Multidisciplinare.

Dal momento del collocamento in comunità, sarà seguito lo stesso iter indicato per i minori in CPA.

Articolo 5

(Interventi in area penale esterna)

Questa tipologia di intervento si riferisce ai minori della cosiddetta area penale esterna, oggetto di provvedimenti non restrittivi della libertà (collocamenti in strutture residenziali socio educative, denuncia a piede libero, in attesa di giudizio, messa alla prova, in misura alternativa, ecc.). La presa in carico di questi

minori/giovani adulti, presenti sull'intero territorio regionale, è di competenza dell'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni che si attiva nei confronti del minore su richiesta dall'Autorità Giudiziaria Minorile, fino alla conclusione dell'iter penale.

Dal momento della presa in carico del minore, l'USSM attiva il Gruppo di Valutazione Multidisciplinare per l'elaborazione di un profilo di personalità del soggetto, l'evidenziazione di eventuali problematiche sanitarie, ed altre valutazioni collegate alla fattibilità dei progetti di "Messa alla Prova". Anche in questo caso, viene designato un referente sanitario, incaricato di seguire l'andamento degli interventi messi in atto.

Articolo 6 (Altri interventi)

Relativamente ad altri possibili interventi in area penale esterna/interna riferiti ad aspetti più specifici, normati dalla corrente legislazione (Convenzione di Lanzarote del 25 ottobre 2007, ratificata dallo Stato italiano con la legge 1.10.2012, n. 172) per particolari tipologie di reato (protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, sottrazione internazionale) e particolari categorie di utenza (quali minori e giovani adulti abusanti, sex offenders), potranno essere attivate ulteriori sinergie tra il personale della Giustizia minorile e delle AA.SS.PP., per la presa in carico con adeguati interventi, purché gli stessi rientrino nell'ambito esclusivo dell'erogazione dei L.E.A.

Per l'ASP di _____

Firma _____

Per il Centro per la Giustizia Minorile

Firma _____

Allegato n. 3

Struttura terapeutica riabilitativa per minori anche sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria

Definizione

È una struttura residenziale terapeutica, riabilitativa ed educativa per minori, con gravi disturbi comportamentali, correlati a patologie psichiatriche dell'età evolutiva o con problemi di dipendenze patologiche anche autori di reato. Il servizio rende possibile il trattamento del minore in un ambiente a dimensione familiare e comunitario. L'obiettivo è favorire la sua reintegrazione nel territorio attraverso il recupero dell'autonomia nella gestione del sé e nei rapporti con gli altri.

Finalità

Obiettivo principale è garantire al minore/adolescente accolto un trattamento terapeutico riabilitativo personalizzato e definito all'interno di un progetto individuale. Tale progetto deve essere concordato con la struttura di accoglienza e, nel caso di minori autori di reato, anche con il Gruppo di Valutazione Multidisciplinare (a seguire: GVM) aziendale, gli operatori del Dipartimento Giustizia Minorile del territorio e la competente Autorità Giudiziaria Minorile.

Utenza

La fascia d'età degli utenti è compresa tra 14 e 18 anni. Dai 18 ai 21 anni l'accoglienza è possibile solo per utenti che abbiano commesso reati prima dei 18 anni. Si prevede utenza di ambo i sessi.

Modalità di accesso

Saranno accolti nella struttura minori con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria Minorile, inviati tramite il GVM secondo le modalità definite nelle Linee Guida regionali e nei Protocolli d'Intesa locali.

Capacità Ricettiva

La struttura può accogliere fino ad un massimo di 10 utenti di cui 2 in pronta accoglienza.

Oltre ai requisiti generali per l'autorizzazione al funzionamento e all'accreditamento, previsti dalla normativa regionale vigente, la struttura dovrà possedere i seguenti requisiti specifici:

A) REQUISITI STRUTTURALI

- La struttura deve essere situata in una zona dotata di una rete accessibile di servizi generali, sociali, sanitari, educativi e ricreativo-culturali, possibilmente in un contesto che preveda spazi verdi di pertinenza.
- L'adozione di soluzioni architettoniche e la suddivisione degli spazi interni dovranno tenere conto delle caratteristiche dell'utenza a cui è destinata la struttura, allo scopo di garantire la funzionalità rispetto alle attività che vi vengono svolte e la tutela delle autonomie individuali.
- Le dimensioni devono essere rapportate alle attività offerte ed al numero degli ospiti.

Devono essere presenti i seguenti locali:

- area destinata alla valutazione e alla somministrazione dei trattamenti terapeutici;
- spazi adibiti al soggiorno e al lavoro di gruppo e individuale;
- sala da pranzo;
- locale ad uso esclusivo degli operatori (utilizzabile anche per le riunioni);
- servizio igienico e spogliatoio dedicato al personale;
- almeno due servizi igienici per gli utenti (u/d) di cui almeno uno attrezzato per disabili;
- cucina/tisaneria (in alternativa cucinotto/tisaneria se utilizzato servizio di catering);
- lavanderia, se non previsto servizio esterno
- camere da letto.

Le camere da letto devono possedere dimensioni, arredi e attrezzature tali da garantire la sicurezza e l'incolumità della persona. Devono avere non più di 3 letti. E' da prevedere anche la disponibilità di almeno una stanza con un solo posto letto da destinare a casi particolari.

Deve essere prevista la possibilità di sorveglianza nel rispetto della privacy.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

La quantità e qualità degli arredi deve essere conforme a quanto in uso in una comune abitazione nonché permettere una idonea funzionalità, fruibilità e sicurezza in relazione alle caratteristiche dell'utenza ospitata e alle diverse fasce di età.

Le attrezzature e la strumentazione clinica richiesta sono quelle dell'ambulatorio di neuropsichiatria infantile.

Deve essere previsto, fra le attrezzature, anche materiale ludico e materiale per lo svolgimento delle attività espressive nelle diverse fasce di età. Dovranno inoltre essere disponibili almeno 3 PC per gli utenti (con accesso ad internet protetto) oltre che almeno uno per gli operatori e le attività amministrative.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

La struttura deve dotarsi di una **Carta dei Servizi** che ne definisce il modello operativo e illustra le principali procedure.

La presa in carico di ogni utente deve essere effettuata dal neuropsichiatria infantile responsabile.

L'accoglienza dei casi in urgenza è garantita da un neuropsichiatra infantile o da uno psichiatra con documentata esperienza/formazione specialistica nell'età evolutiva.

La struttura, in ragione del fine istituzionale del trattamento anche in urgenza, deve garantire l'accessibilità e assistenza h 24.

Per i minori autori di reato, devono essere definite le modalità di dimissione, formalizzate con l'Autorità Giudiziaria Minorile ed i servizi del Dipartimento Giustizia Minorile, dai quali è stata avviata la procedura di invio. Ulteriori progetti individuali di continuità terapeutica saranno definiti con il GVM.

La struttura dispone per ciascun utente di una cartella clinica personalizzata, che dovrà essere compilata, aggiornata e conservata nei modi e per i tempi di legge.

Per ogni utente è previsto un **Progetto terapeutico personalizzato**, di cui è responsabile il GVM, e un **Piano terapeutico specifico**, di cui è responsabile l'équipe della struttura con l'autorità tutelare, che definisce gli specifici interventi intensivi, diagnostici e terapeutici erogati dalla struttura e la durata della permanenza.

Devono essere previsti periodici incontri di valutazione e verifica con il GVM inviante, sul Progetto terapeutico personalizzato e sugli specifici Piani terapeutici.

Devono essere previsti incontri con le famiglie.

PERSONALE

Devono essere disponibili le seguenti figure professionali:

figure professionali	ore settimanali/unità	note
neuropsichiatra infantile	12 ore settimanali	anche con funzione di direttore sanitario
psicologo	18 ore	
infermiere professionale	14 ore (su sette gg)	le ore previste possono anche essere suddivise tra mattina e sera secondo le necessità contingenti
OSS	2 unità	a t.p.
educatori professionali	4 unità	a t.p.
assistente sociale	12 ore	

Ulteriori figure professionali, in relazione alle attività individuate riferite ai Progetti terapeutici personalizzati ed agli specifici Piani terapeutici, possono essere utilizzate quali prestatori d'opera.

La struttura deve assicurare la reperibilità del personale sanitario, in particolare in relazione alle urgenze. Possono essere attivate in merito specifiche convenzioni con l'Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento.

La struttura deve garantire la compresenza di un numero adeguato di operatori in relazione al numero di utenti presenti. La multiprofessionalità deve essere assicurata da momenti di presenza programmata, contemporanea delle diverse professionalità. Devono essere garantiti la supervisione e monitoraggio dell'attività della struttura, anche ai fini della prevenzione del *burn-out* del personale.

Regione Calabria
DELIBERAZIONI DEL CONSIGLIO REGIONALE

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CALABRIA
9^a LEGISLATURA
68^a SEDUTA
Lunedì 24 giugno 2013

Deliberazione n. 313 (Estratto del processo verbale)

OGGETTO: Modifica dei confini territoriali dei Comuni di Zambrone e Zaccanopoli della provincia di Vibo Valentia. Effettuazione del referendum consultivo, ai sensi della legge regionale 5 aprile 1983, n. 13.

Presidente: Alessandro Nicolò

Consigliere – Questore: Francesco Sulla

Segretario: Nicola Lopez

Consiglieri assegnati 50

Consiglieri presenti 43, assenti 7

OMISSIS

Il Presidente, dopo la relazione del Consigliere Bruni, nessuno avendo chiesto di intervenire, pone in votazione il seguente schema di deliberazione:

«IL CONSIGLIO REGIONALE

PREMESSO:

— che è stata presentata una proposta di legge di iniziativa del consigliere Bruni recante: “Modifica dei confini territoriali dei Comuni di Zambrone e Zaccanopoli della provincia di Vibo Valentia”;

— che con la suddetta iniziativa si è voluto aderire alla concorde manifestazione di volontà espressa dai Consigli comunali dei comuni di Zambrone e Zaccanopoli della provincia di Vibo Valentia rispettivamente, con deliberazione del Consiglio comunale n. 7 del 30/04/2012, e con deliberazione del Consiglio comunale n. 27 del 19/07/2012, i quali hanno manifestato la precisa volontà di una rideterminazione dei propri confini comunali attraverso la permuta di due aree di superficie quasi equivalente, censite ai seguenti numeri di foglio e mappa:

– Comune di Zambrone, foglio 16, mappali 130, 129, 128, 127, 126, 125, 124, 123, 350, 351, 120, 353, 357, 352, 356, 355, 354, 118, 133, 131, 134, 135, 137, 132, 144, 142, 143, 138, 141, 140, 139, 145, 146, 147, 148, 149, per una superficie di ettari 06.95.20 di proprietà privata. In questa parte di territorio non esiste popolazione residente.

– Comune di Zaccanopoli, foglio 1, mappali 217, 212, 221, 214, 222, 213, 210, 211, 207, 208, 209, 215, 216, 153, 132, 131, 144, 152, 151, 150, 149, 148, 147, 139, 140, 141, 142, 143, 138, 176, 177, 180, 182, 183, 185, 186, 190, 129, 187, 189, 188, 175, 181, 184, 137, 154, 121, 160, 194, 195, 196, 198, 199, 200, 201, 229, 228, 205, 204, 202, 203, 119, 159, 128, 2, 231, 122, 161, 123, 8 per una superficie complessiva di ettari 05.53.03 di proprietà privata; catasto foglio di mappa n. 1 particella 159 sub 1, 2, 3, 4, 5, 6; particella 161 sub 1, 2, 3; particella 154 sub 1, 2, 3, 4; particella 123 sub 1, 2, 3, 4, 5, 6. In questa parte di territorio, denominato località “Cancino”, sono collocate 13 famiglie per un numero di 49 abitanti.

Visti:

— l’articolo 133, comma 2 della Costituzione che stabilisce che “la Regione, sentite le popolazioni interessate, può con sue leggi istituire nel proprio territorio nuovi Comuni e modificare le loro circoscrizioni e denominazioni”;

— l’articolo 15, comma 1 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo Unico delle leggi sull’ordinamento degli enti locali) che stabilisce che “le regioni possono modificare le circoscrizioni territoriali dei Comuni sentite le popolazioni interessate, nelle forme previste dalla legge regionale”;

— la legge regionale 5 aprile 1983, n. 13, che all’art. 40 (Norme di attuazione dello statuto per l’iniziativa legislativa popolare e per i referendum) sancisce l’obbligatorietà del referendum consultivo sulle proposte di istituzione di nuovi Comuni e sui mutamenti delle circoscrizioni e delle denominazioni comunali;

— in particolare la legge regionale 5 aprile 1983, n. 13, che alla lettera e) del comma 4 dell’art. 40 così come modificato dalla legge 30 maggio 2012, n. 17, nella delibera di effettuazione del referendum, dà facoltà al Consiglio regionale di escludere, con decisione motivata, ...le popolazioni che non presentano un interesse qualificato alla variazione territoriale: per le caratteristiche dei gruppi residenti sul territorio dei Comuni interessati, della dotazione infrastrutturale e delle funzioni territoriali, nonché per i casi di eccentricità dei luoghi rispetto al capoluogo e, quindi, di caratterizzazione distintiva dei relativi gruppi;

— la proposta di legge n. 377/9A di iniziativa del consigliere Bruni recante: “Modifica dei confini territoriali dei Comuni di Zambrone e Zaccanopoli della provincia di Vibo Valentia”, iscritta al Protocollo generale del Consiglio regionale n. 44118 del 10/10/2012;

Considerato che:

— la Prima Commissione “Affari istituzionali, affari generali, riforme e decentramento” ha esaminato in sede referente il progetto di legge e ha adottato una risoluzione nella quale, valutate le ragioni che giustificano la modificazione proposta e considerato il consenso di tutte le amministrazioni locali interessate, si esprime per l’approvazione della deliberazione in ordine al referendum consultivo, limitandolo ai soli abitanti della frazione “Cancino” del Comune di Zaccanopoli;

— la stessa Commissione propone, pertanto, al Consiglio regionale di deliberare l’effettuazione del referendum consultivo ai sensi della legge regionale n. 13 del 1983;

Vista la legge regionale n. 13 del 1983 e in particolare:

— l’articolo 40, comma 1 che prevede che il Consiglio regionale prima di procedere all’approvazione di ogni progetto di legge che comporti l’istituzione di nuovi Comuni ovvero mutamenti delle circoscrizioni e delle denominazioni comunali, delibera l’effettuazione del referendum consultivo obbligatorio;

— la lettera c) del comma 4 dell’art. 40 così come modificato dalla legge 30 maggio 2012, n. 17 dà facoltà al Consiglio regionale di escludere, con decisione motivata, ...le popolazioni che non presentano un interesse qualificato alla variazione territoriale: per le caratteristiche dei gruppi residenti sul territorio dei Comuni interessati, della dotazione infrastrutturale e delle funzioni territoriali, nonché per i casi di eccentricità dei luoghi rispetto al capoluogo e, quindi, di caratterizzazione distintiva dei relativi gruppi;

— l'articolo 40, comma 3 secondo il quale, qualora il Consiglio regionale indice il referendum la deliberazione dello stesso indica il quesito da sottoporre a votazione con riferimento agli estremi della relativa proposta di legge.

Dato atto che:

— ai sensi dello Statuto, la disciplina applicabile per l'individuazione degli aventi diritto al voto è quella contenuta nella legge regionale 13/83, in quanto legge speciale che regola le forme di consultazione delle popolazioni interessate in materia di istituzione di nuovi Comuni, e che pertanto, ai sensi del citato art. 40, comma 4, lettera c) della legge regionale 13/1983, gli aventi diritto al voto sono gli abitanti della frazione "Cancino" del Comune di Zaccanopoli residenti nel territorio individuato al catasto foglio 1, mappali 217, 212, 221, 214, 222, 213, 210, 211, 207, 208, 209, 215, 216, 153, 132, 131, 144, 152, 151, 150, 149, 148, 147, 139, 140, 141, 142, 143, 138, 176, 177, 180, 182, 183, 185, 186, 190, 129, 187, 189, 188, 175, 181, 184, 137, 154, 121, 160, 194, 195, 196, 198, 199, 200, 201, 229, 228, 205, 204, 202, 203, 119, 159, 128, 2, 231, 122, 161, 123, 8; catasto foglio di mappa n. 1 particella 159 sub 1, 2, 3, 4, 5, 6; particella 161 sub 1, 2, 3; particella 154 sub 1, 2, 3, 4; particella 123 sub 1, 2, 3, 4, 5, 6, per tali intendendosi coloro che, in base alla vigente disciplina statale, godono del diritto di elettorato attivo per le elezioni amministrative comunali;

Ritenuto:

— di accogliere la proposta della Commissione consiliare di procedere all'effettuazione del referendum consultivo delle popolazioni interessate;

DELIBERA

a) di sottoporre a referendum consultivo il progetto di legge n. 377/9A di iniziativa del consigliere Bruni recante: "Modifica dei confini territoriali dei Comuni di Zambrone e Zaccanopoli della provincia di Vibo Valentia", a norma dell'articolo 40 della legge regionale 5 aprile 1983, n. 13;

b) di definire nei seguenti termini il quesito da sottoporre alla consultazione popolare con riferimento al progetto di legge esaminato: "Volete voi che i confini territoriali tra i comuni di Zambrone e Zaccanopoli siano modificati secondo quanto previsto dal progetto di legge n. 377/9A, determinando in tal modo il trasferimento della frazione denominata località "Cancino" del comune di Zaccanopoli al comune di Zambrone?";

c) di stabilire che, ai sensi dell'articolo 133, comma 2 della Costituzione e dell'articolo 40, comma 4, lettera c) della legge regionale n. 13 del 1983, partecipano al referendum consultivo gli elettori residenti nella frazione "Cancino" del Comune di Zaccanopoli, per tali intendendosi coloro che, in base alla vigente disciplina statale, godono del diritto di elettorato attivo per le elezioni amministrative comunali;

d) di trasmettere la presente deliberazione al Presidente della Giunta regionale per l'indizione del referendum;

e) di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria» e, deciso l'esito - presenti e votanti 43, a favore 43 - ne proclama il risultato.

«Il Consiglio approva»

OMISSIS

Il Presidente f.to: Nicolò

Il Consigliere - Questore f.to: Sulla;

Il Segretario f.to: Lopez

Regione Calabria DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
30 maggio 2013, n. 190

Piano per la costruzione di infrastrutture e connessi impianti fissi e tecnologici di controllo per il sistema del trasporto pubblico locale di cui alla DGR 22 dicembre 2004, n. 1039. Istanza di ulteriore proroga e di ridefinizione dell'intervento nella città di Catanzaro.

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso:

— che con propria deliberazione 22 dicembre 2004, n. 1039, è stato approvato un piano per la realizzazione di infrastrutture - Autostazioni, nuove costruzioni a Catanzaro e Reggio Calabria e completamento a Crotona - al servizio del TPL, con annessi impianti tecnologici, con utilizzo di residue risorse ex legge statale 10 aprile 1981, n. 151, art. 11;

— che con successivo decreto dirigenziale 12 ottobre 2005, n. 15072 si è proceduto ai relativi impegni di spesa (€ 1.300.000,00 per ciascuna infrastruttura), la cui quota ancora disponibile, e impegno n. 4256/2005, cap. 2222205, complessivamente pari ad € 1.300.000,00, si trova in perenzione amministrativa;

— che con decreti dirigenziali 5 luglio 2006, n. 8439, così come modificato dal successivo 23 febbraio 2009, n. 1332 sono state fissate le procedure di erogazione del contributo regionale che prevedono un'anticipazione all'avvio dei lavori, successivi pagamenti per stadi di avanzamento, massimo 5 e fino al 90% del contributo e saldo al collaudo, con utilizzo dell'intera disponibilità solo se i lavori avranno un valore non inferiore al doppio del contributo regionale;

— che con note dipartimentali in atti, come stabilito nella sopra richiamata deliberazione 1039/2004, si è proceduto alla fissazione di termini temporali per le diverse fasi e, per ultimo, il termine per l'inizio dei lavori fissato al 25 settembre 2011 per l'infrastruttura localizzata a Catanzaro, con richiamo esplicito alla decadenza automatica dell'impegno di spesa ove non venisse comunicato nel termine stabilito l'avvenuto inizio dei lavori, come previsto dalla già richiamata propria deliberazione 1039/04;

Considerato:

— che gli interventi previsti dalla propria richiamata deliberazione 22 dicembre 2004, n. 1039 nelle città di Reggio Calabria e Crotona risultano realizzati e regolarmente funzionanti mentre quello previsto nella Città di Catanzaro non è stato ancora realizzato;

— che la costruzione di detta autostazione a Catanzaro presenta oggettive difficoltà laddove si ipotizzi un'unica infrastruttura per la particolare conformazione della città che vedrebbe detta infrastruttura necessariamente localizzata in sito tale da non consentire che un buon numero di utenti dei servizi di TPL extraurbano, ivi giunti, possa raggiungere le proprie sedi lavorative, scolastiche e di servizi amministrativi e socio/sanitari senza ricorrere ad altra modalità di trasporto, determinando a priori condizioni di sicura inefficacia;

— che tale oggettiva difficoltà ha determinato che sia il Comune di Catanzaro sia il soggetto gestore del servizio di trasporto urbano, l'azienda AMC S.p.A., di proprietà dello stesso comune, d'intesa (giusta note prot. n. 25249/2013 e n. 32595/2013 del Sindaco del Comune di Catanzaro e nota prot. n. 918/2013 dell'AMC S.p.A.) individuassero non già un'unica auto-stazione bensì un insieme di punti attrezzati con funzioni di salita, discesa dei passeggeri e d'interscambio, così localizzati:

- a) Giovino,
- b) Sala,
- c) Viadotto Kennedy,
- d) Viale Magna Grecia,
- e) Università (Germaneto),

per un intervento il cui quadro economico ha un valore complessivo pari a Euro 1.300.000,00;

— che il Comune di Catanzaro per le difficoltà di bilancio, peraltro generalmente attribuibili agli Enti Locali, non è nelle condizioni di assicurare con propri fondi la disponibilità del richiesto importo di cofinanziamento, tale da realizzare un intervento non inferiore al doppio del finanziamento assicurato, ma solo mettere a disposizione un importo pari al 25% dell'importo dell'intervento sopra proposto, che è il minimo richiesto dalla legge regionale n. 3/1988, art. 12;

— che l'intervento nel suo complesso può quindi essere ridefinito nella realizzazione di più punti attrezzati con funzioni di salita, discesa dei passeggeri e d'interscambio, sopra definiti nel dettaglio, per un importo complessivo di quadro economico pari a Euro 1.300.000,00, di cui:

— il 75%, cioè € 975.000,00, a carico della Ragione, gravante sul capitolo 2222205 sull'impegno n. 4256/2005 di cui al decreto dirigenziale 12 ottobre 2005, n. 15072, attualmente in perenzione amministrativa, per il cui importo verrà richiesta dal competente Dipartimento la riallocazione quando sussisteranno i presupposti;

— il rimanente 25%, cioè € 325.000,00, cofinanziato dal Comune di Catanzaro, che si è impegnato in tal senso con nota prot. n. 32595 del 23.04.2013;

Ritenuto che la proposta del comune di Catanzaro sia utile al miglioramento del sistema della mobilità nella città capoluogo con benefici ricadenti sull'intero sistema del trasporto pubblico regionale;

Visti:

- la legge statale 151/1981, art. 11;
- la legge regionale 3/1988, artt. 1, 9 e 12;
- il decreto legislativo 422/1997 e s.m.i.;
- le leggi regionali n. 23/1999 e s.m.i.;

Su proposta dell'Assessore Regionale Luigi Fedele, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta della relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto, ed in particolare sulla copertura ai sensi dell'art. 4 della Legge regionale 23 dicembre 2011 n. 47.

DELIBERA

1. Di autorizzare il Comune di Catanzaro, e per esso la società a totale partecipazione comunale AMC S.p.A., espressamente individuata dal Comune, alla realizzazione di cinque nodi con funzioni di salita, discesa dei passeggeri e interscambio, in conformità agli atti progettuali già trasmessi al Dipartimento competente, meglio individuati nella narrativa del presente provvedimento, per un importo complessivo del quadro economico pari a Euro 1.300.000,00.

2. Di destinare al cofinanziamento regionale dell'intervento Euro 975.000,00, importo disponibile sul capitolo 2222205 per come meglio precisato nella narrativa del presente atto, comunque subordinato al cofinanziamento del Comune di Catanzaro di Euro 325.000,00.

3. Di vincolare l'infrastruttura ai servizi di trasporto pubblico locale, precisando che la proprietà deve restare in capo al Comune di Catanzaro oppure all'AMG S.p.A., nella sua qualità di società a totale partecipazione del Comune stesso.

4. Di prendere atto disposto con decreti dirigenziali 5 luglio 2006, n. 8439 e 23 febbraio 2009, n. 1332, con i quali sono state fissate le procedure di erogazione del contributo regionale che prevedono un'anticipazione all'avvio dei lavori e successivi pagamenti per stati di avanzamento.

5. Di stabilire le seguenti scadenze a pena di revoca del finanziamento:

- a) l'impegno di spesa relativo al cofinanziamento comunale dovrà formalizzarsi entro l'anno solare corrente;
- b) l'avvio dei lavori dovrà avvenire entro l'anno solare 2014;
- c) il collaudo dovrà avvenire entro l'anno solare 2015.

Il Dipartimento competente è autorizzato a concedere una unica proroga dei termini, se motivata, di durata non superiore a 6 mesi.

6. Di demandare ogni adempimento conseguente al Dipartimento Competente.

7. Di notificare il presente provvedimento al Comune di Catanzaro e all'azienda AMC S.p.A.

8. Di provvedere alla pubblicazione del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento proponente ai sensi della legge regionale 06/04/2011, n. 11, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento Proponente.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
30 maggio 2013 n. 196

Costituzione gruppo di lavoro per la definizione delle linee guida finalizzate alla redazione dei piani di classifica dei consorzi di bonifica.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il R.D. 13 febbraio 1933, n. 215 e successive modificazioni;

VISTA la Legge Regionale 23 luglio 2003, n. 11 recante "Disposizioni per la bonifica e la tutela del territorio rurale. Ordinamento dei Consorzi di Bonifica";

RICHIAMATA l'Intesa raggiunta in seno alla Conferenza Stato - Regioni del 18/09/2008 contenente i criteri per l'attuazione dell'art. 27 del Decreto Legge n. 248/2007, come modificato dalla legge di conversione 28 febbraio 2008, n. 31 - Criteri per il riordino dei Consorzi di Bonifica;

CONSIDERATO che a mente dell'art. 18 della L.R. 11/03, i proprietari degli immobili situati nei comprensori di bonifica concorrono in forma obbligatoria alla realizzazione dell'attività di bonifica, provvedendo:

a) alla realizzazione a proprio carico di tutte le opere giudicate, nei comprensori di bonifica, necessarie ai fini della bonifica stessa, ai sensi del regio decreto 13 febbraio 1933, n. 215 e successive modificazioni e integrazioni, nonché alla loro manutenzione ed esercizio;

b) al pagamento dei contributi relativi all'esercizio e alla manutenzione ordinaria delle opere pubbliche di bonifica e di irrigazione, ...»;

DATO ATTO che la ripartizione dei tributi a carico della contribuzione consortile, per come stabilito dall'art. 24 della citata L.R. 11/03, avviene attraverso i Piani di Classifica predisposti dai Consorzi di Bonifica che individuano i benefici diretti, indiretti e potenziali, derivanti dall'attività di bonifica agli immobili ricadenti nei comprensori, intesi questi ultimi ai sensi dell'articolo 812 del codice civile, e stabilisce i parametri per la quantificazione di detti benefici, determinando l'indice di contribuzione di ciascun immobile, sulla scorta di apposite Linee Guida che devono essere emanate dalla Giunta Regionale;

CONSIDERATO pertanto che si rende necessario definire apposite Linee Guida per la redazione ed elaborazione dei Piani di Classifica da parte dei Consorzi di Bonifica operanti nella Regione Calabria;

VISTO l'art. 6 della Legge Regionale 11/03 che riconosce l'Unione Regionale delle Bonifiche e Irrigazioni (U.R.B.I. Calabria), quale organismo di coordinamento dei Consorzi di bonifica;

RITENUTO per quanto sopra, di costituire in seno al Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione apposito gruppo di lavoro con il compito di definire le Linee Guida per la redazione dei Piani di Classifica consortili, in ottemperanza ai disposti della Legge regionale n. 11/03, tenendo conto anche dei contributi e delle indicazioni dell'Associazione Nazionale delle Bonifiche e dell'U.R.B.I. Calabria, così costituito:

— Dirigente Generale Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione o suo delegato;

— Settore 5 - Dirigente del Servizio n. 12 - Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione;

— Settore 1 - Dirigente del Servizio n. 2 - Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione;

— Presidente U.R.B.I. Calabria o suo delegato;

— Struttura di controllo sugli atti dei Consorzi di Bonifica costituita in seno al Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione, ai sensi dell'art. 38 della Legge regionale n. 11/03;

VISTA la L.R. n. 34/02 e s.m.i. e ritenuta la propria competenza

Su proposta dell'Assessore competente, Dott. Michele Trematerra, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta della relativa struttura, il cui Dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto, relatore il Presidente;

DELIBERA

— Di dichiarare la narrativa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

— Di costituire in seno al Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione apposito gruppo di lavoro con il compito di predisporre un documento che definisca le linee guida per la redazione dei Piani di Classifica, così composto:

– Dirigente Generale Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione o suo delegato;

– Settore 5 - Dirigente del Servizio n. 12 - Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione;

– Settore 1 - Dirigente del Servizio n. 2 - Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione;

– Presidente U.R.B.I. Calabria o suo delegato;

– Struttura di controllo sugli atti dei Consorzi di Bonifica costituita in seno al Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione, ai sensi dell'art. 38 della Legge regionale n. 11/03;

— Di dare atto che la costituzione del Gruppo di Lavoro non comporta oneri imputabili sul bilancio regionale ovvero su altre risorse;

— Di provvedere alla pubblicazione integrale del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento proponente ai sensi della legge regionale 04.09.2001, n. 19, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento proponente.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
8 giugno 2013 n. 203

Nomina Presidente della Commissione Provinciale per l'abilitazione all'esercizio venatorio per la Provincia di Vibo Valentia.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la legge 11 febbraio 1992, n. 157 "Norme per la protezione della fauna selvatica omeoterma e per il prelievo venatorio";

VISTA la Legge Regionale 17 maggio 1996, n. 9 "Norme per la tutela e la gestione della fauna selvatica e l'organizzazione del territorio ai fini della disciplina programmata dell'esercizio venatorio";

PREMESSO che la L.R. 9/96 e s.m.i., all'art. 17 comma 1, stabilisce che la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore incaricato in materia di caccia e pesca, nomina in ciascun capoluogo di provincia una commissione per il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio venatorio composta tra l'altro da un dipendente regionale che la presiede, designato dall'Assessore medesimo;

VISTA la delibera di G.R. n. 665 del 5 ottobre 2010 recante "Nomina componenti Commissione per il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio venatorio";

VISTO il decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 6 del 18 gennaio 2011, per come rettificato con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 64 del 3 maggio 2011;

PRESO ATTO che, a far data dall'1 ottobre 2012 il dipendente regionale Giovanni Leone, designato a Presidente Commissione della Provincia di Vibo Valentia, è stato collocato in quiescenza per raggiunti limiti di età;

RITENUTO dover procedere alla sostituzione individuando, quale Soggetto cui conferire il predetto incarico di Presidente della Commissione per il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio venatorio della Provincia di Vibo Valentia, il dipendente regionale Cricenti Pasquale nato a Monterosso Calabro il 18 ottobre 1956;

ACCERTATO, dalla competente struttura dipartimentale, che, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 47/2011, la copertura finanziaria concernente gli emolumenti da corrispondere quale conseguenza del presente atto trovano riscontro nel capitolo della spesa 2133104 ex comma 7, art. 17, della L.R. 9/96 e s.m.i.;

Su proposta dell'Assessore dott. Michele Trematerra, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta della relativa struttura i cui dirigenti si sono espressi sulla regolarità amministrativa dell'atto;

DELIBERA

Per quanto esposto in premessa che si intende interamente trascritto:

— di nominare quale Presidente della Commissione per il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio venatorio della Provincia di Vibo Valentia, il dipendente regionale Cricenti Pasquale nato a Monterosso Calabro il 18 ottobre 1956;

— di rimandare a successivo decreto del Presidente della Giunta Regionale la ratifica della nomina di che trattasi;

— di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURC;

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
8 giugno 2013 n. 204

Legge Regionale n. 9/07, art. 4 e Legge Regionale n. 25/2013, art. 13, comma 4. Nomina Commissario liquidatore AFOR.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la legge regionale n. 9 dell'11.05.2007 che prevede la soppressione e la messa in liquidazione dell'AFOR;

CONSIDERATO:

CHE l'art. 4, comma 3, della Legge Regionale n. 9/2007 prevedeva la nomina di un Commissario e di un Vice Commissario liquidatore dell'Afor;

CHE l'art. 18 della Legge Regionale n. 69 del 27.12.2012 ha previsto modifiche all'art. 4 della Legge Regionale n. 9/2007, in virtù delle quali è stata soppressa la figura del Vice Commissario liquidatore ed è rimasto il solo Commissario liquidatore dell'Afor quale unico organo commissariale responsabile della liquidazione dell'Azienda;

CHE la Giunta Regionale, con delibera n. 96 del 21.03.2013, ha nominato il Commissario liquidatore dell'AFOR conferendo l'incarico fino al 30.06.2013, termine previsto dalla legge regionale n. 69/2012 per la definizione del trasferimento delle funzioni e delle risorse dell'Afor posta in liquidazione;

CHE la Legge Regionale n. 25 del 16.05.2013 prevede all'art. 13, comma 4, che dalla data di pubblicazione della medesima legge regionale decade di diritto il Commissario liquidatore dell'Afor e che, entro dieci giorni dalla pubblicazione della legge regionale in questione, con decreto del Presidente della Giunta regionale, previa deliberazione della Giunta, è nominato il nuovo Commissario liquidatore dell'Afor, con scadenza al 31 dicembre 2014;

CHE, pertanto, si rende necessario nominare il nuovo Commissario liquidatore dell'AFOR fino al 31 dicembre 2014, con l'obbligo di provvedere, entro tale data, alla liquidazione dell'Azienda ed all'assunzione di tutti gli atti e di provvedimenti all'uopo necessari, così come previsti dallo stesso art. 13 della L. R. n. 25/2013 e dalle altre norme di legge;

VISTA la legge regionale n. 34/02 e s.m.i. e ritenuta la propria competenza;

SU PROPOSTA dell'assessore regionale all'Agricoltura, Foreste e Forestazione, Michele Trematerra, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta dalla relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente richiamate:

— di prendere atto delle nuove disposizione di cui all'art. 13, comma 4, della Legge Regionale n. 25/2013, nella parte in cui si

prevede la decadenza di diritto del Commissario Liquidatore dell'Afor in carica e la nomina del nuovo Commissario liquidatore dell'Afor, con decreto del Presidente della Giunta regionale, previa deliberazione della Giunta, entro dieci giorni dalla pubblicazione della medesima L.R.;

— di individuare nella persona del Dott. Federico Postorino il nuovo Commissario liquidatore dell'AFOR, il cui incarico viene conferito fino al 31 dicembre 2014, come previsto dalla legge regionale n. 25 del 16.05.2013, termine entro il quale deve essere portata a compimento la liquidazione dell'AFOR;

— di dare atto che dal presente provvedimento nessun onere finanziario deriva a carico del bilancio regionale;

— che il Presidente della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 34, lettera c, dello Statuto Regionale, provvederà, con proprio Decreto, alla formalizzazione della suddetta nomina;

— di provvedere alla pubblicazione del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione ai sensi della legge regionale n. 11 del 6 aprile 2011, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento Proponente;

— di disporre che la presente deliberazione sia pubblicata sul sito istituzionale della Regione Calabria, a cura del Dirigente Generale del Dipartimento proponente, ai sensi del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

8 giugno 2013 n. 209

Aggiornamento Disciplinare di Produzione Integrata della Regione Calabria - anno 2013 - ex DGR n. 95 del 21 marzo 2013.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la L.R. n. 7/96 recante norme sull'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta regionale e sulla Dirigenza regionale;

VISTO il D.Lgs. 4 giugno 1997 n. 143 sul Conferimento alle Regioni delle funzioni amministrative in materia di agricoltura e pesca e riorganizzazione dell'amministrazione centrale;

VISTO il Reg. (CE) n. 1782/2003 del 29 settembre 2003 che stabilisce norme comuni relative ai regimi di sostegno diretto nell'ambito della Politica Agricola Comune e istituisce taluni regimi a sostegno a favore degli agricoltori e che modifica i regolamenti CEE n. 2019/93, n. 1452/2001, n. 1453/2001, n. 1454/2001, n. 1868/34, n. 1251/99, n. 1254/1999, n. 1673/2000, n. 2358/71 e n. 2529/2001;

VISTO il Regolamento (CE) del Consiglio del 22 ottobre 2007, n. 1234 recante «Organizzazione comune dei mercati agricoli e disposizioni specifiche per taluni prodotti agricoli», come modificato dal Regolamento (CE) n. 361/2008 del Consiglio del 14 aprile 2008, che abroga, tra l'altro, i regolamenti (CE) del Consiglio n. 2200/96, n. 2201/96 e n. 1182/2007, incorporando le norme concernenti il settore ortofrutticolo di cui ai precitati regolamenti abrogati secondo le tavole di concordanza ivi contenute;

VISTO il Reg. (CE) n. 1698/2005 del 20 settembre 2005 del Consiglio sul sostegno allo Sviluppo Rurale da parte del Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (FEASR);

VISTO il Reg. (CE) n. 1975/2006 della Commissione del 7 dicembre 2006 recante modalità di applicazione del Reg. (CE) n. 1698/2005 per quanto riguarda l'attuazione delle procedure di controllo e della condizionalità per le misure di sostegno dello sviluppo rurale;

VISTO il Reg. (CE) n. 1974/2006 della Commissione del 15 dicembre 2006 recante disposizioni di applicazione del Reg. (CE) n. 1698/2005 sul sostegno allo Sviluppo Rurale da parte del Fondo Europeo Agricolo per lo Sviluppo Rurale (FEASR);

VISTA la Decisione della Commissione Europea n. C(2007) 6007 del 29 novembre 2007 di approvazione del PSR 2007/2013 della Regione Calabria;

VISTA la DGR n. 760 del 12/12/2007 di adozione del PSR Calabria 2007/2013 conseguente l'approvazione da parte della Commissione Europea con decisione n. C(2007) 6007 del 29 novembre 2007;

VISTA la Delibera del Consiglio Regionale della Calabria n. 240 del 18/3/2008 di approvazione del PSR 2007/2013;

VISTO il Programma d'Azione approvato con DGR n. 817 del 23 settembre 2005 e n. 393 del 6 giugno 2006, confermato con DGR n. 63 del 8 marzo 2013, per la tutela delle aree agricole riconosciute vulnerabili all'inquinamento da nitrati di origine agricola ai sensi del Decreto legislativo 152/99 di recepimento della Direttiva 91/676/CEE - Direttiva Nitrati - e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Decreto del Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali n. 3417 del 25 settembre 2008, che adotta per i programmi operativi sostenibili sul mercato ortofrutticolo attuati dalle Organizzazioni dei produttori ortofrutticoli e loro Associazioni, la Strategia Nazionale con la Disciplina Ambientale per il periodo 2009-2013, come previsto dall'articolo 103 septies, paragrafo 2, del Regolamento (CE) 1234/2007;

VISTE le disposizioni specifiche previste nel DM 3417 del 25/9/2008 per la produzione integrata all'interno della Disciplina ambientale in applicazione del Reg. CE 1234/07;

VISTO il Decreto del Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali n. 2722 del 17 aprile 2008, con il quale sono stati istituiti il Comitato Produzione Integrata e i Gruppi tecnici specialisti - Gruppo Difesa Integrata, Gruppo Tecniche Agronomiche e Gruppo Tecnico di Qualità - con lo scopo di predisporre le norme tecniche di riferimento "Linee Guida Nazionali" dell'istituendo sistema di qualità nazionale di produzione integrata ed esprime il parere di conformità dei disciplinari di produzione regionali alle norme tecniche nazionali;

VISTI gli aggiornamenti alle Linee Guida Nazionali di Produzione Integrata approvati nella seduta del 27 novembre 2012 dal Comitato di produzione integrata, suddivisi in difesa integrata e tecniche agronomiche, redatti rispettivamente dal gruppo di difesa integrata e dal gruppo tecniche agronomiche in capo al MIPAAF;

VISTO il parere di conformità preliminare alle Linee Guida Nazionali 2013, espresso dal Gruppo Difesa Integrata nella riunione del 6 novembre 2012 relativamente ai "Disciplinari di Produzione Integrata della Regione Calabria - anno 2013" successivamente ratificato nella seduta del 12 febbraio 2013;

VISTA la DGR n. 95 del 21 marzo 2013, con la quale la Giunta Regionale ha approvato i Disciplinari di Produzione Integrata della Regione Calabria per l'anno 2013;

TENUTO CONTO che in data 10 aprile 2013 il Gruppo Difesa Integrata ha apportato alcuni aggiornamenti alle Linee Guida Nazionali;

RITENUTO dover procedere, per l'effetto, ad aggiornare con le dovute integrazioni, secondo quanto riportato nell'allegato "A" del presente atto, i Disciplinari di Produzione Integrata della Regione Calabria, già approvati con DGR n. 95 del 21 marzo 2013;

Su proposta dell'assessore dott. Michele Trematerra, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta della relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto;

DELIBERA

Per quanto in premessa,

— di integrare e aggiornare i Disciplinari di Produzione Integrata della Regione Calabria - anno 2013 - già approvati con DGR n. 95 del 21 marzo 2013, con quanto riportato nell'allegato "A" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

— di prevedere la comunicazione del presente provvedimento al Gruppo di Difesa Integrata istituito presso il MIPAAF a cura del Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione;

— di provvedere alla pubblicazione integrale del presente provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

(segue allegato)

REGIONE CALABRIA

Allegato A

Aggiornamento Disciplinari di Produzione Integrata 2013

Coltura	Avversità	Sostanza attiva inserita o modificata	S.a eliminata	Note e Limitazioni
Albicocco	Corineo, nerune, apiognomonina, batteriosi	Prodotti rameici		Impiegabili per i trattamenti in vegetazione per un massimo di 4 interventi all'anno
Albicocco	Ceratitis capitata	Acetamiprid		Max 1 intervento/anno
Albicocco e Pesco	Anarsia	Metoxifenozone		Max 2 interventi all'anno
Agrumi	Tripidi		Acrinatrina	Utilizzo revocato
Agrumi	Calocoris trivialis, Ceratitis capitata,	Acetamiprid		Max 1 intervento/anno
Ciliegio	Corineo, nebbia o seccume delle drupacee, batteriosi	Prodotti rameici		Max 4 interventi all'anno
Ciliegio	Rhagoletis cerasi	Acetamiprid		Max 1 intervento/anno
Fragola - Post impianto	Fitoftora		Metalxyl-M	Non autorizzato in questa fase
Melo	Carpocapsa, Cydia molesta, Zeuzera pyrina	Triflumuron		Max 2 interventi all'anno
Melo	Afidi, cocciniglia	Spyrotetramat		impiegabile solo in post fioritura
Pero	Carpocapsa, Cydia molesta, Zeuzera pyrina	Triflumuron		Max 2 interventi all'anno
Pesco	Bolla, batteriosi, corineo, fusicocco, cancri rameali	Prodotti rameici		Impiegabili per i trattamenti in vegetazione per un massimo di 4 interventi all'anno
Pesco	Cydia molesta	Triflumuron		Max 2 interventi all'anno

Coltura	Avversità	Sostanza attiva inserita o modificata	S.a eliminata	Note e Limitazioni
Pesco	Tripidi	Formetanate		Max 1 intervento all'anno in alternativa e nel numero complessivo previsto per gli esteri fosforici
Pesco	Ceratitis capitata	Acetamiprid		Max 1 intervento/anno
Susino	Cydia funebrana	Triflumuron		Max 2 interventi all'anno
Susino	Ruggine, Corineo, nerune delle drupcee, batteriosi	Prodotti rameici		Max di 4 interventi all'anno
Susino	Ceratitis capitata	Acetamiprid		Max 1 intervento/anno
Vite da tavola	Marciume degli acini		Fludioxonil	Contro questa avversità non è registrato da solo
Vite da vino e da tavola	Peronospora	Propineb		Non ammesso in fioritura
Vite da vino	Escoriosi		Pyraclostrobin	Contro questa avversità non è registrato da solo
Uva da tavola	Tripidi	Formetanate		Max 1 intervento all'anno in alternativa e nel numero complessivo previsto per gli esteri fosforici
Vite	Scafoideo	Buprofezin		Max 1 intervento anno
Barbabetola	Afidi, altica, nottue fogliari, atomaria, cassida, mamestra, cleono	Betacyflutrin		In alternativa e alle condizioni già previste per l'impiego dei piretroidi
Barbabetola	Afidi	Esfenvalerate		In alternativa e alle condizioni già previste per l'impiego dei piretroidi

Coltura	Avversità	Sostanza attiva inserita o modificata	S.a eliminata	Note e Limitazioni
Cavolo rapa e cavolo a foglia	Varie	Lambdacialotrina		In alternative e nei limiti previsti per i piretroidi
Cavoli a infiorescenza (pieno campo)	Nottue, cavolaia, tripidi, tentredini, altica, afidi, aleurodidi	Betacyflutrin		In alternativa e alle condizioni già previste per l'impiego dei piretroidi
Cavoli a infiorescenza	Nottue, cavolaia e tignola	Clorantranilprole (da solo e in miscela con Lambdacialotrina)		Non ammesso in coltura protetta
Cavoli a testa	Nottue	Metaflumizone		Eliminato " non ammesso su cavolo verza"
Cavoli a infiorescenza	Sclerotinia		(Boscalid + Pyraclostrobin)	Non autorizzato contro questa avversità
Cavoli a testa (pieno campo)	Nottue, cavolaia, tripidi, tentredini, altica, afidi, aleurodidi	Betacyflutrin		In alternativa e alle condizioni già previste per l'impiego dei piretroidi
Cavoli a foglia (pieno campo)	Nottue, cavolaia, tripidi, tentredini, altica, afidi, aleurodidi	Betacyflutrin		In alternativa e alle condizioni già previste per l'impiego dei piretroidi
Cicoria (pieno campo)	Nottue (Heliothis e Spodoptera)	Metoxifenozone		Al massimo 1 intervento all'anno
Cipolla (pieno campo)	Nottue, tripidi, afidi,	Betacyflutrin		In alternativa e alle condizioni già previste per l'impiego dei piretroidi
Cocomero (pieno campo)	Peronospora	Ametoctradina + Metiram		Max 2 interventi all'anno
Cocomero (coltura protetta)	Ragnetto rosso e Aleurodidi	Spyromesifen		Max 2 interventi all'anno

Coltura	Avversità	Sostanza attiva inserita o modificata	S.a eliminata	Note e Limitazioni
Fagiolo (pieno campo)	Nottue fogliari, tripidi, afidi	Betacyflutrin		In alternativa e alle condizioni già previste per l'impiego dei piretroidi
Fagiolino (pieno campo)	Nottue fogliari, tripidi, afidi, piralide	Betacyflutrin		In alternativa e alle condizioni già previste per l'impiego dei piretroidi
Finocchio (pieno campo)	Nottue (Heliothis e Spodoptera)	Metoxifenzide		Al massimo 1 intervento all'anno
Lattuga (pieno campo)	Nottue (Heliothis e Spodoptera)	Metoxifenzide		Al massimo 1 intervento all'anno
Lattuga a cespo (coltura protetta)	Nematodi		Azadiractina	Non autorizzato contro questa avversità
Lattuga	Peronospora	Ametoctradina + Metiram		Al massimo 2 all'anno
Melanzana	Nematodi		Azadiractina	Non autorizzato contro questa avversità
Melanzana	Tarsonemidi	Sali potassici e acidi grassi		
Melanzana (pieno campo e coltura protetta)	Nottue (Heliothis e Spodoptera)	Metoxifenzide		Al massimo 2 interventi in serra e 1 in pieno campo
Melanzana	Patogeni tellurici	Dazomet		impiegabile una volta ogni 3 anni, prima della semina e/o al trapianto
Melone (pieno campo)	Peronospora	Ametoctradina + Metiram		Al massimo 2 all'anno

Coltura	Avversità	Sostanza attiva inserita o modificata	S.a eliminata	Note e Limitazioni
Melone (coltura protetta)	Ragnetto rosso e Aleurodidi	Spyromesifen		Max 2 interventi all'anno
Melone	Peronospora	Ametoctradin + Dimetomorf		solo in pieno campo
Peperone	Tignola del pomodoro		Metaflumizone	Ammesso solo in serra
Peperone	Patogeni tellurici	Dazomet		impiegabile una volta ogni 3 anni, impiegabile prima della semina e/o al trapianto
Pomodoro (pieno campo)	Nematodi		Azadiractina	Non autorizzato contro questa avversità
Pomodoro (Pieno campo)	Septoriosi		Zoxamide	Non autorizzato contro questa avversità
Pomodoro (coltura protetta)	Nematodi		Azadiractina	Non autorizzato contro questa avversità
Pomodoro (coltura protetta)	Septoriosi		Zoxamide	Non autorizzato contro questa avversità
Pomodoro (coltura protetta)	Patogeni tellurici		Dazomet	impiegabile una volta ogni 3 anni, prima della semina e/o al trapianto
Pomodoro (coltura protetta)	Cladosporiosi	Propineb	Mancozeb	
Pomodoro (coltura protetta)	Septoriosi		Azoxystrobin	Non autorizzato contro questa avversità
Patata	Tignola	Betacyflutrin		In alternativa e alle condizioni già previste per l'impiego dei piretroidi
Patata	Peronospora	Almisulbron		Al massimo 3 interventi all'anno in alternativa alla Cyazofamide

Coltura	Avversità	Sostanza attiva inserita o modificata	S.a eliminata	Note e Limitazioni
Patata	Tignola	Lambdacialotrina		Nei limiti complessivi previsti per i Piretroidi
Patata	Tignola	Thiacloprid		Max 1 intervento all'anno
Pomodoro (pieno campo)	Afidi, Aleurodidi	Esfenvalerate		In alternativa e alle condizioni già previste per l'impiego dei piretroidi
Pomodoro (pieno campo)	Myzus persicae e Aphis gossypii	Spyrotetramat		Al massimo 2 interventi all'anno
Pomodoro (pieno campo e coltura protetta)	Nottue (Heliothis e Spodoptera)	Metoxifenozone		Al massimo 2 interventi in serra e 1 in pieno campo
Peperone (pieno campo e coltura protetta)	Nottue (Heliothis e Spodoptera)	Metoxifenozone		Al massimo 2 interventi in serra e 1 in pieno campo
Patata	Peronospora	Dimetomorf + Metiram		Nei limiti previsti con CAA e Ditiocarbammati sulla coltura
Pomodoro (pieno campo)	Peronospora	Ametoctradina + Metiram		Al massimo 3 all'anno
Pomodoro (coltura protetta)	Peronospora	Ametoctradina + Metiram		Al massimo 3 all'anno.
Tutte le colture in cui è inserito	Patogeni tellurici	Metam Na e Metam K		Eliminata limitazione all'impiego una volta ogni tre anni,
Rucola (pieno campo)	Nottue (Heliothis e Spodoptera)	Metoxifenozone		Max 1 intervento/anno
tutte le colture orticole	Varie		Dodina	Utilizzo revocato
Fragola post impianto, ripresa vegetativa e pre raccolta pieno campo	Vaiolatura	Dodina		
Zucchini (pieno campo e coltura protetta)	Peronospora	Ametoctradina + Metiram		Al massimo 2 all'anno

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
8 giugno 2013 n. 210

Legge regionale n. 66/2012, art. 4. Nomina Direttore Generale dell'Azienda Regionale per lo Sviluppo dell'Agricoltura Calabrese (ARSAC).

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la legge regionale n. 66 del 20/12/2012, che prevede l'istituzione dell'Azienda Regionale per lo Sviluppo dell'Agricoltura Calabrese (ARSAC) e detta disposizioni in materia di sviluppo dell'agricoltura;

CONSIDERATO, in base a quanto stabilito dall'art. 4 della suddetta L.R. n. 66/2012:

CHE il Direttore Generale, quale organo dell'Azienda, è individuato dalla Giunta Regionale tra persone in possesso dei requisiti per assumere l'incarico di Dirigente Generale ai sensi della legge regionale n. 7 del 13 maggio 1996 e s.m.i. e di accertata esperienza dirigenziale almeno quinquennale ed è nominato dal Presidente della Giunta Regionale, previa deliberazione della Giunta medesima;

CHE il predetto incarico di Direttore Generale è conferito con contratto di diritto privato per un periodo di tre anni;

CHE il trattamento economico del Direttore Generale è equiparato a quello dei Dirigenti Generali dei Dipartimenti della Giunta Regionale, considerando solo le voci relative allo stipendio tabellare, alla retribuzione di posizione ed alla retribuzione di risultato, con esclusione di ogni altra indennità;

CHE il Direttore Generale dell'ARSAC nominato, in relazione al raggiungimento degli obiettivi, è soggetto a valutazione dei risultati, ai sensi della legge regionale n. 7/1996 e s.m.i.;

CHE il Direttore Generale dell'ARSAC è il legale rappresentante dell'Azienda, assiste il Comitato Tecnico e ne attua gli indirizzi, compie gli atti necessari per la realizzazione delle finalità dell'Azienda, dirige, sorveglia, coordina la gestione complessiva e ne è responsabile;

CHE il Direttore Generale dovrà, in particolare, provvedere a tutti gli adempimenti specificati dal comma 6 dell'art. 4 della legge regionale n. 66/2012;

EVIDENZIATO che con D.D.G. n. 2704 del 26 febbraio 2013 è stato approvato apposito avviso pubblico di selezione per manifestazione d'interesse per la costituzione di una lista ai fini dell'acquisizione della disponibilità alla nomina a Direttore Generale dell'ARSAC;

PRECISATO che la lista dei candidati ammessi alla selezione, trasmessa dal Presidente della Commissione interna all'uopo istituita è stata pubblicata a cura del Settore competente sul sito dell'Assessorato all'Agricoltura, Foreste e Forestazione, nonché sul sito istituzionale dell'Amministrazione regionale;

RITENUTO di individuare tra le persone ammesse alla selezione il Dr. Flavio Francesco Cedolia quale Direttore Generale dell'Azienda Regionale per lo Sviluppo dell'Agricoltura Calabrese (ARSAC);

DATO ATTO che la nomina del Direttore Generale della suddetta Azienda non comporta per la Regione Calabria ulteriore onere finanziario, poiché alle relative spese si farà fronte con i fondi già stanziati sul pertinente capitolo n. 5122206 del bilancio regionale per l'esercizio 2013;

VISTA la legge regionale n. 34/02 e s.m.i. e ritenuta la propria competenza;

SU PROPOSTA dell'Assessore regionale all'Agricoltura, Foreste e Forestazione On.le Michele Trematerra, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta della relativa struttura il cui Dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente richiamate:

1. di individuare, tra le persone ammesse alla selezione di cui all'Avviso pubblico approvato con D.D.G. n. 2704/13, il Dr. Flavio Francesco Cedolia, quale Direttore Generale dell'Azienda Regionale per lo Sviluppo dell'Agricoltura Calabrese (ARSAC);

2. di dare atto che:

— il predetto incarico di Direttore Generale è conferito con contratto di diritto privato per un periodo di tre anni;

— il trattamento economico del Direttore Generale è equiparato a quello dei Dirigenti Generali dei Dipartimenti della Giunta Regionale, considerando solo le voci relative allo stipendio tabellare, alla retribuzione di posizione e alla retribuzione di risultato, con esclusione di ogni altra indennità;

— il Direttore Generale dell'ARSAC, in relazione al raggiungimento degli obiettivi, è soggetto a valutazione dei risultati, ai sensi della legge regionale n. 7/1996 e s.m.i.;

— il Direttore Generale dell'ARSAC è il legale rappresentante dell'Azienda, assiste il Comitato Tecnico e ne attua gli indirizzi, compie gli atti necessari per la realizzazione delle finalità della Azienda, dirige, sorveglia, coordina la gestione complessiva e ne è responsabile;

— il Direttore Generale dovrà, in particolare, provvedere a tutti gli adempimenti specificati dal comma 6 dell'art. 4 della legge regionale n. 66/2012;

3. di precisare che il Presidente della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 34, lettera c, dello Statuto Regionale, con proprio Decreto, provvederà alla formalizzazione della suddetta nomina;

4. di provvedere alla pubblicazione del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione ai sensi della legge regionale n. 11 del 6 aprile 2011, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento proponente;

5. di disporre che la presente deliberazione sia pubblicata sul sito istituzionale della Regione Calabria, a cura del Dirigente Generale del Dipartimento proponente, ai sensi del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
8 giugno 2013 n. 211

Piano Regionale per la Programmazione delle attività di Previsione, Prevenzione e lotta contro gli incendi boschivi per il periodo 2010-2012, Art. 3 Legge 353/2000, approvato con D.G.R. n. 427 del 07/06/2010. Proroga validità per l'anno 2013.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la Legge 21.11.2000, n. 353 "Legge - quadro in materia di incendi boschivi";

PREMESSO:

— che l'art. 3 della citata Legge 353/2000 prevede che le Regioni approvino il Piano Regionale per la programmazione delle attività di previsione, prevenzione e lotta attiva contro gli incendi boschivi, sulla base delle linee guida e direttive proposte dal Presidente del Consiglio dei Ministri;

— che con deliberazione n. 427 del 07/06/2010 la G.R. ha approvato il Piano antincendi boschivi AIB della Regione Calabria per il triennio 2010/2012 elaborato dal Dipartimento Presidenza e dal Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione, concertato con l'ex AFOR, il Corpo Forestale dello Stato ed il Corpo Nazionale dei VV.FF.;

— che è necessario dotarsi di un Piano antincendi boschivi della Regione Calabria per l'anno 2013;

— che il Piano Antincendi Boschivi prevede il coinvolgimento anche dell'ex A.Fo.R.;

— che con Legge regionale n. 9/2007 l'A.Fo.R. è stata posta in liquidazione;

— che con Legge regionale n. 25 del 16/05/2013 è stata istituita la nuova Azienda denominata "Calabria Verde";

CONSIDERATO:

— che l'avvio gestionale della nuova Azienda che contempla, altresì, attività connesse all'attuazione del Piano Antincendi Boschivi, è previsto dalla norma istitutiva a decorrere dall'1/01/2014, per cui nelle more il Commissario Liquidatore dell'A.Fo.R. continua nelle attività di competenza per l'attuazione del Piano Antincendi Boschivi 2013 sino al 31 dicembre c.a.;

— che il Piano Regionale per la programmazione delle attività di previsione, prevenzione e lotta attiva contro gli incendi boschivi deve tenere conto anche di questi accadimenti;

— che, stante l'imminenza dell'avvio della campagna Antincendi boschivi bisogna dotarsi di uno strumento organizzativo e programmatico per l'anno in corso;

RITENUTO necessario, pertanto, prorogare per l'anno in corso, nelle more dell'avvio della nuova Azienda, la validità del Piano Regionale per la programmazione delle attività di previsione, prevenzione e lotta attiva contro gli incendi boschivi già approvato con D.G.R. n. 427 del 07/06/2010 i cui effetti sono scaduti il 31/12/2012;

CONSIDERATO, altresì:

— che lo svolgimento della campagna AIB negli anni scorsi, ha palesato delle criticità circa il primo intervento e lo

spostamento, con mezzi non idonei al fuoristrada, del personale adibito alle squadre AIB, peraltro evidenziato anche dal Commissario Liquidatore dell'A.Fo.R. con nota prot. 10011 del 20/05/2013;

— che è imminente l'avvio della campagna AIB 2013;

— che per meglio organizzare il servizio di spegnimento incendi da terra è necessario dotare le squadre di idonei mezzi di trasporto dotati di modulo antincendio;

— che, il Settore Protezione Civile, su delega della S.U.A., ha espletato procedimento di gara per l'acquisto di autoveicoli pickup completi di modulo antincendio;

— che il Settore Protezione Civile con nota prot. 166602/Siar del 21/05/2013 ha comunicato che il contratto principale per la fornitura degli automezzi di cui sopra vincola la ditta aggiudicataria per un periodo di tre anni e ciò non consente all'Amministrazione di avviare una nuova procedura di aggiudicazione;

RITENUTO, per quanto sopra, di incaricare il Settore Regionale alla Protezione Civile a procedere alla fornitura degli automezzi necessari secondo il contratto già stipulato e nel limite previsto all'art. 57 del D.Lgs. n. 163/2006 ovvero qualora il valore complessivo stimato per la fornitura non superi il 50% del contratto iniziale;

DATO ATTO che le risorse previste per l'acquisto degli automezzi, nel limite massimo di € 2.000.000,00, trovano utile copertura sulle risorse allocate ai capitolo 2233211 del bilancio regionale esercizio finanziario 2013 di pertinenza del Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione e previste nel Piano Attuativo 2013 approvato dalla G.R. con propria deliberazione n. 24 del 28/01/2013 quale quota parte di forniture assegnate all'A.Fo.R. per la realizzazione degli interventi di forestazione;

SU PROPOSTA congiunta del Presidente e dell'assessore all'Agricoltura, Foreste e Forestazione, Dott. Michele TREMATERRA, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta dalle relative strutture i cui dirigenti si sono espressi sulla regolarità amministrativa dell'atto;

DELIBERA

— di dare atto che la premessa costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

— di prorogare per l'anno in corso, nelle more dell'avvio della nuova costituenda Azienda "Calabria Verde", la validità del Piano Regionale per la programmazione delle attività di previsione, prevenzione e lotta attiva contro gli incendi boschivi già approvato con D.G.R. n. 427 del 07/06/2010;

— di affidare al Commissario Liquidatore dell'A.Fo.R. la prosecuzione delle attività già di competenza dell'ex Azienda per l'attuazione del Piano Antincendi Boschivi 2013 sino al 31 dicembre c.a.;

— di affidare al Settore Protezione Civile del Dipartimento alla Presidenza il coordinamento delle attività antincendio boschivo per l'anno 2013, individuando nella persona del Sig. Nicola Giacotti il coordinatore;

— di autorizzare il Settore Protezione Civile del Dipartimento alla Presidenza, per le attività di che trattasi a sottoscrivere apposite convenzioni con il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco e con il Corpo Forestale dello Stato;

— di autorizzare il Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione a sottoscrivere apposita convenzione con il Corpo Forestale dello Stato per la manutenzione delle autobotti dallo stesso messe a disposizione per l'espletamento della campagna AIB 2013, ponendo la relativa spesa sulle risorse previste a disposizione del Dipartimento dal Piano Attuativo di Forestazione anno 2013 approvato dalla Giunta Regionale con propria deliberazione n. 24/2013;

— di incaricare il Settore Protezione Civile del Dipartimento alla Presidenza a procedere alla fornitura degli automezzi pickup dotati di modulo antincendio, da quantificare a cura del Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione, necessari allo svolgimento del servizio antincendi boschivi per una spesa complessiva massima di € 2.000.000,00 da assegnare, nelle more dell'avvio dell'istituenda Azienda "Calabria Verde" nella disponibilità del Commissario Liquidatore dell'A.Fo.R.;

— di dare atto che alla copertura finanziaria per l'attuazione del Piano antincendi boschivi anno 2013 si provvederà con:

— € 6.000.000,00 a carico delle risorse allocate al capitolo 2233211 del bilancio regionale 2013 di pertinenza del Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione e previste nel Piano Attuativo di Forestazione per l'anno 2013 approvato con D.G.R. n. 24 del 28/01/2013 di cui € 4.000.000,00 già destinate all'espletamento del servizio AIB ed € 2.000.000,00 mediante riduzione dell'assegnazione della spesa per forniture e noli prevista, in favore dell'A.Fo.R., per l'esecuzione degli interventi di forestazione;

— di provvedere alla pubblicazione integrale del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011, n. 11, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento Proponente.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
8 giugno 2013 n. 212

D.G.R. n. 616 del 23/12/2011. Commissione definizione chiusure Piani Attuativi di Forestazione Consorzi di Bonifica e A.For. Risultanze accertamento Consorzi di Bonifica.

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO:

— che la Regione Calabria ha stipulato un'Intesa Istituzionale di Programma con il Governo della Repubblica, autorizzata con delibera CIPE del 29/3/1999 ed approvata con deliberazione della G.R. n. 3432 del 26/10/1999;

— che, in base alla suddetta Intesa Istituzionale di Programma, la Regione ha stipulato con il Governo della Repubblica un Accordo di Programma Quadro finalizzato alla valorizzazione ed alla riconversione delle attività del settore idraulico forestale, nell'ambito delle politiche di difesa del territorio, miglioramento della qualità dell'ambiente, del paesaggio e della valorizzazione ai fini turistici del patrimonio forestale;

— che l'Accordo di cui sopra, attraverso l'attuazione degli interventi annunciati, prevedeva la riduzione del costo della forestazione anche attraverso la costituzione di cooperative forestali;

— che l'intervento n. 4 relativo alla costituzione delle cooperative forestali, tra gli altri, si è dimostrato non concretizzabile vanificando così i processi di attuazione dell'intero Accordo;

— che il Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, procedeva unilateralmente a dichiarare decaduto l'APQ;

— che con Legge n. 179 del 31/07/2002, recepita dalla Giunta Regionale con propria deliberazione n. 778 del 26/08/2002, è stata approvata la sospensione, per gli anni 2002, 2003 e 2004, dell'applicazione degli articoli 1 e 1 bis del Decreto Legge 15 giugno 1984, n. 233, convertito, con modificazioni dalla Legge 4 Agosto 1984 n. 442 con la precisazione, che non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, dovendosi ad essa procedere nei limiti delle risorse finanziarie di cui alle disposizioni del citato decreto-legge n. 148 del 1993;

— che al fine di permettere il passaggio a tempo indeterminato di tutta la manodopera idraulico - forestale di cui alla Legge 442/84 il Dipartimento alla Forestazione metteva in atto alcuni correttivi ritenuti utili per il contenimento della spesa;

— che in applicazione alla citata Legge 179/2002 il rapporto di lavoro della manodopera forestale di cui alla Legge 442/84 con contratto a tempo determinato è stato gradualmente trasformato a tempo indeterminato;

— che le risorse finanziarie previste nel Bilancio Regionale, a seguito della progressiva stabilizzazione della manodopera forestale e del relativo riconoscimento degli Istituti Contrattuali, sono risultate insufficienti a coprire l'intero fabbisogno;

— che con D.G.R. n. 945 del 03/12/2004, per la realizzazione degli ulteriori interventi, previsti nel Piano Attuativo di Forestazione anno 2004 e necessari a garantire la completa applicazione della citata Legge 179/2002, si è stabilito di far gravare la relativa maggiore spesa anche su parte di economie registrate su impegni assunti per le attività di forestazione in annualità precedenti;

— che le criticità derivanti dalla stabilizzazione della manodopera idraulico - forestale e la sottostimata disponibilità finanziaria recata nel bilancio regionale sono state ampiamente dettagliate in due successive relazioni prodotte dal Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione rispettivamente nell'anno 2007 e nell'anno 2009 e trasmesse alla Sezione Regionale della Corte dei Conti;

— che con L.R. n. 9 dell'11/05/2007, si è dato corso all'incattivazione per l'esodo anticipato della forza lavoro idraulico forestale, procedendo così al contenimento della spesa determinato dal risparmio sulle indennità accessorie non corrisposte alla manodopera che vi ha aderito;

— che il Bilancio Regionale di questi ultimi anni ha previsto meno risorse da destinare alla copertura dell'intero fabbisogno necessario alla realizzazione degli interventi dei Piani Attuativi di Forestazione;

CONSIDERATO che per gli accadimenti sopra enunciati non si è potuto procedere alla definizione degli assestamenti finanziari della progettazione con gli Enti Attuatori dei lavori di forestazione (A.Fo.R. e Consorzi di Bonifica);

DATO ATTO

— che con D.G.R. n. 616 del 23/12/2011 si è proceduto a costituire in seno al Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione apposita Commissione con il compito di determinare e

quantificare eventuali situazioni debitorie nei confronti degli Enti Attuatori (A.Fo.R. e Consorzi di Bonifica) per la realizzazione dei lavori di forestazione;

— che la Commissione, allo stato, ha definito l'attuazione dei Piani Attuativi di forestazione da parte dei Consorzi di Bonifica, accertando per ciascuno di essi il limite massimo della spesa ammissibile a carico dell'attività assegnata con i medesimi Piani dall'anno 2001 al 2011, derivante dalle risultanze delle elaborazioni della spesa per mano d'opera, elaborata dal CED regionale ai sensi della L.R. 16/93, e delle forniture previste nei programmi;

— che per gli effetti dell'attuazione della Deliberazione del Consiglio Regionale n. 268/2008 e s.m.i. le attività di contabilizzazione dei Piani di Forestazione riferite ad alcuni Consorzi sono ripartite per competenza ai nuovi Consorzi di bonifica costituiti;

— che le risultanze, trascritte a verbale dei lavori della Commissione, così come riepilogato nell'allegato prospetto che costituisce parte integrante del presente atto, evidenziano un credito presunto, in favore dei Consorzi di Bonifica, quantificato nella misura massima di € 21.682.784,02;

— che è in corso di definizione lo stato di attuazione dei piani attuativi di forestazione nella parte affidata all'A.Fo.R., il cui accertamento è rimandato a successivo atto;

CONSIDERATO

— che il credito presunto, dei Consorzi di Bonifica, così come quantificato nella misura massima di € 21.682.784,02, è rilevante e pone gli stessi in condizioni di grave sofferenza finanziaria;

— che con Legge regionale n. 69 del 27/12/2012 art. 41 comma 2, al fine di garantire la copertura finanziaria delle spettanze della manodopera impegnata nei Piani attuativi di Forestazione relativi agli anni 2011 e 2012, è stata autorizzata nel bilancio pluriennale 2013-2015 la spesa complessiva di euro 69.440.860,23, di cui euro 30.000.000,00 nell'esercizio finanziario 2013, euro 20.000.000,00 nell'esercizio finanziario 2014 ed euro 19.440.860,23 nell'esercizio finanziario 2015;

— che per effetto dell'applicazione della L.R. n. 69/2012, il credito accertato in favore dei Consorzi per l'annualità 2011 è posto a carico degli stanziamenti previsti dall'art. 41 della su citata norma;

— che allo stato risultano iscritti nel bilancio regionale risorse, sotto forma di impegni residui, destinate a chiusure di annualità dei piani attuativi di forestazione comprese tra il 2006 ed il 2010, insufficienti a soddisfare l'intero fabbisogno per come accertato;

RITENUTO necessario, pertanto, prevedere nel bilancio regionale apposite risorse da destinare alla definizione dei rapporti finanziari con i Consorzi di Bonifica e l'A.Fo.R. per le attività previste nei Piani Attuativi di Forestazione per le annualità comprese tra l'anno 2001 ed il 2010 anche al fine di riequilibrare finanziariamente gli Enti Attuatori anche nello spirito del D.lgs. n. 35 del 08/04/2013;

SU PROPOSTA dell'assessore all'Agricoltura, Foreste e Forestazione, Dott. Michele TREMATERRA, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta della relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto;

DELIBERA

— di dare atto che la premessa costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

— di dare atto che la Commissione istituita con la D.G.R. 616/011 ha verificato lo stato di attuazione dei Piani Attuativi di forestazione dall'anno 2001 all'anno 2010, accertando per ogni Consorzio di Bonifica il limite massimo della spesa ammissibile a carico dell'attività prevista, scaturente dalle elaborazioni della spesa per mano d'opera elaborata dal CED regionale ai sensi della L.R. n. 16/1993 e quella per forniture previste dai Piani Attuativi, quantificata in complessivi € 21.682.784,02 per come dettagliato nell'allegato prospetto;

— di demandare al Dipartimento Agricoltura Foreste e Forestazione la quantificazione delle risorse occorrenti che, in aggiunta a quelle impegnate a titolo di residui già iscritte in bilancio, consentono la definizione dei rapporti finanziari con ogni singolo Ente;

— di autorizzare il Dipartimento al Bilancio e Patrimonio a prevedere nel bilancio regionale gli ulteriori stanziamenti, per come quantificati dal Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione, da destinare alla definizione dei rapporti finanziari con i Consorzi di Bonifica e dell'A.Fo.R. per le attività previste nei Piani Attuativi di Forestazione delle annualità comprese tra il 2001 ed il 2010 anche al fine di riequilibrare finanziariamente gli Enti Attuatori anche nello spirito del D.lgs. n. 35 del 08/04/2013;

— di dare atto che l'accertamento dello stato di attuazione dei piani attuativi di forestazione dell'A.Fo.R. è rimandato a successivo atto;

— di notificare la presente deliberazione al Dipartimento Bilancio e programmazione;

— di provvedere alla pubblicazione integrale del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011, n. 11, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento Proponente.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

(segue allegato)

Verifica crediti Consorzi di Bonifica attuazione Piani Attuativi di Forestazione anni 2001 - 2010

Ente	saldo	note
CONSORZIO DI BONIFICA DEL LAO	€ 4.584.003,21	
CONSORZIO DI BONIFICA BACINI MERIDIONALI COSENTINO	€ 133.617,76	
CONSORZIO DI BONIFICA BACINI SETTENTRIONALI COSENTINO	€ 1.691.422,80	
CONSORZIO DI BONIFICA BACINI JONIO COSENTINO	€ 921.553,03	
CONSORZIO DI BONIFICA JONIO CROTONESE	€ 549.362,20	
EX CONSORZI DI BONIFICA RAGRUPPATI DI CATANZARO	€ 248.751,73	di competenza dei C.B. Tirreno Catanzarese e Jonio Catanzarese
CONSORZIO DI BONIFICA TIRRENO CATANZARESE	€ 8.956,25	
CONSORZIO DI BONIFICA TIRRENO VIBONESE	€ 1.566.845,28	
CONSORZIO DI ALTO JONIO REGGINO	€ 2.379.294,02	
CONSORZIO DI BONIFICA TIRRENO REGGINO	€ 565.793,14	
CONSORZIO DI BONIFICA BASSO JONIO REGGINO	€ 3.279.889,96	
EX CONSORZIO DI BONIFICA CASELLO ZILLASTRO	€ 1.175.853,28	di competenza del C.B. Tirreno Reggio
EX CONSORZI DI BONIFICA RAGRUPPATI DI CATANZARO E CROTONE	€ 4.477.441,36	di competenza dei C.B. Tirreno Catanzarese, Jonio Catanzarese e Jonio Crotonese
	€ 21.682.784,02	

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
18 giugno 2013 n. 219

Avviso di selezione, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, per il conferimento n. 5 incarichi di Dirigenti Generali di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria, pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.5.2013: Nomina Dirigente Generale del Dipartimento "Politiche dell'Ambiente".

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO:

— che, ai sensi del comma 1 dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, "ai fini del conferimento di ciascun incarico di funzione dirigenziale si tiene conto, in relazione alla natura e alle caratteristiche degli obiettivi prefissati ed alla complessità della struttura interessata, delle attitudini e delle capacità professionali del singolo dirigente, dei risultati conseguiti in precedenza nell'amministrazione di appartenenza e della relativa valutazione, delle specifiche competenze organizzative possedute, nonché delle esperienze di direzione eventualmente maturate all'estero, presso il settore privato o presso altre amministrazioni pubbliche, purché attinenti al conferimento dell'incarico";

— che, ai sensi del successivo comma 1-bis dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, "L'amministrazione rende conoscibili, anche mediante pubblicazione di apposito avviso sul sito istituzionale, il numero e la tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica ed i criteri di scelta; acquisisce le disponibilità dei dirigenti interessati e le valuta";

— che, ai sensi del comma 5-bis dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, "gli incarichi di cui ai commi da 1 a 5 possono essere conferiti, da ciascuna amministrazione, entro il limite del 10 per cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla prima fascia dei ruoli di cui all'articolo 23 e del 5 per cento della dotazione organica di quelli appartenenti alla seconda fascia, anche a dirigenti non appartenenti ai ruoli di cui al medesimo articolo 23, purché dipendenti delle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, ovvero di organi costituzionali, previo collocamento fuori ruolo, comando o analogo provvedimento secondo i rispettivi ordinamenti";

— che, ai sensi del comma 6 dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, "gli incarichi di cui ai commi da 1 a 5 possono essere conferiti, da ciascuna amministrazione, entro il limite del 10 per cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla prima fascia dei ruoli di cui all'articolo 23 e dell'8 per cento della dotazione organica di quelli appartenenti alla seconda fascia, a tempo determinato ai soggetti indicati dal presente comma. La durata di tali incarichi, comunque, non può eccedere, per gli incarichi di funzione dirigenziale di cui ai commi 3 e 4, il termine di tre anni, e, per gli altri incarichi di funzione dirigenziale il termine di cinque anni. Tali incarichi sono conferiti, fornendone esplicita motivazione, a persone di particolare e comprovata qualificazione professionale, non rinvenibile nei ruoli dell'Amministrazione, che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati ovvero aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali, o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e postuniversitaria, da pubblicazioni scientifiche e da concrete esperienze di lavoro maturate per almeno un quinquennio, anche presso amministrazioni statali, ivi comprese quelle che conferiscono gli incarichi, in posizioni funzionali previste per l'accesso alla dirigenza, o che provengano dai settori della ricerca, della docenza universitaria, delle magistrature e dei ruoli degli avvocati e procuratori dello Stato. Il

trattamento economico può essere integrato da una indennità commisurata alla specifica qualificazione professionale, tenendo conto della temporaneità del rapporto e delle condizioni di mercato relative alle specifiche competenze professionali. Per il periodo di durata dell'incarico, i dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza assegni, con riconoscimento dell'anzianità di servizio”;

— che, ai sensi del comma 6-bis dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, “Fermo restando il contingente complessivo dei dirigenti di prima o seconda fascia il quoziente derivante dall'applicazione delle percentuali previste dai commi 4, 5-bis e 6, è arrotondato all'unità inferiore, se il primo decimale è inferiore a cinque, o all'unità superiore, se esso è uguale o superiore a cinque.”;

— che, ai sensi del comma 6-ter dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, “Il comma 6 ed il comma 6-bis si applicano alle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2”;

PRECISATO:

— che la Corte Costituzionale, con sentenza n. 324 del 12 novembre 2010, nel confermare la legittimità dell'art. 40, comma 1, lettera f), del decreto legislativo n. 150 del 2009, ha ribadito che i citati commi 6 e 6 bis, in quanto norme riconducibili alla materia dell'ordinamento civile di cui all'art. 117, secondo comma, lettera l), della Costituzione, sono norme imperative per tutte le Pubbliche Amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del D.Lgs. n. 165/2001;

— che, ai sensi del comma 1 dell'art. 27 del D.Lgs. n. 165/2001 che disciplina i “Criteri di adeguamento per le pubbliche amministrazioni non statali”, “Le regioni a statuto ordinario, nell'esercizio della propria potestà statutaria, legislativa e regolamentare, e le altre pubbliche amministrazioni, nell'esercizio della propria potestà statutaria e regolamentare, adeguano ai principi dell'articolo 4 e del presente capo (rectius, Capo II del Titolo II) i propri ordinamenti, tenendo conto delle relative peculiarità. Gli enti pubblici non economici nazionali si adeguano, anche in deroga alle speciali disposizioni di legge che li disciplinano, adottando appositi regolamenti di organizzazione”;

— che, pertanto, le previsioni di cui al comma 5-bis dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001 costituiscono norme di principio per l'amministrazione regionale e che, pertanto, ai fini del conferimento dei relativi incarichi le limitazioni percentuali ivi previste non sono vincolanti per le Regioni;

— che, pertanto, nell'ipotesi di conferimenti di incarichi dirigenziali da attuarsi ai sensi del precedente punto, si applica l'art. 10-bis della L.R. n. 18/2004, in base alla quale “... è consentito procedere a comandi e/o trasferimenti di personale proveniente da altri Enti Pubblici nel limite massimo del 3% delle dotazioni organiche del Consiglio e della Giunta regionale (...)”;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 99 del 29 marzo 2013, recante ad oggetto “Direttive generali per la disciplina delle modalità di conferimento, mutamento e revoca degli incarichi di funzione dirigenziale di livello generale e di livello non generale”;

PRESO ATTO:

— che la Giunta regionale nella seduta del 29 marzo 2013 “nel prendere atto delle scadenze contrattualmente previste, molte delle quali imminenti, per gli incarichi dei Dirigenti Generali dei Dipartimenti della Giunta regionale, onde evitare che si possano creare pregiudizievoli condizioni di vacatio,” ha rite-

nuto “opportuno attivare le procedure di legge per la tempestiva individuazione dei Dirigenti, al fine di garantire la continuità amministrativa dei Dipartimenti”;

— che, pertanto, la Giunta regionale, ha deciso “di procedere alla tempestiva attivazione delle procedure di legge demandando al Dipartimento “Organizzazione e Personale” la pubblicazione, ai sensi del comma 1 bis dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, di appositi avvisi rivolti ai Dirigenti di ruolo della Giunta Regionale, ai Dirigenti non appartenenti al ruolo della Giunta regionale, dipendenti delle Amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del medesimo decreto legislativo, ovvero di organi costituzionali e a soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 comma 6 del D.Lgs. 165/2001”;

— che il verbale della seduta di Giunta del 29 marzo 2013 è stato trasmesso, per estratto, con nota prot. n. 120368 del 9 aprile 2013, al Dipartimento “Organizzazione e Personale” per il seguito di competenza;

DATO ATTO:

— che, in adempimento di quanto previsto dall'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001 ed in attuazione delle determinazioni assunte dalla Giunta regionale nella seduta del 29 marzo 2013, in data 13 maggio 2013 è stato pubblicato sul sito web istituzionale della Regione Calabria un avviso di selezione per il conferimento di n. 5 incarichi di Dirigenti Generali di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria;

— che il competente Dipartimento “Organizzazione e Personale”, acquisite le candidature validamente pervenute nei termini e alle condizioni previste dall'Avviso pubblicato in data 13.5.2013 sul sito web istituzionale della Regione Calabria, ha predisposto, per l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento “Politiche dell'Ambiente”, un prospetto riepilogativo delle candidature ammissibili, suddivise nelle tre tipologie rispettivamente previste al paragrafo 2.1 dell'Avviso, sub lettere A), B) e C);

— che, altresì, il Dipartimento “Organizzazione e Personale”, ai sensi del paragrafo 5.2 delle direttive adottate dalla Giunta regionale con DGR n. 99/2013, con nota prot. n. 197232 dell'11.6.2013, recante ad oggetto “Procedura per il conferimento di n. 5 incarichi di Dirigente Generale di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria - Avviso pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.5.2013 - Richiesta parere”, invitava i Dirigenti Generali dei Dipartimenti presso cui i candidati, già dipendenti di ruolo, si trovavano in servizio ad esprimere “un parere in ordine al conferimento degli incarichi oggetto di avviso ai dirigenti attualmente assegnati alla struttura di rispettiva competenza, comunicandolo, stesso mezzo, entro il termine perentorio di cinque giorni dal ricevimento della presente, allo scrivente Dipartimento, per la trasmissione degli atti consequenziali, da sottoporre alla Giunta Regionale per l'eventuale successivo conferimento degli incarichi.” con espresso avviso “che il parere, deve essere reso obbligatoriamente nel termine perentorio di cui sopra ma non è vincolante per la Giunta regionale”;

— che la soprarichiamata richiesta di parere veniva riscontrata, in riferimento ai Dirigenti candidatisi per il conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento “Politiche dell'Ambiente”, dal Dirigente Generale del Dipartimento “Cultura” (con nota prot. n. 199276 del 13.6.2013), dal Dirigente Generale del Dipartimento “Tutela della Salute” (con nota prot. n. 200344 del 13.6.2013) e dal Dirigente Generale del Dipartimento “Lavori Pubblici” (con nota prot. n. 198838 del 12.6.2013);

— che, con nota prot. n. 200518 del 13.6.2013, recante ad oggetto “Procedura per il conferimento di n. 5 incarichi di Diri-

gente Generale di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria - Avviso pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.5.2013 - Richiesta parere in ordine al conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Politiche dell'Ambiente", gli esiti della suesposta istruttoria sono stati trasmessi al Presidente della Giunta regionale, titolare, ai sensi del paragrafo 5.3 delle direttive adottate dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 99/2013, nei procedimenti di conferimento degli incarichi dirigenziali apicali, del potere d'individuazione e, per conoscenza all'Assessore al Personale;

— che, in particolare, con la sopracitata nota è stato chiesto al Presidente di esprimere, attraverso l'esame dei curricula vitae e tenendo conto degli elementi di valutazione di cui all'art. 19, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001, nonché degli ulteriori criteri previsti dalle direttive adottate dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 99/2013, un parere sulle candidature e l'eventuale individuazione del candidato a cui conferire l'incarico;

— che, in riscontro alla sopracitata richiesta, il Presidente ha trasmesso al Dipartimento "Organizzazione e Personale", ai sensi del paragrafo 5.4, lett. e) delle direttive di cui alla DGR n. 99/2013 e per le finalità ivi previste, il parere (con nota prot n. 203855 del 17.6.2013) con il quale, sulla base delle valutazioni ivi rassegnate, a cui si rinvia per relationem, ha individuato il candidato a cui conferire l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Politiche dell'Ambiente" e segnatamente ha "Ritenuto (...) che l'Ing. Bruno Gualtieri risulta essere in possesso di quelle specifiche esperienze professionali e culturali, tali da qualificarlo figura maggiormente idonea a svolgere l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Politiche dell'Ambiente";

VERIFICATO, ai sensi del paragrafo 5.8 delle direttive di cui alla D.G.R. n. 99/2013, che allo stato sussistono le condizioni per conferire l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Politiche dell'Ambiente" ai sensi dell'art. 19, comma 6, del D.Lgs. n. 165/2001 nel rispetto, quindi, della percentuale prevista dalle disposizioni normative vigenti;

VISTA la vigente Struttura della Giunta Regionale, approvata con deliberazione di Giunta n. 258 del 14 maggio 2007, così come modificata ed integrata dalle deliberazioni di Giunta n. 439 del 7.06.2010, n. 521 del 12.07.2010, n. 680 del 19.10.2010, n. 694, n. 693 del 29.10.2010, n. 308 del 12 luglio 2011, n. 378 dell'11 agosto 2011, n. 4 del 3.1.2012, n. 314 del 28.06.2012 e n. 568 del 13 dicembre 2012;

VISTO, altresì:

— il D.Lgs. n. 165/2001;

— la Legge regionale 13 maggio 1996, n. 7 e s.m.i che disciplina l'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta regionale e, in particolare, l'articolazione della dirigenza regionale;

— la Legge Regionale 7 agosto 2002, n. 31;

— la Legge regionale 11 agosto 2004, n. 18;

Su proposta dell'assessore al Personale Domenico Tallini, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta della relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto;

DELIBERA

1. DI PRENDERE ATTO del parere reso dal Presidente della Giunta Regionale con nota prot. n. 203855 del 17.6.2013 che, allegato, sotto la lettera A), al presente provvedimento ne

costituisce parte integrante e sostanziale e, per l'effetto, per le motivazioni ivi rassegnate, nominare, ai sensi del comma 6 dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, a conclusione della procedura avviata, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, con avviso del 13.5.2013, ing. Bruno Gualtieri Dirigente Generale del Dipartimento "Politiche dell'Ambiente";

2. DI STABILIRE che l'incarico decorre dalla data di stipula del contratto individuale di lavoro, previo adempimento degli obblighi di comunicazione preventiva previsti dall'art. 1, comma 1180 della legge 296 del 2006 (Finanziaria 2007) e avrà la durata di anni tre salvo cessazione anticipata nelle ipotesi previste dalla normativa vigente;

3. DI DEMANDARE al Dipartimento "Organizzazione e Personale" l'adozione dei consequenziali provvedimenti gestionali di competenza;

4. DI NOTIFICARE il presente provvedimento, a cura del Dipartimento proponente, a: Ing. Bruno Gualtieri, Via Pasquale Andiloro n. 5 - 89128 Reggio Calabria;

5. DI PROVVEDERE alla pubblicazione integrale del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento proponente ai sensi della legge regionale 04.09.2001, n. 19, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento proponente;

6. DI DISPORRE la pubblicazione della presente deliberazione sul sito web istituzionale dell'Amministrazione nella sezione "Novità" del portale tematico del Dipartimento "Organizzazione e Personale" al link www.regione.calabria/personale/.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 18 giugno 2013 n. 220

Avviso di selezione, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, per il conferimento n. 5 incarichi di Dirigenti Generali di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria, pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.5.2013: Nomina Dirigente Generale del Dipartimento "Lavoro, Politiche della Famiglia, Formazione Professionale, Cooperazione e Volontariato".

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO:

— che, ai sensi del comma 1 dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, "ai fini del conferimento di ciascun incarico di funzione dirigenziale si tiene conto, in relazione alla natura e alle caratteristiche degli obiettivi prefissati ed alla complessità della struttura interessata, delle attitudini e delle capacità professionali del singolo dirigente, dei risultati conseguiti in precedenza nell'amministrazione di appartenenza e della relativa valutazione, delle specifiche competenze organizzative possedute, nonché delle esperienze di direzione eventualmente maturate all'estero, presso il settore privato o presso altre amministrazioni pubbliche, purché attinenti al conferimento dell'incarico";

— che, ai sensi del successivo comma 1-bis dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, "L'amministrazione rende conoscibili, anche mediante pubblicazione di apposito avviso sul sito istituzionale, il numero e la tipologia dei posti di funzione che si ren-

dono disponibili nella dotazione organica ed i criteri di scelta; acquisisce le disponibilità dei dirigenti interessati e le valuta”;

— che, ai sensi del comma 5-bis dell’art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, “gli incarichi di cui ai commi da 1 a 5 possono essere conferiti, da ciascuna amministrazione, entro il limite del 10 per cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla prima fascia dei ruoli di cui all’articolo 23 e del 5 per cento della dotazione organica di quelli appartenenti alla seconda fascia, anche a dirigenti non appartenenti ai ruoli di cui al medesimo articolo 23, purché dipendenti delle amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2, ovvero di organi costituzionali, previo collocamento fuori ruolo, comando, o analogo provvedimento secondo i rispettivi ordinamenti”;

— che, ai sensi del comma 6 dell’art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, “gli incarichi di cui ai commi da 1 a 5 possono essere conferiti, da ciascuna amministrazione, entro il limite del 10 per cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla prima fascia dei ruoli di cui all’articolo 23 e dell’8 per cento della dotazione organica di quelli appartenenti alla seconda fascia, a tempo determinato ai soggetti indicati dal presente comma. La durata di tali incarichi, comunque, non può eccedere, per gli incarichi di funzione dirigenziale di cui ai commi 3 e 4, il termine di tre anni, e, per gli altri incarichi di funzione dirigenziale il termine di cinque anni. Tali incarichi sono conferiti, fornendone esplicita motivazione, a persone di particolare e comprovata qualificazione professionale, non rinvenibile nei ruoli dell’Amministrazione, che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati ovvero aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali, o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e postuniversitaria, da pubblicazioni scientifiche e da concrete esperienze di lavoro maturate per almeno un quinquennio, anche presso amministrazioni statali, ivi comprese quelle che conferiscono gli incarichi, in posizioni funzionali previste per l’accesso alla dirigenza, o che provengano dai settori della ricerca, della docenza universitaria, delle magistrature e dei ruoli degli avvocati e procuratori dello Stato. Il trattamento economico può essere integrato da una indennità commisurata alla specifica qualificazione professionale, tenendo conto della temporaneità del rapporto e delle condizioni di mercato relative alle specifiche competenze professionali. Per il periodo di durata dell’incarico, i dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza assegni, con riconoscimento dell’anzianità di servizio”;

— che, ai sensi del comma 6-bis dell’art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, “Fermo restando il contingente complessivo dei dirigenti di prima o seconda fascia il quoziente derivante dall’applicazione delle percentuali previste dai commi 4, 5-bis e 6, è arrotondato all’unità inferiore, se il primo decimale è inferiore a cinque, o all’unità superiore, se esso è uguale o superiore a cinque”;

— che, ai sensi del comma 6-ter dell’art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, “Il comma 6 ed il comma 6-bis si applicano alle amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2”;

PRECISATO:

— che la Corte Costituzionale, con sentenza n. 324 del 12 novembre 2010, nel confermare la legittimità dell’art. 40, comma 1, lettera f), del decreto legislativo n. 150 del 2009, ha ribadito che i citati commi 6 e 6 bis, in quanto norme riconducibili alla materia dell’ordinamento civile di cui all’art. 117, secondo comma, lettera l), della Costituzione, sono norme imperative per tutte le Pubbliche Amministrazioni di cui all’articolo 1, comma 2 del D.Lgs. n. 165/2001;

— che, ai sensi del comma 1 dell’art. 27 del D.Lgs. n. 165/2001 che disciplina i “Criteri di adeguamento per le pubbliche amministrazioni non statali”, “Le regioni a statuto ordinario, nell’esercizio della propria potestà statutaria, legislativa e regolamentare, e le altre pubbliche amministrazioni, nell’esercizio della propria potestà statutaria e regolamentare, adeguano ai principi dell’articolo 4 e del presente capo (rectius, Capo II del Titolo II) i propri ordinamenti, tenendo conto delle relative peculiarità. Gli enti pubblici non economici nazionali si adeguano, anche in deroga alle speciali disposizioni di legge che li disciplinano, adottando appositi regolamenti di organizzazione”;

— che, pertanto, le previsioni di cui al comma 5-bis dell’art. 19 del D.Lgs. 165/2001 costituiscono norme di principio per l’amministrazione regionale e che, pertanto, ai fini del conferimento dei relativi incarichi le limitazioni percentuali ivi previste non sono vincolanti per le Regioni;

— che, pertanto, nell’ipotesi di conferimenti di incarichi dirigenziali da attuarsi ai sensi del precedente punto, si applica l’art 10-bis della L.R. n. 18/2004, in base alla quale “... è consentito procedere a comandi e/o trasferimenti di personale proveniente da altri Enti Pubblici nel limite massimo del 3% delle dotazioni organiche del Consiglio e della Giunta regionale (...)”;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 99 del 29 marzo 2013, recante ad oggetto “Direttive generali per la disciplina delle modalità di conferimento, mutamento e revoca degli incarichi di funzione dirigenziale di livello generale e di livello non generale”;

PRESO ATTO:

— che la Giunta regionale nella seduta del 29 marzo 2013 “nel prendere atto delle scadenze contrattualmente previste, molte delle quali imminenti, per gli incarichi dei Dirigenti Generali del Dipartimento della Giunta regionale, onde evitare che si possano creare pregiudizievoli condizioni di vacatio,” ha ritenuto “opportuno attivare le procedure di legge per la tempestiva individuazione dei Dirigenti, al fine di garantire la continuità amministrativa dei Dipartimenti”;

— che, pertanto, la Giunta regionale, ha deciso “di procedere alla tempestiva attivazione delle procedure di legge demandando al Dipartimento “Organizzazione e Personale” la pubblicazione, ai sensi del comma 1 bis dell’art. 19 del D.Lgs. 165/2001, di appositi avvisi rivolti ai Dirigenti di ruolo della Giunta Regionale, ai Dirigenti non appartenenti al ruolo della Giunta regionale, dipendenti delle Amministrazioni di cui all’art. 1, comma 2, del medesimo decreto legislativo, ovvero di organi costituzionali e a soggetti in possesso dei requisiti di cui all’art. 19 comma 6 del D.Lgs. 165/2001”;

— che il verbale della seduta di Giunta del 29 marzo 2013 è stato trasmesso, per estratto, con nota prot. n. 120368 del 9 aprile 2013, al Dipartimento “Organizzazione e Personale” per il seguito di competenza;

DATO ATTO:

— che, in adempimento di quanto previsto dall’art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001 ed in attuazione delle determinazioni assunte dalla Giunta regionale nella seduta del 29 marzo 2013, in data 13 maggio 2013 è stato pubblicato sul sito web istituzionale della Regione Calabria un avviso di selezione per il conferimento di n. 5 incarichi di Dirigenti Generali di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria;

— che il competente Dipartimento “Organizzazione e Personale”, acquisite le candidature validamente pervenute nei ter-

mini e alle condizioni previste dall'Avviso pubblicato in data 13.5.2013 sul sito web istituzionale della Regione Calabria, ha predisposto, per l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Lavoro, Politiche della Famiglia, Formazione Professionale, Cooperazione e Volontariato", un prospetto riepilogativo delle candidature ammissibili, suddivise nelle tre tipologie rispettivamente previste al paragrafo 2.1 dell'Avviso, sub lettere A), B) e C);

— che, altresì, il Dipartimento "Organizzazione e Personale", ai sensi del paragrafo 5.2 delle direttive adottate dalla Giunta regionale con DGR n. 99/2013, con nota prot. n. 197232 dell'11.6.2013, recante ad oggetto "Procedura per il conferimento di n. 5 incarichi di Dirigente Generale di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria - Avviso pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.5.2013 - Richiesta parere", invitava i Dirigenti Generali dei Dipartimenti presso cui i candidati, già dipendenti di ruolo, si trovavano in servizio ad esprimere "un parere in ordine al conferimento degli incarichi oggetto di avviso ai dirigenti attualmente assegnati alla struttura di rispettiva competenza, comunicandolo, stesso mezzo, entro il termine perentorio di cinque giorni dal ricevimento della presente, allo scrivente Dipartimento, per la trasmissione degli atti consequenziali, da sottoporre alla Giunta Regionale per l'eventuale successivo conferimento degli incarichi." con espresso avviso "che il parere, deve essere reso obbligatoriamente nel termine perentorio di cui sopra ma non è vincolante per la Giunta regionale";

— che la soprarichiamata richiesta di parere veniva riscontrata, in riferimento ai Dirigenti candidatisi per il conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Lavoro, Politiche della Famiglia, Formazione Professionale, Cooperazione e Volontariato", dal Direttore Generale della Stazione Unica Appaltante (con nota prot. n. 200704 del 14.6.2013), dal Dirigente Generale del Dipartimento "Controlli" (con note prot. nn. 198691 e 198667 del 12.6.2013), dal Dirigente Generale dell'Avvocatura Regionale (con nota prot. n. 198919 del 12.6.2013), dal Dirigente Generale del Dipartimento "Lavori Pubblici" (con nota prot. n. 198838 del 12.6.2013), dal Dirigente Generale del Dipartimento "Lavoro" (con nota prot. n. 198269 del 12.6.2013), dal Dirigente Generale del Dipartimento "Tutela della Salute" (con nota prot. n. 200344 del 13.6.2013) e dal Dirigente Generale Reggente del Dipartimento "Turismo" (con nota prot. n. 198874 del 12.6.2013);

— che, con nota prot. n. 200523 del 13.6.2013, recante ad oggetto "Procedura per il conferimento di n. 5 incarichi di Dirigente Generale di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria - Avviso pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.5.2013 - Richiesta parere in ordine al conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Lavoro, Politiche della Famiglia, Formazione Professionale, Cooperazione e Volontariato", gli esiti della suesposta istruttoria sono stati trasmessi al Presidente della Giunta regionale, titolare, ai sensi del paragrafo 5.3 delle direttive adottate dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 99/2013, nei procedimenti di conferimento degli incarichi dirigenziali apicali, del potere d'individuazione e, per conoscenza all'Assessore al Personale;

— che, in particolare, con la sopracitata nota è stato chiesto al Presidente di esprimere, attraverso l'esame dei curricula vitae e tenendo conto degli elementi di valutazione di cui all'art. 19, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001, nonché degli ulteriori criteri previsti dalle direttive adottate dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 99/2013, un parere sulle candidature e l'eventuale individuazione del candidato a cui conferire l'incarico;

— che, in riscontro alla sopracitata richiesta, il Presidente ha trasmesso al Dipartimento "Organizzazione e Personale", ai sensi del paragrafo 5.4, lett. e) delle direttive di cui alla DGR n.

99/2013 e per le finalità ivi previste, il parere (con nota prot. n. 203857 del 17.6.2013) con il quale, sulla base delle valutazioni ivi rassegnate, a cui si rinvia per relationem, ha individuato il candidato a cui conferire l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Lavoro, Politiche della Famiglia, Formazione Professionale, Cooperazione e Volontariato" e segnatamente ha "Ritenuto (...) che l'Avv. Bruno Calvetta risulta essere in possesso di quelle specifiche esperienze professionali e culturali, tali da qualificarlo figura maggiormente idonea a svolgere l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Lavoro, Politiche della Famiglia, Formazione Professionale, Cooperazione e Volontariato", specie in questo particolare periodo, caratterizzato dall'obbligo di rispetto di rigorosi limiti normativi e finanziari";

CONSIDERATO:

— che l'Avv. Bruno Calvetta, candidato individuato dal Presidente per il conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Lavoro, Politiche della Famiglia, Formazione Professionale, Cooperazione e Volontariato", è Dirigente dipendente, ai sensi del comma 5-bis dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, di una delle Amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del medesimo D.Lgs. n. 165/2001;

— che sussistono le condizioni di cui all'art. 10-bis della L.R. n. 18/2004, per il conferimento ai sensi dell'art. 19, comma 5 bis, del D.Lgs. n. 165/2001 dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento "Lavoro, Politiche della Famiglia, Formazione Professionale, Cooperazione e Volontariato";

Vista la vigente Struttura della Giunta Regionale, approvata con deliberazione di Giunta n. 258 del 14 maggio 2007, così come modificata ed integrata dalle deliberazioni di Giunta n. 439 del 7.06.2010, n. 521 del 12.07.2010, n. 680 del 19.10.2010, n. 694, n. 693 del 29.10.2010, n. 308 del 12 luglio 2011, n. 378 dell'11 agosto 2011, n. 4 del 3.1.2012, n. 314 del 28.06.2012 e n. 568 del 13 dicembre 2012;

VISTO, altresì:

— il D.Lgs. n. 165/2001;

— la Legge regionale 13 maggio 1996, n. 7 e s.m.i che disciplina l'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta regionale e, in particolare, l'articolazione della dirigenza regionale;

— la Legge Regionale 7 agosto 2002, n. 31;

— la Legge regionale 11 agosto 2004, n. 18;

Su proposta dell'assessore al Personale Domenico Tallini, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta della relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto;

DELIBERA

1. DI PRENDERE ATTO del parere reso dal Presidente della Giunta Regionale con nota prot. n. 203857 del 17.6.2013, che, allegato, sotto la lettera A), al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale e, per l'effetto, per le motivazioni ivi rassegnate, nominare, ai sensi del comma 5 bis dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, a conclusione della procedura avviata, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, con avviso del 13.5.2013, l'Avv. Bruno Calvetta Dirigente Generale del Dipartimento "Lavoro, Politiche della Famiglia, Formazione Professionale, Cooperazione e Volontariato";

2. DI STABILIRE che l'incarico decorre dalla data di stipula del contratto individuale di lavoro, previo adempimento degli obblighi di comunicazione preventiva previsti dall'art. 1, comma 1180 della legge 296 del 2006 (Finanziaria 2007) e avrà la durata di anni tre salvo cessazione anticipata nelle ipotesi previste dalla normativa vigente;

3. DI DEMANDARE al Dipartimento "Organizzazione e Personale" l'adozione dei consequenziali provvedimenti gestionali di competenza;

4. DI NOTIFICARE il presente provvedimento, a cura del Dipartimento proponente, a:

— Avv. Bruno Calvetta, Via Olivarella n. 35 - 89900 Vibo Valentia;

5. DI PROVVEDERE alla pubblicazione integrale del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento proponente ai sensi della legge regionale 04.09.2001, n. 19, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento proponente;

6. DI DISPORRE la pubblicazione della presente deliberazione sul sito web istituzionale dell'Amministrazione nella sezione "Novità" del portale tematico del Dipartimento "Organizzazione e Personale" al link www.regione.calabria/personale/.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
18 giugno 2013 n. 223

POR Calabria FESR 2007-2013 Asse IV - Ob. Operativo 4.3.1 - Approvazione del documento Progetto Integrato di Sviluppo Regionale (PISR) "Legalità e sicurezza in Calabria".

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

— il Regolamento (CE) n. 1080/2006 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 5 luglio 2006 relativo al Fondo Europeo di Sviluppo Regionale e recante abrogazione del Regolamento (CE) n. 1783/1999;

— il Regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio dell'11 luglio 2006 recante disposizioni generali sul Fondo Europeo di Sviluppo Regionale, sul Fondo Sociale Europeo e sul Fondo di Coesione e che abroga il Regolamento (CE) n. 1260/1999;

— il Regolamento (CE) n. 1828/2006 della Commissione dell'8 dicembre 2006, che stabilisce modalità di applicazione del Regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio recante disposizioni generali sul Fondo Europeo di Sviluppo regionale, sul Fondo Sociale Europeo e sul Fondo di Coesione e del Regolamento (CE) n. 1080/2006 del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo al Fondo Europeo di Sviluppo Regionale e detta le regole sulla gestione delle operazioni e gli obblighi di informazione e comunicazione, sulle possibilità di finanziamento offerte congiuntamente dalla Comunità e dagli Stati Membri attraverso il Programma Operativo;

— il Regolamento (CE) n. 284/2009 del Consiglio del 7 aprile 2009 che modifica il regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio recante disposizioni generali sul Fondo Europeo di

Sviluppo Regionale, sul Fondo Sociale Europeo e sul Fondo di Coesione, per quanto riguarda alcune disposizioni relative alla gestione finanziaria;

— il Regolamento (CE) n. 1341/2008 del Consiglio del 18 dicembre 2008 che modifica il Regolamento (CE) n. 1083/2006 per quanto riguarda alcuni progetti generatori di entrate;

— il Regolamento (CE) n. 1998/2006 della Commissione del 15 dicembre 2006 relativo all'applicazione degli articoli 87 e 88 del Trattato agli aiuti d'importanza minore ("de minimis"), (GUUE serie L n. 379 del 28.12.2006);

— il Regolamento (CE) n. 800/2008 della Commissione del 6 agosto 2008 che dichiara alcune categorie di aiuti compatibili con il mercato comune in applicazione degli articoli 87 e 88 del Trattato (regolamento generale di esenzione per categoria), (G.U. L 214 del 9.8.2008);

— la Decisione della Commissione Europea n. C (2007) 6322 del 07.12.07 che approva il Programma Operativo Regionale Calabria FESR 2007/2013;

— la Deliberazione della Giunta Regionale n. 881 del 24 dicembre 2007 che prende atto del Programma Operativo Regionale Calabria FESR 2007/2013 approvato dalla Commissione Europea con Decisione n. C(2007) 6322 del 07.12.07;

— la Deliberazione del Consiglio Regionale della Calabria n. 255 del 31 marzo 2008 che approva il Programma Operativo Regionale Calabria FESR 2007/2013, di cui alla Decisione della Commissione Europea n. C (2007) 6322 del 07.12.07;

— il Quadro Strategico Nazionale 2007/2013 approvato dalla Commissione Europea con decisione C (2007) 3329 del 13 luglio 2007;

— il POR Calabria FESR 2007-2013 ed in particolare il paragrafo 4.4.3 "Sicurezza e legalità";

— il D.P.R. 3.10.2008, n. 196 Regolamento di esecuzione del Regolamento (CE) n. 1083/2006, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 294 del 17.12.2008;

— la Legge n. 109 del 15.3.1996 sul riutilizzo sociale dei beni confiscati alla criminalità organizzata;

— il D.Lgs. n. 165/2001 Norme generali sull'andamento del lavoro alle dipendenze della Pubblica Amministrazione;

— la Legge Regionale n. 3 del 25.2.2005 Piano degli interventi su immobili confiscati alla criminalità organizzata;

— la Legge Regionale n. 5 del 10.1.2007 Promozione del sistema integrato di sicurezza;

— la Legge Regionale n. 7 del 13.05.1996 e s.m.i. recante disposizioni in materia di Norme sull'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta Regionale e sulla Dirigenza Regionale;

— la Legge Regionale n. 8 del 4.2.2002 recante Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione Calabria;

— la Legge Regionale n. 31 del 7.8.2002 recante Misure organizzative di razionalizzazione e di contenimento della spesa per il personale;

— la Legge Regionale n. 34 del 12.08.2002, che provvede al "Riordino delle funzioni amministrative regionali e locali";

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 221 del 19.03.2008 e ss.mm.ii. di presa d'atto del Piano Finanziario del POR Calabria FESR 2007/2013 articolato per Assi Prioritari, Settori e Linee di intervento, approvato con L.R. n. 17 del 13.06.2008;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 515 del 28.7.2008 avente ad oggetto Pareri di conformità alla normativa Comunitaria e di coerenza programmatica con i contenuti del Programma Operativo;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 654 del 16.09.2008 avente ad oggetto: Definizione e Organigramma delle Strutture Amministrative della Giunta Regionale responsabili dell'attuazione degli Assi Prioritari, dei Settori e delle Linee di Intervento del POR Calabria FESR 2007/2013;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 95 del 23.02.2009 recante Presa d'atto dei criteri di selezione del POR Calabria FESR 2007/2013, approvati dal Comitato di Sorveglianza ai sensi dell'art. 65, lett. a) del Regolamento (CE) n. 1083/2006 trasmissione alla competente commissione consiliare, per l'esercizio delle competenze ad essa attribuite ex art. 11 della L.R. n. 3/2007;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 335 del 09.06.2009 avente ad oggetto Rettifica della D.G.R. n. 654 del 16.09.2008: Definizione e organigramma delle strutture amministrative della Giunta Regionale, responsabili dell'attuazione degli Assi prioritari, dei Settori e delle Linee di intervento del POR Calabria FESR 2007/2013, approvato con Decisione della Commissione europea CE (2007) 6322 del 07.12.07, successivamente modificata con D.G.R. n. 24 del 28.01.2010;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 459 del 24.07.2009 che approva il documento recante descrizione dei Sistemi di Gestione e Controllo ai sensi dell'art. 71, paragrafo 1, del Regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio dell'11 luglio 2006 recante disposizioni generali sul Fondo Europeo di Sviluppo Regionale, sul Fondo Sociale Europeo e sul Fondo di Coesione;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 38 del 5.2.2009 con la quale è stato approvato il Regolamento recante Modalità di selezione degli esperti individuali per le attività di assistenza tecnica del POR Calabria FESR, del POR Calabria FSE e del PAR FAS 2007-2013;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 158 del 31.3.2009 con la quale sono state apportate modifiche ed integrazioni al richiamato Regolamento;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 629 del 21.9.2009 avente ad oggetto Approvazione del documento di attuazione dell'Asse IX Assistenza tecnica e Cooperazione interregionale del POR Calabria FESR 2007-2013 - Piano di azione dell'assistenza tecnica. Rimodulazione del piano finanziario dell'Asse IX del POR Calabria FESR 2007-2013;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 8 del 13.01.2010 avente ad oggetto Presa d'atto della Descrizione dei Sistemi di Gestione e Controllo del POR FESR 2007/2013 e relativi allegati, in seguito all'accettazione da parte della Commissione Europea;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 226 del 15.3.2010 con la quale è stata approvata una rimodulazione delle risorse di alcune linee di intervento del POR Calabria FESR 2007-2013 e aumentata la dotazione finanziaria della Linea di intervento 4.3.1.2 di euro 8.051.653,46;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 48 del 10.2.2012, che ha ulteriormente rimodulato la dotazione finanziaria delle Linee di intervento 4.3.1.1. - 4.3.1.2. - 4.3.1.3 - Obiettivo operativo 4.3.1 Sicurezza e legalità - Asse IV POR Calabria FESR 2007-2013;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 491 del 12.11.2012 avente ad oggetto Adozione della proposta di riprogrammazione del POR Calabria FESR 2007-2013 e autorizzazione all'Autorità di Gestione a sottoporla ai membri del Comitato di Sorveglianza e a notificarla alla Commissione Europea con la quale veniva decurtata la somma pari ad euro 15.000.000,00 dalla dotazione finanziaria della citata Linea di intervento 4.3.1.2;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 405 del 28.9.2012, avente ad oggetto Presa d'atto del parere favorevole n. 45/9 sulle Direttive di attuazione dell'Asse IV - POR Calabria FESR Qualità della vita ed inclusione sociale - L.I. 4.3.1.3 Azioni di sostegno alle imprese per migliorare le condizioni di sicurezza;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 316 del 5.7.2012 avente ad oggetto Approvazione ai sensi dell'art. 1 della L.R. n. 40/2008, delle Direttive di attuazione dell'Asse IV POR Calabria FESR 2007-2013 - Qualità della vita ed inclusione sociale - L.I. 4.3.1.3 Azioni di sostegno alle imprese per migliorare le condizioni di sicurezza;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 239 del 5.4.2008 avente ad oggetto L.R. n. 3/2005 - L.R. n. 5/2007 - Approvazione del Protocollo di intesa per la destinazione e l'utilizzo dei beni immobili confiscati alla criminalità organizzata nella Regione Calabria;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 781 del 27.11.2009 con la quale è stato approvato il Documento di Attuazione dei Contratti locali di sicurezza;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 183 del 20.4.2009 avente ad oggetto Programmazione regionale unitaria 2007-2013 - Progetto Integrato di sviluppo regionale di valenza strategica Legalità e Sicurezza in Calabria - Istituzione del Tavolo di Partenariato Regionale, definizione del quadro delle risorse finanziarie e delle azioni per l'avvio del progetto;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 160 del 27.2.2010 avente ad oggetto Programmazione regionale unitaria 2007-2013 - Progetto Integrato di sviluppo Regionale Beni confiscati alla criminalità organizzata;

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 770 dell'11.11.2006 avente ad oggetto Ordinamento generale delle strutture organizzative della Giunta Regionale (art. 7 L.R. n.31/2002);

— la deliberazione della Giunta Regionale n. 521 del 12.07.2010, recante modifiche ed integrazioni della struttura organizzativa della Giunta Regionale;

— il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 201 del 29.7.2009 avente ad oggetto Progetto Integrato di Sviluppo Regionale di valenza strategica Legalità e Sicurezza in Calabria - Istituzione del Tavolo di Partenariato Regionale con il quale è stata definita la composizione del suddetto tavolo;

— il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 136 del 5.8.2011 avente ad oggetto Tavolo di Partenariato Regionale del PISR Legalità e Sicurezza in Calabria con il quale la compo-

sizione del predetto tavolo è stata integrata con i Prefetti delle Province calabresi e con il Garante per l'infanzia e l'adolescenza;

— il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 354 del 24.06.1999 recante Separazione dell'attività amministrativa di indirizzo e di controllo da quella di gestione, per come modificato ed integrato con D.P.G.R. n. 206 del 15.12.2000;

— il Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 98 del 03/05/2010 con il quale si è conferito l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Presidenza;

PREMESSO che:

— il POR Calabria FESR 2007-2013, intende sostenere e rafforzare i processi di cooperazione istituzionale e di partenariato tra gli attori dello sviluppo locale rilanciando la collaborazione attiva tra il partenariato socio-economico e quello istituzionale attraverso la previsione di un percorso strategico per la programmazione territoriale e la progettazione integrata;

— il paragrafo 5.4.7.2 del POR Calabria FESR 2007-2013 descrive a mero titolo indicativo, il suddetto percorso e le fasi di attuazione prevedendo la costituzione di specifici organismi partenariati e tecnici;

— i Progetti Integrati di Sviluppo Regionali e Locali sono costituiti da operazioni distinte, strettamente integrate, complementari e sinergiche, afferenti ad una o più Linee di Intervento del Programma Operativo Regionale FESR 2007-2013 che concorrono al raggiungimento di un obiettivo strategico comune;

— il POR Calabria FESR 2007-2013, (paragrafo 3.2.1.2) in materia di Priorità Strategiche Orizzontali, elenca tra i possibili Progetti Integrati di Sviluppo Regionale sui quali concentrare le risorse, quello sul tema "Legalità e Sicurezza in Calabria";

— il documento che attiene la Descrizione dei Sistemi di Gestione e Controllo del POR Calabria FESR 2007-2013 (ed. "Manuale Si.Ge.Co.") prevede le modalità di selezione delle operazioni attraverso procedure concertative e negoziali per la realizzazione di Progetti Integrati di Sviluppo (Locali o Regionali) reputate necessarie per un'ampia gamma di tematiche, tra le quali espressamente quella relativa alla "Legalità e Sicurezza in Calabria";

— nell'ambito delle procedure di che trattasi, il richiamato documento prevede espressamente che qualora i beneficiari delle operazioni da realizzare nell'ambito dei Progetti Integrati di Sviluppo Regionale e Locale di valenza strategica siano soggetti pubblici, essi sono finanziabili direttamente, senza la necessità di espletare procedure ad evidenza pubblica;

— il ricorso a procedure concertative e negoziali ammesse per la realizzazione dei Progetti Integrati di Sviluppo Regionali e Locali garantisce il più ampio coinvolgimento degli stakeholders interessati, sia pubblici che privati, nel processo decisionale in vista del perseguimento dell'interesse pubblico, favorendo nel contempo, risposte adeguate ai bisogni collettivi;

— detta procedura è, altresì, in linea con gli indirizzi metodologici generali adottati nella strategia regionale in materia di legalità e sicurezza (par. 4.3.1 POR Calabria FESR 2007-2013) nonché con la natura concertativa dello strumento dei contratti locali di sicurezza per come definito dalla L.R. n. 5/2007 e dalla L.I. 4.3.1.2 del citato Programma Operativo;

CONSIDERATO che:

— gli obiettivi, la strategia e le azioni delle politiche per la sicurezza e la legalità si inquadrano nel diverso contesto della coesione e dell'inclusione sociale, della promozione della cittadinanza attiva e della crescita del capitale sociale;

— la sicurezza e la legalità sono beni pubblici in quanto elementi indispensabili che devono essere presenti sul territorio per consentire la realizzazione di qualsiasi processo di sviluppo sociale ed economico;

— gli obiettivi e la strategia delle politiche per la sicurezza e la legalità devono essere finalizzate alla riduzione permanente e continua delle condizioni di insicurezza pubblica e di illegalità nel territorio regionale, con priorità per le aree territoriali che presentano maggiori criticità;

— la strategia regionale adottata dal POR Calabria FESR 2007-2013 in materia di sicurezza e legalità in stretto coordinamento con il PON Sicurezza per lo sviluppo del Mezzogiorno d'Italia 2007-2013 adotta i seguenti indirizzi metodologici generali:

— ricostruire i rapporti di fiducia tra istituzioni e cittadini attraverso il recupero di trasparenza, efficienza ed efficacia dell'azione della pubblica amministrazione regionale e locale;

— migliorare l'individuazione delle priorità territoriali e settoriali all'interno delle quali integrare il profilo della sicurezza e legalità;

— intervenire sulle cause che sono alla base dell'insicurezza pubblica e dell'illegalità adottando prioritariamente un approccio preventivo;

— adottare un approccio integrato e il più possibile territorializzato per ridurre le cause dell'insicurezza pubblica e dell'illegalità attraverso la realizzazione di contratti locali di sicurezza.

— l'obiettivo specifico 4.3 del POR Calabria FESR 2007-2013 è diretto a Garantire migliori condizioni di sicurezza a cittadini e imprese contribuendo alla riqualificazione dei contesti caratterizzati da maggiore pervasività e rilevanza dei fenomeni criminali;

— l'obiettivo operativo 4.3.1 è diretto a Contrastare e ridurre i livelli di insicurezza e di illegalità nella regione anche attraverso la crescita del capitale sociale della comunità calabrese;

— la Linea di intervento 4.3.1.1 Portale della trasparenza della pubblica amministrazione regionale e locale del POR Calabria FESR 2007-2013 prevede la realizzazione di un portale internet attraverso il quale sarà possibile per qualunque cittadino seguire, utilizzando semplici interfacce di navigazione, l'iter procedurale di tutte le operazioni (opere pubbliche, incentivi alle imprese, servizi di formazione) programmate, in corso di realizzazione e realizzate, utilizzando le risorse per le politiche unitarie regionali (fondi strutturali, fondi FAS, fondi regionali);

— la Linea di intervento 4.3.1.2 Azioni per la realizzazione dei contratti locali di sicurezza del POR Calabria FESR 2007-2013 sostiene la realizzazione di interventi integrati a livello territoriale per migliorare i livelli di sicurezza e legalità delle comunità locali attraverso le seguenti tipologie di operazioni:

— realizzazione, sistemazione e attrezzature di aree verdi in stato di degrado, destinati a diventare luoghi di aggregazione sociale e aree per lo sport e il tempo libero;

— realizzazione, riqualificazione e/o allestimento di locali pubblici da adibire a laboratori e ad attività sociali e culturali;

— realizzazione o adattamento di immobili da adibire a laboratori e/o aree attrezzate per piccole iniziative imprenditoriali con priorità a locali di proprietà pubblica non utilizzati o confiscati alla criminalità organizzata;

– realizzazione di impianti tecnologici per rendere più sicuri i luoghi pubblici e/o di sistemi di video sorveglianza del territorio e di allarme per gli illeciti ambientali;

– incentivi in de minimis per l'avvio di micro iniziative imprenditoriali che utilizzano i beni immobili confiscati e/o di proprietà pubblica non utilizzati.

— la Linea di intervento 4.3.1.3. Azioni di sostegno alle imprese per migliorare le condizioni di sicurezza del POR Calabria FESR sostiene gli investimenti delle piccole e medie imprese industriali, artigianali, di servizi commerciali e turistiche esposte

a rischio di criminalità per l'installazione di impianti di allarme e dispositivi di sicurezza (i contributi sono concessi in conformità al Regolamento CE sugli aiuti in de minimis).

TENUTO CONTO che:

— il quadro delle risorse finanziarie disponibili per la realizzazione delle azioni del P.I.S.R. Legalità e Sicurezza con riferimento all'Obiettivo Specifico 4.3, all'Obiettivo Operativo 4.3.1, alle linee di intervento 4.3.1.1., 4.3.1.2., 4.3.1.3. del POR Calabria FESR 2007-2013 soprarichiamate risulta essere il seguente:

Sicurezza e Legalità		Piano Finanziario	
		Incidenza percentuale	Importo €
Obiettivo Specifico 4.3. Garantire migliori condizioni di sicurezza a cittadini e imprese contribuendo alla riqualificazione dei contesti caratterizzati da maggiore pervasività e rilevanza dei fenomeni criminali.		100%	44.964.801,00
Obiettivo Operativo 4.3.1 Contrastare e ridurre i livelli di insicurezza e di illegalità nella regione anche attraverso la crescita del capitale sociale della comunità calabrese.		100%	44.964.801,00
Linee di intervento			
4.3.1.1	Trasparenza della Pubblica Amministrazione Regionale e Locale	0,22%	96.480,00
4.3.1.2	Contratto Locali di Sicurezza	86,68%	38.975.254,00
4.3.1.3	Azioni di sostegno alle imprese per migliorare le dotazioni di sicurezza	13,10%	5.893.067,00
Totale Dotazione Finanziaria			44.964.801,00

— la citata deliberazione di Giunta Regionale n. 183/2009 ha definito le azioni per l'avvio del Progetto Integrato di Sviluppo Regionale Legalità e Sicurezza prevedendo:

– l'istituzione del Tavolo di Partenariato Regionale con le seguenti funzioni per la fase di programmazione:

La definizione e l'approvazione delle linee di indirizzo per la realizzazione del Portale della Trasparenza della Pubblica Amministrazione Regionale e locale;

La definizione e l'approvazione degli ambiti e delle priorità territoriali per la realizzazione dei Contratti Locali di Sicurezza;

La definizione e l'approvazione delle Linee di Indirizzo per la promozione, la predisposizione, la presentazione e la valutazione dei Contratti Locali di Sicurezza;

La definizione e l'approvazione delle Linee di Indirizzo per la realizzazione di azioni innovative di sostegno alle imprese finalizzate a migliorare le condizioni di sicurezza del contesto in cui le stesse operano;

— la costituzione dell'Unità di progetto del PISR legalità e Sicurezza in Calabria ai sensi dell'art. 7 della L.R. n. 31/2002 con il compito di selezionare tutte le operazioni da finanziare a valere sulle risorse delle Linee di intervento di che trattasi;

— la selezione di un Coordinatore Tecnico dell'Unità di progetto del PISR Legalità e Sicurezza nonché la costituzione di una struttura di assistenza tecnica all'Unità di progetto;

TENUTO CONTO, altresì, che:

— il Tavolo di Partenariato Regionale ha definito, su proposta delle Prefetture calabresi, gli ambiti e le priorità territoriali

sotto elencati entro i quali realizzare gli interventi del PISR Legalità e Sicurezza (giuste note e verbali agli atti del Servizio 1/Sett.1/Dip. Presidenza):

Provincia di Catanzaro:

Comune di Borgia, Comune di Botricello, Comune di Catanzaro, Comune di Chiaravalle Centrale, Comune di Curinga, Comune di Decollatura, Comune di Falerna, Comune di Girifalco, Comune di Guardavalle, Comune di Lamezia Terme, Comune di Montepaone, Comune di Petronà, Comune di Sellia, Comune di Sellia Marina, Comune di Soverato, Comune di Squillace, Comune di Valleflorita.

Provincia di Cosenza:

Comune di Acri, Comune di Altomonte, Comune di Amantea, Comune di Bisignano, Comune di Cariati, Comune di Cassano allo Ionio, Comune di Castrolibero, Comune di Castrovillari, Comune di Cetraro, Comune di Corigliano, Comune di Cosenza, Comune di Diamante, Comune di Fuscaldo, Comune di Grimaldi, Comune di Luzzi, Comune di Montalto Uffugo, Comune di Paola, Comune di Praia a Mare, Comune di Rende, Comune di Roggiano Gravina, Comune di Rogliano, Comune di Rose, Comune di Rossano, Comune di S. Giovanni in Fiore, Comune di San Lorenzo del Vallo, Comune di S. Marco Argentano, Comune di Mangone, Comune di San Lucido, Comune di Santa Maria del Cedro, Comune di Scalea, Comune di Spezzano Albanese, Comune di Spezzano della Sila, Comune di Terranova di Sibari, Comune di Trebisacce, Comune di Villapiana.

Provincia di Reggio Calabria:

Comune di Africo, Comune di Ardore, Comune di Benestare, Comune di Bianco, Comune di Brancaleone, Comune di Bruz-

zano Zeffirio, Comune di Careri, Comune di Cinquefrondi, Comune di Condofuri, Comune di Gioia Tauro, Comune di Gioiosa Ionica, Comune di Locri, Comune di Marina di Gioiosa Ionica, Comune di Melito Porto Salvo, Comune di Montebello Ionico, Comune di Platì, Comune di Reggio Calabria, Comune di Rizziconi, Comune di Roccaforte del Greco, Comune di Rosarno, Comune di Santo Stefano in Aspromonte, Comune di San Ferdinando, Comune di San Luca, Comune di San Procopio, Comune di Seminara, Comune di Siderno, Comune di Sinopoli, Comune di Taurianova, Comune di Villa S. Giovanni.

Provincia di Crotone:

Comune di Cirò, Comune di Cirò Marina, Comune di Crotone, Comune di Cutro, Comune di Isola Capo Rizzuto, Comune di Strongoli.

Provincia di Vibo Valentia:

Comune di Briatico, Comune di Fabrizia, Comune di Filadelfia, Comune di Filandari, Comune di Gerocarne, Comune di Jonadi, Comune di Joppolo, Comune di Limbadi, Comune di Maierato, Comune di Mileto, Comune di Nardodipace, Comune di Nicotera, Comune di Parghelia, Comune di Pizzo, Comune di Ricadi, Comune di San Calogero, Comune di San Gregorio D'Ippona, Comune di San Costantino, Comune di Santo Onofrio, Comune di Serra San Bruno, Comune di Soriano Calabro, Comune di Stefanaceni, Comune di Tropea, Comune di Vibo Valentia, Comune di Zambrone.

— il Tavolo di Partenariato Regionale (seduta del 2 dicembre 2011 giusto verbale agli atti del Servizio 1/Sett.1/Dip. 2) ha confermato la priorità, peraltro già individuata dall'amministrazione regionale e recepita dal Comitato di Sorveglianza (giugno 2009), da assegnare agli interventi di riutilizzo dei beni confiscati alla criminalità organizzata.

— il Tavolo di Partenariato Regionale del PISR Legalità e Sicurezza, nella seduta del 2 dicembre 2011, ha altresì, approvato l'indirizzo di dare seguito al progetto Integrato di Sviluppo Regionale Beni Confiscati alla criminalità organizzata, avviato con la richiamata DGR 160/2010, attraverso il finanziamento di altri progetti costituenti il secondo lotto di interventi;

— detti progetti sono stati presentati dalle Amministrazioni comunali assegnatarie di beni confiscati e rientranti negli ambiti territoriali proposti dalle Prefetture calabresi e approvati in sede di Tavolo di Partenariato Regionale, in occasione dell'invito a manifestare interesse per la costituzione di un parco progetti di interventi di investimento su beni confiscati alla criminalità organizzata approvato con il menzionato D.D.S. n. 3105 del 13.3.2013;

DATO ATTO che:

— il Progetto integrato strategico Beni Confiscati alla criminalità organizzata, approvato dal menzionato Comitato di Sorveglianza, prevedeva una dotazione finanziaria complessiva di importo pari ad euro 19.499.550,00;

— la realizzazione di detto Progetto poteva avvenire mediante l'avvio di lotti di interventi separati;

— il Progetto di che trattasi è stato predisposto dal Dipartimento Programmazione Nazionale e Comunitaria, in collaborazione con la Prefettura di Reggio Calabria, l'Agenzia Calabria Lavoro del Ministero del Lavoro e l'Agenzia del Demanio, considerando la valutazione e la verifica dell'immediato utilizzo, per le finalità consentite dalla normativa vigente, dei beni confiscati presenti sul territorio regionale;

— detto Progetto scaturisce dalla stipula, in data 31.03.2008, del Protocollo di Intesa per la destinazione e l'utilizzo dei Beni confiscati alla criminalità organizzata nella Regione Calabria, ratificato e approvato con DGR n. 239 del 5 aprile 2008 tra la Regione Calabria, l'ANCI Calabria, l'Agenzia del Demanio, il Ministero degli Interni, l'Ufficio Territoriale del Governo di Reggio Calabria, il Commissario Straordinario di Governo per i Beni Confiscati, la Provincia di Reggio Calabria;

— d'intesa con i soggetti sottoscrittori del richiamato protocollo, la Regione Calabria ha assunto l'impegno di definire un Progetto Integrato di valenza strategica sui beni confiscati alla criminalità organizzata, successivamente approvato nella sede del richiamato Comitato di Sorveglianza (giugno 2009);

— a tal fine, il Dipartimento Programmazione Nazionale Comunitaria, in coerenza con gli impegni assunti con la sottoscrizione del protocollo di intesa del 2008, ha invitato (giusta nota prot./Dip. 3 n. 4033 del 21.7.2009) le Amministrazioni locali assegnatarie di beni confiscati risultanti dagli elenchi forniti dall'Agenzia del Demanio a presentare proposte progettuali per il loro riutilizzo secondo quanto previsto nel Progetto Integrato di Sviluppo Regionale beni confiscati (giusto verbale agli atti del Sett.1/Dip. 2 dell'incontro tenutosi in data 28.7.2009);

— l'urgente priorità assegnata agli interventi di riutilizzo dei beni confiscati, sostenuta dall'Amministrazione regionale di concerto con i richiamati Soggetti Istituzionali, ha consentito di rendere finanziabili quei progetti immediatamente cantierabili presentati dalle Amministrazioni comunali, in linea con quanto stabilito nell'incontro del 28.7.2009, presso il Dipartimento Programmazione Nazionale e Comunitaria;

— la linea di Intervento 4.3.1.2 - Azioni per la realizzazione dei Contratti Locali di Sicurezza del POR Calabria FESR 2007-2013, nel sostenere l'attuazione di interventi integrati a livello territoriale prevede tra le operazioni ammissibili il riutilizzo di beni confiscati;

— la realizzazione del Progetto Integrato di Sviluppo Regionale Beni confiscati alla criminalità organizzata, inteso come percorso unitario da seguire per l'attuazione di progetti per l'utilizzo dei suddetti beni, prevedendo il coinvolgimento di tutti i Soggetti istituzionali coinvolti, è coerente con la natura concertativa e le finalità degli interventi previsti dallo strumento concertativo dei Contratti locali di sicurezza per come definito dalla L.R. n. 5/2007 e dal POR Calabria FESR 2007-2013 - L.I. 4.3.1.2;

— con la citata Deliberazione n. 160/2010, la Giunta Regionale ha dato attuazione al Progetto Integrato di Sviluppo Regionale Beni confiscati alla criminalità organizzata, predisposto dal Dipartimento Programmazione Nazionale e Comunitaria attraverso il finanziamento dei progetti - di cui all'art. 1 della richiamata deliberazione che ne costituisce parte integrante - utilizzando le risorse finanziarie della Linea di intervento 4.3.1.2. Azioni per la realizzazione dei contratti locali di sicurezza, per un importo pari ad euro 8.051.653,46.

DATO ATTO, altresì, che:

— il Tavolo di Partenariato Regionale ha, inoltre, approvato nella seduta del 14.3.2013 (giusto verbale agli atti del Serv.1/Sett.1/Dip. 2) il documento PISR Legalità e Sicurezza predisposto dalla competente Struttura del Dipartimento Presidenza, che contiene le Linee di indirizzo per la realizzazione del Portale della trasparenza della P.A. regionale e locale, Le Linee di indirizzo per la promozione, la predisposizione, la presentazione e la valutazione dei contratti locali di sicurezza nonché le Linee di indirizzo per le azioni di sostegno alle imprese per migliorare le condizioni di sicurezza del contesto in cui le stesse operano;

— in particolare, nella stessa seduta, il Tavolo di Partenariato Regionale approvando il documento Linee di Indirizzo dei Contratti locali di sicurezza, ha adottato i seguenti indirizzi strategici:

a) adozione di una procedura concertativa negoziale sulla base delle indicazioni richiamate sul punto, in premessa;

b) realizzazione di un Contratto Locale di Sicurezza per ciascuna provincia calabrese;

c) riparto della dotazione complessiva finanziaria assegnata ai Contratti Locali di Sicurezza pari ad euro 30.923.600,54 (a valere sulle risorse di cui alla L.I. 4.3.1.2) tra le cinque Province sulla base dei seguenti criteri e pesi specifici:

— Quota fissa 30%

— Quota variabile in base alla popolazione degli ambiti territoriali 50%

— Quota variabile in base agli indici di penetrazione mafiosa 20%

d) Previsione nell'ambito della richiamata dotazione finanziaria di cui al punto c), di una riserva pari ad euro 11.397.896,54 da destinare al finanziamento delle operazioni di cui all'invito a manifestare interesse per la partecipazione alla costituzione di un parco progetti di interventi di investimento su beni confiscati alla criminalità organizzata.

— a seguito dell'adozione dei suddetti criteri, il riparto della dotazione finanziaria per Provincia è rappresentato dal seguente prospetto:

Provincia	a Riserva per i progetti sui beni confiscati €	b Dotazione finanziaria per i CLS €	c = a + b Dotazione complessiva €
Catanzaro	2.215.119,37	3.794.714,66	6.009.834,03
Cosenza	3.056.811,50	5.236.615,04	8.293.426,54
Reggio Calabria	2.914.214,45	4.992.332,44	7.906.546,89
Crotone	1.520.224,55	2.604.292,35	4.124.516,90
Vibo Valentia	1.691.526,67	2.897.749,52	4.589.276,19
TOTALE	11.397.896,54	19.525.704,00	30.923.600,54

TENUTO CONTO infine:

— del parere di conformità normativa reso ai sensi della D.G.R. n. 515 del 28.7.2008 con nota prot. Siar n. 0099292 del 21.3.2013 dal Dirigente Generale del Dipartimento competente per materia in quanto Responsabile di Asse;

— del parere di coerenza programmatica - reso dall'Autorità di Gestione del POR Calabria FESR 2007-2013, ai sensi della D.G.R. n. 515 del 28.07.2008 ed acquisto agli atti della competente Struttura Dip. Presidenza con nota prot. Siar n. 0186235 del 03.06.2013 - che allegato alla presente è parte integrante della stessa, indica alcune prescrizioni e raccomandazioni relative al documento Progetto Integrato di Sviluppo Regionale Legalità e Sicurezza in Calabria, contenente tra l'altro le Linee di indirizzo per la promozione, la predisposizione, la presentazione e la valutazione dei Contratti Locali di Sicurezza (all. 1 del documento) e le Linee di indirizzo per la realizzazione di Azioni di sostegno alle imprese finalizzate a migliorare le condizioni di sicurezza (all. 2 del documento).

RITENUTO di:

— dover revocare, in quanto in contrasto con gli indirizzi assunti dal Tavolo di Partenariato Regionale, la citata D.G.R. n. 781/2009, limitatamente alla parte in cui approva il documento di attuazione dei contratti locali di sicurezza;

— dover approvare, in questa fase, il documento PISR Legalità e Sicurezza in Calabria predisposto dalla competente Struttura del Dip. 2 che contiene, le Linee di indirizzo per la realizzazione del Portale della trasparenza della P.A regionale e locale; le Linee di indirizzo per la promozione, la predisposizione, la presentazione e la valutazione dei Contratti Locali di Sicurezza

(All. 1 al documento), nonché gli ambiti e le priorità territoriali per la realizzazione dei Contratti Locali di Sicurezza; le Linee di indirizzo per la realizzazione di Azioni di sostegno alle imprese per migliorare le condizioni di sicurezza del contesto in cui le stesse operano (All. 2 del documento), così come integrato secondo le prescrizioni e la raccomandazione di cui al parere di coerenza programmatica reso dall'ADG del POR Calabria FESR 2007/2013, acquisito con la citata nota prot. n. 0186235 del 03.06.2013.

Su proposta del Presidente della Giunta Regionale, formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dal responsabile della Struttura interessata, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto resa dal Dirigente Generale del Dipartimento interessato, a voti unanimi

DELIBERA

Per quanto esposto in premessa, da intendersi qui integralmente riportato:

— di approvare il documento Progetto Integrato di Sviluppo Regionale Legalità e Sicurezza in Calabria, corredato dalle Linee di indirizzo per la promozione, la predisposizione, la presentazione e la valutazione dei Contratti Locali di Sicurezza (All. 1 del documento) e dalle Linee di indirizzo per la realizzazione di Azioni di sostegno alle imprese per migliorare le condizioni di sicurezza del contesto in cui le stesse operano (All. 2 del documento), quale allegato al presente atto e parte integrante dello stesso e per come integrato secondo le prescrizioni e la raccomandazione di cui al parere di coerenza programmatica che allegato al presente atto ne costituisce altresì parte integrante;

— di revocare la D.G.R. n. 781/2009 limitatamente alla parte in cui approva il Documento di attuazione dei contratti locali di sicurezza e per i motivi esposti in premessa;

— di dare mandato alla Struttura competente del Dipartimento Presidenza di procedere all'esecuzione di tutte le azioni amministrative previste per l'attuazione del presente atto di indirizzo;

— di dare attuazione alla Linea di Intervento 4.3.1.1 del POR Calabria FESR 2007-2013 mediante avvio della procedura per la selezione del fornitore per la realizzazione del portale della trasparenza della P.A. regionale e locale;

— di dare attuazione alla Linea di Intervento 4.3.1.2 del POR Calabria FESR 2007-2013 mediante pubblicazione di avviso per l'avvio della procedura di concertazione a livello provinciale nei modi e nei termini previsti nelle allegate Linee di Indirizzo per la promozione, la predisposizione, la presentazione e la valutazione dei Contratti Locali di Sicurezza;

— di dare attuazione alla Linea di Intervento 4.3.1.3 del POR Calabria FESR 2007-2013 mediante la pubblicazione di un avviso per l'erogazione dei contributi concessi in conformità al Regolamento CE sugli aiuti in de minimis;

— di notificare la presente deliberazione ai componenti del Tavolo di Partenariato Regionale;

— di autorizzare la pubblicazione del presente atto sul B.U.R.C. e sul sito istituzionale della Regione Calabria.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
18 giugno 2013 n. 225

Progetto di valorizzazione delle produzioni zootecniche Calabresi 2007-2013. Esecuzione DGR n. 457 del 19/10/2012 e assegnazione risorse al comparto zootecnico.

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO CHE con la D.G.R. n. 805 del 12.12.2007 si è espresso parere tecnico favorevole e contestualmente approvato il Progetto di valorizzazione delle produzioni zootecniche calabresi per il periodo 2007-2013 presentato dall'Associazione Regionale Allevatori della Calabria (A.R.A.);

VISTA la L.R. n. 70 del 27.12.2012 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013/2015 (legge finanziaria)", con la quale per la Legge Regionale n. 9/2007 art. 35, comma 14 "Contributo all'Associazione regionale Allevatori", è autorizzata una spesa di € 1.900.000,00 alllocata sul Capitolo 22040211 - UPB 2.2.04.02 del Bilancio regionale esercizio finanziario 2013;

VISTA la DGR n. 46 del 11/02/2013 che ha approvato il Piano economico finanziario e di riparto per l'annualità 2013 del Progetto di valorizzazione delle produzioni zootecniche calabresi per il periodo 2007-2013 e contestualmente impegnato in favore di ARA - annualità 2013 - le risorse disponibili allocate sul Capitolo di bilancio 22040211, pari ad € 1.900.000,00;

VISTA la DGR n. 457 del 19/10/2012, avente per oggetto "Determinazione dei criteri di priorità e di riparto delle risorse finanziarie assegnate alla Regione ai sensi del Decreto Lgs n. 143/97 e dell'art. 2 del DPCM 11 maggio 2001. Ripartizione somme rinvenienti da DGR n. 620 e 621 del 23/12/2011", con la quale è stata destinata - alla lettera A) - la somma di € 1.000.000,00 per la valorizzazione delle produzioni nel comparto zootecnico, stanziata sul Capitolo 5125201 del Bilancio regionale;

PRESO ATTO che, l'Associazione Regionale Allevatori della Calabria ha comunicato alla competente Struttura, il fabbisogno finanziario, necessario allo svolgimento del Progetto di valorizzazione delle produzioni zootecniche calabresi, per l'annualità 2013, pari ad € 4.730.000,00 giusta nota prot./Dip. n. 13604/SIAR del 15/01/2013;

RITENUTO di dover assegnare le risorse della DGR n. 457/2012, riallocate sul competente Capitolo 5125201 del bilancio regionale con DDG n. 2391 del 20/02/2013;

VISTO il parere tecnico al Progetto Valorizzazione Produzioni Zootecniche Calabresi - Annualità 2013 - ulteriori disponibilità finanziarie, allegato alla presente Delibera per farne parte integrante, a firma del Dirigente del Settore n. 3 del Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione, con il quale si provvede al riparto della ulteriore somma di € 1.000.000,00, nella misura di cui al prospetto che segue:

Progetto Valorizzazione delle produzioni zootecniche calabresi 2007-2013 Ulteriori disponibilità finanziarie Annualità 2013	S.A.T.A.	P.Q.C.L.
€ 1.000.000,00	€ 612.675,01	€ 387.324,99

RILEVATO altresì che

— con nota n. 20434 del 21/01/2013 è stato avviato il procedimento di revoca dei finanziamenti a suo tempo assentiti all'ARA per le attività svolte dall'Associazione Provinciale Allevatori di Vibo Valentia;

— a conclusione di detto procedimento, con nota n. 130270 del 16/04/2013, si è proceduto alla definitiva revoca dei finanziamenti all'ARA per le attività svolte dall'Associazione Provinciale Allevatori di Vibo Valentia della somma complessiva di € 1.328.345,39 a suo tempo impegnata per come di seguito riportata:

esercizio 2013			
impegno	disponibilità €	capitolo	somma da revocare €
3113/2007	428.465,78	5125201	428.465,78
3110/2007	119.780,25	5125201	119.780,25
5033/2005	151.739,20	5125201	151.739,20

esercizio 2013			
impegno	disponibilità €	capitolo	somma da revocare €
6485/2007	321.907,26	22040211	321.907,26
5096/2008	158.809,30	22040211	158.809,30
6436/2009	147.643,60	22040211	147.643,60
Totale	1.328.345,39	Totale	1.328.345,39

RITENUTO di dover assegnare le somme revocate all'ARA per le attività svolte dall'Associazione Provinciale Allevatori di Vibo Valentia a copertura del Progetto Valorizzazione Produzioni Zootecniche Calabresi - Annualità 2010 e 2011;

VISTA la scheda contabile, proposta di impegno n. 06-232/2013, generata telematicamente e allegata al presente atto;

Su proposta dell'Assessore Dott. Michele Trematerra, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta della relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto

DELIBERA

Per le motivazioni espone in narrativa che costituiscono parte integrante del presente atto:

— di approvare il parere tecnico al Progetto Valorizzazione Produzioni Zootecniche Calabresi - Annualità 2013 - ulteriori disponibilità finanziarie, allegato alla presente Delibera per farne parte integrante, a firma del Dirigente del Settore n. 3 del Dipartimento Agricoltura, Foreste e Forestazione;

— di dare esecuzione alla DGR n. 457/2012, impiegando la somma di € 1.000.000,00 per la valorizzazione delle produzioni nel comparto zootecnico, in favore dell'Associazione Regionale Allevatori, quali ulteriori disponibilità finanziarie per l'annualità 2013 finalizzate allo svolgimento del Progetto di valorizzazione delle produzioni zootecniche calabresi; nella misura di cui al prospetto che segue:

Progetto Valorizzazione delle produzioni zootecniche calabresi 2007-2013 Ulteriori disponibilità finanziarie Annualità 2013	S.A.T.A.	P.Q.C.L.
€ 1.000.000,00	€ 612.675,01	€ 387.324,99

— di impegnare in favore di ARA - annualità 2013 - le risorse disponibili allocate sul Capitolo di bilancio 5125201, pari ad € 1.000.000,00, per come riportato nel parere tecnico;

— di stabilire che dette risorse saranno liquidate previa presentazione, da parte dell'A.R.A., alla competente Struttura Regionale, di stati finali o di stati di avanzamento completi di documenti giustificativi;

— di autorizzare il competente Dipartimento ad utilizzare le somme revocate all'ARA per le attività svolte dall'Associazione Provinciale Allevatori di Vibo Valentia a copertura del Progetto Valorizzazione Produzioni Zootecniche Calabresi - Annualità 2010 e 2011;

— di autorizzare la Ragioneria Generale all'assunzione dell'impegno di spesa pari ad € 1.000.000,00 da imputare sul Capitolo di bilancio 5125201;

— di attestare ai sensi della circolare n. 23190 del 20/01/2012, che la somma di € 1.000.000,00 trova copertura finanziaria sul capitolo di bilancio 5125201, mentre quella di € 1.328.345,39 trova copertura per € 428.465,78 sul capitolo di bilancio 5125201 - impegno n. 3113/2007, per € 119.780,25 sul capitolo di bilancio 5125201 - impegno n. 3110/2007, per € 151.739,20 sul capitolo di bilancio 5125201 - impegno n. 5033/2005, per € 321.907,26 sul capitolo di bilancio 22040211 - impegno n. 6485/2007, per € 158.809,30 sul capitolo di bilancio 22040211 - impegno n. 5096/2008 e per € 147.643,60 sul capitolo di bilancio 22040211 - impegno n. 6436/2009;

— di autorizzare l'erogazione all'ARA, a titolo di anticipazione, di una quota pari al 60% delle risorse stanziare con il presente atto, previa richiesta al competente Settore;

— di demandare al Dirigente Generale del Dipartimento Agricoltura Foreste e Forestazione l'adozione dei provvedimenti e degli atti necessari all'attuazione della presente deliberazione;

— di provvedere alla pubblicazione integrale del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento Agricoltura e Forestazione, ai sensi della L.R. 04/09/2001, n. 19.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 18 giugno 2013 n. 227

Approvazione del protocollo d'intesa con il Rotary International, distretto 2100 Italia, per azioni di volontariato finalizzate alla diffusione della vaccinazione contro la rosolia congenita nelle donne suscettibili.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. 181 del 20.5.2011 "Intesa Stato - Regioni 23 Marzo 2011. Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRC) 2010-2015. Recepimento";

Visto il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012 - 2014;

Visto il Piano Regionale della Prevenzione 2010 - 2012, p. 2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili alla vaccinazione;

Visto il Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2004-2007;

Visto il Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015;

Visto: il decreto legislativo n. 196/03 - Testo Unico recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali" e, in particolare, la parte II, titolo V° sul "Trattamento dei dati personali in ambito sanitario";

Vista la Circolare del Ministero della Salute del 05 agosto 2005 - Notifica obbligatoria della infezione da rosolia in gravidanza e della sindrome/infezione da rosolia congenita;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, confermati dall'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 che, nel livello essenziale "assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro punto I - F", tra le attività di prevenzione rivolte alla persona, individua le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;

Visto l'Accordo, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 18 giugno 1999 (repertorio atti n. 709) sul "Piano Nazionale Vaccini 1999-2000";

Visto il Decreto Ministeriale del 15 dicembre 1990, concernente il sistema informativo delle malattie infettive e diffuse e, in particolare, le peculiari modalità di notifica delle malattie infettive comprese nella classe III;

Visto il Decreto Ministeriale del 28 novembre 1986 con il quale la rosolia congenita è stata inserita nell'elenco delle malattie infettive e diffuse sottoposte a notifica obbligatoria;

Vista la legge 23 dicembre 1978, - n. 833, di Istituzione del Servizio sanitario nazionale, e s.m.i.;

Visto il decreto ministeriale 5 luglio 1975 concernente l'elenco delle malattie infettive e diffuse sottoposte a denuncia obbligatoria;

PREMESSO CHE

— Il Rotary International, nell'articolazione territoriale del Distretto 2100 - Italia che comprende integralmente la regione Calabria, ha manifestato, con nota prot. Mf/412/2003 del 23/5/2013, disponibilità ad offrire a titolo gratuito azione di supporto alla diffusione della proposta di vaccinazione per la rosolia alle fasce suscettibili;

CONSIDERATO CHE

— l'intervento di stakeholders sociali è fattore significativo di promozione della salute e che il Rotary International è stato in più occasioni partner istituzionale di iniziative nei più vari campi dell'azione sia della Regione Calabria che degli altri Enti Locali;

PRESO ATTO

— dell'allegata nota (all. 1) a firma del Cav. SSG Marcello Fasano, Governatore Distrettuale per l'anno sociale 2012-13 del Distretto 2100 Italia del Rotary International prot. Mf/412/2003 del 23/5/2013, con la quale l'associazione offre la sua disponibilità per azioni di volontariato, diffuse sul territorio, di promozione della vaccinazione per la rosolia indirizzate alle donne tra i 16-49 anni ancora suscettibili;

— dello schema di protocollo d'intesa fra la Regione Calabria e la predetta Associazione, allegato alla presente Deliberazione (all. 2);

Su proposta del Presidente della Giunta regionale, On. Dott. Giuseppe Scopelliti, formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla competente struttura del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, il cui Dirigente Generale attesta la regolarità del presente atto,

DELIBERA

Per quanto esposto in premessa, che qui si intende integralmente riportato e confermato:

— di approvare l'allegato "Protocollo d'Intesa" tra la Regione Calabria ed il Rotary International - Distretto 2100 Italia

(Calabria, Campania, territorio del Club di Lauria) nella persona dei Governatori Distrettuali per gli a.r. 2012-13 e 2013-14;

— di dare atto che l'attuazione del "Protocollo" non comporta oneri finanziari per la Regione;

— di delegare il Presidente della Giunta Regionale alla firma dell'allegato "Protocollo";

— di dare mandato al Dipartimento Regionale Tutela della Salute e Politiche Sanitarie per l'attuazione e la verifica di quanto previsto nel suindicato "Protocollo";

— di provvedere alla pubblicazione integrale del provvedimento sul sito tematico della Regione e sul BURC ai sensi della legge regionale 04.09.2001, n. 19.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

Il Presidente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 giugno 2013 n. 228

Avviso di selezione, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, per il conferimento n. 5 incarichi di Dirigenti Generali di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria, pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.5.2013: Nomina Dirigente Generale del Dipartimento "Infrastrutture, Lavori pubblici, Edilizia residenziale, Politica della casa, Autorità di Bacino".

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO:

— che, ai sensi del comma 1 dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, "ai fini del conferimento di ciascun incarico di funzione dirigenziale si tiene conto, in relazione alla natura e alle caratteristiche degli obiettivi prefissati ed alla complessità della struttura interessata, delle attitudini e delle capacità professionali del singolo dirigente, dei risultati conseguiti in precedenza nell'amministrazione di appartenenza e della relativa valutazione, delle specifiche competenze organizzative possedute, nonché delle esperienze di direzione eventualmente maturate, all'estero, presso il settore privato o presso altre amministrazioni pubbliche, purché attinenti al conferimento dell'incarico";

— che, ai sensi del successivo comma 1-bis dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, "L'amministrazione rende conoscibili, anche mediante pubblicazione di apposito avviso sul sito istituzionale, il numero e la tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica ed i criteri di scelta; acquisisce le disponibilità dei dirigenti interessati e le valuta";

— che, ai sensi del comma 5-bis dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, "gli incarichi di cui ai commi da 1 a 5 possono essere conferiti, da ciascuna amministrazione, entro il limite del 10 per cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla prima fascia dei ruoli di cui all'articolo 23 e del 5 per cento della dotazione organica di quelli appartenenti alla seconda fascia, anche a dirigenti non appartenenti ai ruoli di cui al medesimo articolo 23, purché dipendenti delle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, ovvero di organi costituzionali, previo collocamento fuori ruolo, comando o analogo provvedimento secondo i rispettivi ordinamenti";

— che, ai sensi del comma 6, dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, “gli incarichi di cui ai commi da 1 a 5 possono essere conferiti, da ciascuna amministrazione, entro il limite del 10 per cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla prima fascia dei ruoli di cui all'articolo 23 e dell'8 per cento della dotazione organica di quelli appartenenti alla seconda fascia, a tempo determinato ai soggetti indicati dal presente comma. La durata di tali incarichi, comunque, non può eccedere, per gli incarichi di funzione dirigenziale di cui ai commi 3 e 4, il termine di tre anni, e, per gli altri incarichi di funzione dirigenziale il termine di cinque anni. Tali incarichi sono conferiti, fornendone esplicita motivazione, a persone di particolare e comprovata qualificazione professionale, non rinvenibile nei ruoli dell'Amministrazione, che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati ovvero aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali, o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e postuniversitaria, da pubblicazioni scientifiche e da concrete esperienze di lavoro maturate per almeno un quinquennio, anche presso amministrazioni statali, ivi comprese quelle che conferiscono gli incarichi, in posizioni funzionali previste per l'accesso alla dirigenza, o che provengano dai settori della ricerca, della docenza universitaria, delle magistrature e dei ruoli degli avvocati e procuratori dello Stato. Il trattamento economico può essere integrato da una indennità commisurata alla specifica qualificazione professionale, tenendo conto della temporaneità del rapporto e delle condizioni di mercato relative alle specifiche competenze professionali. Per il periodo di durata dell'incarico, i dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza assegni, con riconoscimento dell'anzianità di servizio”;

— che, ai sensi del comma 6-bis dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, “Fermo restando il contingente complessivo dei dirigenti di prima o seconda fascia il quoziente derivante dall'applicazione delle percentuali previste dai commi 4, 5-bis e 6, è arrotondato all'unità inferiore, se il primo decimale è inferiore a cinque, o all'unità superiore, se esso è uguale o superiore a cinque.”;

— che, ai sensi del comma 6-ter dell'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, “Il comma 6 ed il comma 6-bis si applicano alle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2”;

Precisato:

— che la Corte Costituzionale, con sentenza n. 324 del 12 novembre 2010, nel confermare la legittimità dell'art. 40, comma 1, lettera f), del decreto legislativo n. 150 del 2009, ha ribadito che i citati commi 6 e 6 bis, in quanto norme riconducibili alla materia dell'ordinamento civile di cui all'art. 117, secondo comma, lettera l) della Costituzione, sono norme imperative per tutte le Pubbliche Amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del D.Lgs. n. 165/2001;

— che, ai sensi del comma 1 dell'art. 27 del D.Lgs. n. 165/2001 che disciplina i “Criteri di adeguamento per le pubbliche amministrazioni non statali”, “Le regioni a statuto ordinario, nell'esercizio della propria potestà statutaria, legislativa e regolamentare, e le altre pubbliche amministrazioni, nell'esercizio della propria potestà statutaria e regolamentare, adeguano ai principi dell'articolo 4 e del presente capo (rectius, Capo II del Titolo II) i propri ordinamenti, tenendo conto delle relative peculiarità. Gli enti pubblici non economici nazionali si adeguano, anche in deroga alle speciali disposizioni di legge che li disciplinano, adottando appositi regolamenti di organizzazione”;

— che, pertanto, le previsioni di cui al comma 5-bis dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001 costituiscono norme di principio per

l'amministrazione regionale e che, pertanto, ai fini del conferimento dei relativi incarichi le limitazioni percentuali ivi previste non sono vincolanti per le Regioni;

— che, pertanto, nell'ipotesi di conferimenti di incarichi dirigenziali da attuarsi ai sensi del precedente punto, si applica l'art. 10-bis della L.R. n. 18/2004, in base alla quale “... è consentito procedere a comandi e/o trasferimenti di personale proveniente da altri Enti Pubblici nel limite massimo del 3% delle dotazioni organiche del Consiglio e della Giunta regionale (...)”;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 99 del 29 marzo 2013, recante ad oggetto “Direttive generali per la disciplina delle modalità di conferimento, mutamento e revoca degli incarichi di funzione dirigenziale di livello generale e di livello non generale”;

PRESO ATTO:

— che la Giunta regionale nella seduta del 29 marzo 2013 “nel prendere atto delle scadenze contrattualmente previste, molte delle quali imminenti, per gli incarichi dei Dirigenti Generali del Dipartimento della Giunta regionale, onde evitare che si possano creare pregiudizievoli condizioni di vacatio,” ha ritenuto “opportuno” attivare le procedure di legge per la tempestiva individuazione dei Dirigenti, al fine di garantire la continuità amministrativa dei Dipartimenti”;

— che, pertanto, la Giunta regionale, ha deciso “di procedere alla tempestiva attivazione delle procedure di legge demandando al Dipartimento “Organizzazione e Personale” la pubblicazione, ai sensi del comma 1 bis dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, di appositi avvisi rivolti ai Dirigenti di ruolo della Giunta Regionale, ai Dirigenti non appartenenti al ruolo della Giunta regionale, dipendenti delle Amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del medesimo decreto legislativo, ovvero di organi costituzionali e a soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 comma 6 dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001”;

— che il verbale della seduta di Giunta del 29 marzo 2013 è stato trasmesso, per estratto, con nota prot. n. 120368 del 9 aprile 2013, al Dipartimento “Organizzazione e Personale” per il seguito di competenza;

Dato atto:

— che, in adempimento di quanto previsto dall'art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001 ed in attuazione delle determinazioni assunte dalla Giunta regionale nella seduta del 29 marzo 2013, in data 13 maggio 2013 è stato pubblicato sul sito web istituzionale della Regione Calabria un avviso di selezione per il conferimento di n. 5 incarichi di Dirigenti Generali di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria;

— che il competente Dipartimento “Organizzazione e Personale”, acquisite le candidature validamente pervenute nei termini e alle condizioni previste dall'Avviso pubblicato in data 13.5.2013 sul sito web istituzionale della Regione Calabria, ha predisposto, per l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento “Infrastrutture, Lavori pubblici, Edilizia residenziale, politica della casa, Autorità di Bacino”, un prospetto riepilogativo delle candidature ammissibili, suddivise nelle tre tipologie rispettivamente previste al paragrafo 2.1 dell'Avviso, sub lettere A), B) e C);

— che, altresì, il Dipartimento “Organizzazione e Personale”, ai sensi del paragrafo 5.2 delle direttive adottate dalla Giunta regionale con DGR n. 99/2013, con nota prot. n. 197232 dell'11.6.2013, recante ad oggetto “Procedura per il conferimento di n. 5 incarichi di Dirigente Generale di Dipartimenti

della Giunta della Regione Calabria - Avviso pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.5.2013 - Richiesta parere”, invitava i Dirigenti Generali dei Dipartimenti presso cui i candidati, già dipendenti di ruolo, si trovavano in servizio ad esprimere “un parere in ordine al conferimento degli incarichi oggetto di avviso ai dirigenti attualmente assegnati alla struttura di rispettiva competenza, comunicandolo, stesso mezzo, entro il termine perentorio di cinque giorni dal ricevimento della presente, allo scrivente Dipartimento, per la trasmissione degli atti consequenziali, da sottoporre alla Giunta Regionale per l’eventuale successivo conferimento degli incarichi.” con espresso avviso “che il parere, deve essere reso obbligatoriamente nel termine perentorio di cui sopra ma non è vincolante per la Giunta regionale”;

— che la soprarichiamata richiesta di parere veniva riscontrata, in riferimento ai Dirigenti candidatisi per il conferimento dell’incarico di Dirigente Generale del Dipartimento “Infrastrutture, Lavori pubblici, Edilizia residenziale, politica della casa, Autorità di Bacino”, dal Dirigente Generale Reggente del Dipartimento “Programmazione Nazionale e Comunitaria” (con nota prot. n. 205276 del 19.6.2013), dal Dirigente Generale del Dipartimento “Infrastrutture, Lavori pubblici, Edilizia residenziale, politica della casa, Autorità di Bacino” (con nota prot. n. 198987 del 12.6.2013), dal Dirigente Generale del Dipartimento “Urbanistica e Governo del Territorio” (con nota prot. n. 198838 del 12.6.2013) e dal Dirigente Generale del Dipartimento “Cultura” con nota prot. n. 199276 del 13.6.2013);

— che, con nota prot. n. 211199 del 25.6.2013, recante ad oggetto “Procedura per il conferimento di n. 5 incarichi di Dirigente Generale di Dipartimenti della Giunta della Regione Calabria - Avviso pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.5.2013 - Richiesta parere in ordine al conferimento dell’incarico di Dirigente Generale del Dipartimento “Infrastrutture, Lavori pubblici, Edilizia residenziale, politica della casa, Autorità di Bacino”, gli esiti della suesposta istruttoria sono stati trasmessi al Presidente della Giunta regionale, titolare, ai sensi del paragrafo 5.3 delle direttive adottate dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 99/2013, nei procedimenti di conferimento degli incarichi dirigenziali apicali, del potere d’individuazione e, per conoscenza all’Assessore al Personale;

— che, in particolare, con la sopracitata nota è stato chiesto al Presidente di esprimere, attraverso l’esame dei curricula vitae e tenendo conto degli elementi di valutazione di cui all’art. 19, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001, nonché degli ulteriori criteri previsti dalle direttive adottate dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 99/2013, un parere sulle candidature e l’eventuale individuazione del candidato a cui conferire l’incarico;

— che, in riscontro alla sopracitata richiesta, il Presidente ha trasmesso al Dipartimento “Organizzazione e Personale”, ai sensi del paragrafo 5.4, lett. e) delle direttive di cui alla DGR n. 99/2013 e per le finalità ivi previste, il parere (con nota prot. n. 214380 del 27.6.2013) con il quale, sulla base delle valutazioni ivi rassegnate, a cui si rinvia per relationem, ha individuato il candidato a cui conferire l’incarico di Dirigente Generale del Dipartimento “Infrastrutture, Lavori pubblici, Edilizia residenziale, politica della casa, Autorità di Bacino” e segnatamente ha “Ritenuto (...) che l’ing. Giovanni LAGANÀ risulta essere in possesso di quelle specifiche esperienze professionali e culturali, tali da qualificarlo figura maggiormente idonea a svolgere l’incarico di Dirigente Generale del Dipartimento “Infrastrutture, Lavori pubblici, Edilizia residenziale, politica della casa, Autorità di Bacino”;

VERIFICATO, ai sensi del paragrafo 5.8 delle direttive di cui alla D.G.R. n. 99/2013, che allo stato sussistono le condizioni per conferire l’incarico di Dirigente Generale del Dipartimento “Infrastrutture, Lavori pubblici, Edilizia residenziale, politica

della casa, Autorità di Bacino” ai sensi dell’art. 19, comma 6, del D.Lgs. n. 165/2001 nel rispetto, quindi, della percentuale prevista dalle disposizioni normative vigenti;

VISTA la vigente Struttura della Giunta Regionale, approvata con deliberazione di Giunta n. 258 del 14 maggio 2007, così come modificata ed integrata dalle deliberazioni di Giunta n. 439 del 7.06.2010, n. 521 del 12.07.2010, n. 680 del 19.10.2010, n. 694, n. 693 del 29.10.2010, n. 308 del 12 luglio 2011, n. 378 dell’11 agosto 2011, n. 4 del 3.1.2012, n. 314 del 28.06.2012 e n. 568 del 13 dicembre 2012;

VISTO, altresì:

— il D.Lgs. n. 165/2001;

— la Legge regionale 13 maggio 1996, n. 7 e s.m.i che disciplina l’ordinamento della struttura organizzativa della Giunta regionale e, in particolare, l’articolazione della dirigenza regionale;

— la Legge Regionale 7 agosto 2002, n. 31;

— la Legge regionale 11 agosto 2004, n. 18;

Su proposta dell’assessore al Personale Domenico Tallini, formulata sulla base dell’istruttoria compiuta della relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell’atto;

DELIBERA

1. DI PRENDERE ATTO del parere reso dal Presidente della Giunta Regionale con nota prot n. 214380 del 27.6.2013 che, allegato, sotto la lettera A), al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale e, per l’effetto, per le motivazioni ivi rassegnate, nominare, ai sensi del comma 6 dell’art. 19 del D.Lgs. n. 165/2001, a conclusione della procedura avviata, ai sensi dell’art. 19 del D.Lgs. 165/2001, con avviso del 13.5.2013, l’Ing. Giovanni LAGANÀ Dirigente Generale del Dipartimento “Infrastrutture, Lavori pubblici, Edilizia residenziale, politica della casa, Autorità di Bacino”;

2. DI RICONOSCERE che, in ragione della specifica qualificazione professionale posseduta dall’Ing. Giovanni LAGANÀ sussistono le condizioni per l’attribuzione dell’integrazione stipendiale di cui all’art. 10, comma 5, della Legge Regionale n. 31/2002 nella misura di cui all’art. 21, comma 3, della Legge regionale n. 8/2010;

3. DI STABILIRE che l’incarico decorre dalla data di stipula del contratto individuale di lavoro e avrà la durata di anni tre salvo cessazione anticipata nelle ipotesi previste dalla normativa vigente;

4. DI DEMANDARE al Dipartimento “Organizzazione e Personale” l’adozione dei consequenziali provvedimenti gestionali di competenza;

5. DI NOTIFICARE il presente provvedimento, a cura del Dipartimento proponente, a:

— ing. Giovanni LAGANÀ Via San Giovanni Santa Maria La Stella n. 5, cap 95025 Aci Sant’Antonio Catania

6. DI PROVVEDERE alla pubblicazione integrale del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento proponente ai sensi della legge regionale 04.09.2001, n. 19, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento proponente;

7. DI DISPORRE la pubblicazione della presente deliberazione sul sito web istituzionale dell'Amministrazione nella sezione "Novità" del portale tematico del Dipartimento "Organizzazione e Personale" al link www.regione.calabria/personale/.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza F.F.
F.to Bianco*

*Il Presidente F.F.
F.to (Illeggibile)*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
27 giugno 2013 n. 230

Art. 3 comma 2 L.R. n. 47/2012: nuove procedure per l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale dei prodotti privi di glutine a favore dei soggetti affetti da malattia celiaca residenti nella Regione Calabria.

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che la Legge Regionale 12 ottobre 2012 n. 47 pubblicata in data 20 ottobre 2012 nel supplemento straordinario n. 2 del BUR Calabria parti I e II n. 19 del 16 ottobre 2012, ha disciplinato gli "interventi a favore dei soggetti celiaci";

CHE l'art. 3 comma 2 della suddetta Legge Regionale ha demandato, all'apposito tavolo tecnico, la definizione, tra l'altro, dei modelli di buoni acquisto, le relative modalità di consegna e gli adempimenti a carico degli esercizi commerciali che intendano erogare, per conto del Servizio Sanitario Regionale, prodotti senza glutine;

CHE con Deliberazione di Giunta Regionale n. 57 del 18 febbraio 2013 è stato costituito presso il Dipartimento Regionale Tutela della Salute e Politiche Sanitarie il Tavolo Tecnico previsto dall'art. 3 comma 2 della Legge Regionale n. 47/2012;

CHE il Tavolo Tecnico, riunitosi nelle date 12/03/2013, 03/04/2013 e 24/04/2013 ha elaborato le procedure per l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale dei prodotti privi di glutine a favore dei soggetti affetti da malattia celiaca residenti nella Regione Calabria, di cui all'allegato A alla presente Deliberazione, per divenirne parte integrante e sostanziale;

RITENUTO di dover definire l'approvazione delle suddette procedure al fine di dare applicazione a quanto sancito dalla normativa regionale sopra richiamata, in merito alla erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale dei prodotti senza glutine agli aventi diritto;

DATO ATTO che spetta alle Aziende Sanitarie Provinciali regionali adempiere entro 60 giorni a quanto stabilito nel presente provvedimento, senza ulteriori oneri a carico delle Amministrazioni;

VISTO il D.M. Sanità 8 giugno 2001;

VISTA la L.R. n. 9/2001;

VISTA la Legge n. 123/2005;

VISTO il D.M. Salute 4 maggio 2006;

VISTO l'Accordo Stato-Regioni 16 marzo 2006

VISTO l'Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009;

VISTA la Legge Regionale n. 34 del 2002 e ss.mm.ii. e ritenuta la propria competenza;

Su proposta del Presidente della Giunta regionale, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta della relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto, relatore l'assessore Gentile.

DELIBERA

Per quanto esposto nella narrativa in premessa che qui si intende integralmente riportata e confermata,

Di approvare le procedure per l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale dei prodotti privi di glutine a favore dei soggetti affetti da malattia celiaca residenti nella Regione Calabria, di cui all'allegato A alla presente Deliberazione, che ne è parte integrante e sostanziale;

Di stabilire che le Aziende Sanitarie Provinciali regionali adempiano entro 60 giorni a quanto riportato nel presente provvedimento;

Di notificare il presente provvedimento a cura del Dipartimento proponente alle Aziende Sanitarie Provinciali e alla sezione Regionale dell'Associazione Italiana Celiachia;

Di dare atto che dall'approvazione del presente atto non derivano nuovi oneri per l'Amministrazione;

Di provvedere alla pubblicazione integrale del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento proponente ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011, n. 11, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento Proponente,

Di disporre che la presente deliberazione sia pubblicata sul sito istituzionale della Regione Calabria, a cura del Dirigente Generale del Dipartimento proponente, ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza F.F.
F.to Bianco*

*Il Presidente F.F.
F.to (Illeggibile)*

(segue allegato)

Procedure per l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale dei prodotti privi di glutine a favore dei soggetti affetti da malattia celiaca residenti nella Regione Calabria

1. PREMessa

La legge regionale 12/10/2012 n. 47 ha fornito una serie di indicazioni per garantire una migliore assistenza ai cittadini affetti da malattia celiaca, tra cui l'utilizzo di documenti di spesa, frazionati in quattro parti, per le forniture di prodotti senza glutine a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), spendibili anche separatamente.

Fino ad oggi l'erogazione a carico del SSR dei prodotti senza glutine è avvenuta, tramite ricette mensili con possibilità di spesa in un'unica soluzione nel mese di validità, solo ed esclusivamente attraverso le farmacie convenzionate.

Questo canale non risultava sempre ottimale per soddisfare le esigenze del soggetto celiaco e pertanto, nell'ottica di migliorare le modalità di cura e di favorire il normale inserimento nella vita sociale dei soggetti affetti da celiachia, sono state definite nuove direttive per l'erogazione dei prodotti privi di glutine.

Il nuovo modello organizzativo delineato dalla norma, prevede che l'erogazione agli assistiti, dei prodotti privi di glutine oltre che attraverso le farmacie convenzionate possa essere effettuato anche da altri fornitori incaricati sulla base di disposizioni emanate dalla Regione.

In tal modo, raccogliendo le esigenze manifestate dai cittadini affetti da celiachia, si realizza una maggior disponibilità di prodotti e di esercizi convenzionati, che sono in grado di soddisfare maggiormente le specifiche esigenze degli assistiti che devono alimentarsi per tutta la vita con prodotti privi di glutine.

Inoltre, al fine di una corretta acquisizione delle informazioni relative ai soggetti affetti da malattia celiaca ed in relazione al debito informativo nei confronti del Ministero della Salute, la gestione dei flussi informativi dovrà avvenire con le modalità definite nel presente atto.

Le presenti procedure definiscono il percorso operativo per l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale dei prodotti privi di glutine a favore dei cittadini celiaci residenti nella Regione Calabria.

2. PROCEDURE OPERATIVE

I prodotti privi di glutine erogabili a carico del Sistema Sanitario della Regione Calabria sono quelli inclusi nella sezione celiachia del Registro nazionale di cui all'art.7 del Decreto Ministeriale 8 giugno 2001 e successivamente confermati dal Decreto Ministeriale 4 maggio 2006.

L'elenco è consultabile *on line* nell'apposita sezione del sito del Ministero della Salute: www.salute.gov.it ed è suscettibile a periodici aggiornamenti.

Il valore dei buoni spesa è quello stabilito nel Decreto Ministero della Salute 4 maggio 2006.

Il percorso operativo di seguito individuato deve essere adottato da tutte le Aziende Sanitarie Provinciali regionali per assicurare uniformi condizioni di assistenza e si applica solo agli assistiti della Regione Calabria.

Le modalità operative indicate sono valide sia per le farmacie convenzionate (Farmacie) che per gli altri esercizi commerciali incluse le parafarmacie.

2.1 ESERCIZI COMMERCIALI

Gli esercizi commerciali, autorizzati all'attività di commercio nel settore merceologico alimentare (D.L.vo 114/98), in possesso della registrazione sanitaria di cui al Reg. CE 852/04, iscritti nel registro delle imprese ed operanti nel territorio Regionale, che intendono aderire all'avvio di accettazione e rimborso dei buoni di spesa di prodotti privi di glutine erogati dalla Regione Calabria, devono inoltrare richiesta alla Direzione Generale dell'ASP territorialmente competente, sottoscrivendo l'istanza e l'autocertificazione di cui al modulo "Allegato 1", che dovrà essere resa disponibile presso gli Uffici URP delle ASP. Nella richiesta l'impresa dovrà specificare, in modo dettagliato, i punti vendita per cui richiede l'attivazione della convenzione. Detta convenzione deve essere unica per tutti i punti vendita indicati nella domanda e presenti nel territorio ASP.

Ricevuta l'istanza e valutati i requisiti richiesti, l'Ufficio competente di ogni ASP, entro 30 giorni, autorizza (con atto redatto secondo la tipologia riportata in Allegato 2) la Ditta richiedente, stipulando apposita convenzione, la inserisce nell'elenco degli esercizi commerciali aderenti alla erogazione dei prodotti senza glutine a carico del SSR, assegnando ad ognuno un codice identificativo costituito dalla sigla della provincia, un numero progressivo e la data di approvazione della convenzione (es. CZ.001.15062013).

Nella Convenzione devono essere esplicitati i doveri dell'esercente, le modalità di accettazione, trasmissione e rimborso dei buoni, nonché gli elementi di risoluzione del contratto.

Detto elenco è reso disponibile ai cittadini in forma cartacea presso gli Uffici URP e pubblicato sul sito web aziendale. L'ASP comunica gli esercizi commerciali autorizzati al Settore Area LEA del Dipartimento Regionale Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, aggiornandolo almeno semestralmente.

Le Farmacie sono esentate dalla richiesta, rientrando nel sistema di autorizzazione e convenzione già in uso per l'erogazione dei farmaci a carico del SSR.

2.2 REQUISITI DI VENDITA

Gli alimenti per celiachia a carico del SSR devono trovarsi nei comuni reparti alimentari, collocati in apposite sezioni chiaramente indicate; i prodotti surgelati devono essere reperibili nei frigoriferi, in spazi dedicati e separati per eliminare ogni rischio di contaminazione con altri prodotti.

In tali spazi dedicati i prodotti concedibili SSR devono essere chiaramente identificabili. Ciascun negozio può determinare liberamente il prezzo del prodotto compreso nel Registro Nazionale ed il prezzo deve essere chiaro per il cittadino ed applicato a tutti gli acquirenti.

Il negozio deve garantire, nei propri punti vendita, le condizioni ambientali idonee alla corretta conservazione dei prodotti:

- o temperatura interna dei negozi al di sotto dei 30 °C

Il buono deve essere compilato alla situazione corrispondente al primo giorno del mese di competenza (per es. un soggetto compie 10 anni il 15 di aprile, il buono di aprile verrà compilato nelle quattro parti con l'importo della fascia < a 10 anni - € 23,50 -, dal mese di maggio ci sarà il passaggio a € 35,00).

Qualora, in fase di ritiro dei buoni spesa presso il competente servizio dell'ASP di residenza, si accerti che l'assistito non è in possesso dell'esenzione specifica cod. RI0060, l'assistito è invitato a regolarizzare l'esenzione presso l'ufficio competente, prima della consegna dei buoni.

I buoni sono spendibili, nel periodo di validità, presso le farmacie convenzionate, o presso altri fornitori specializzati, incluse le parafarmacie, in possesso di autorizzazione e convenzione con le Direzioni delle AASSPP.

Le ricette di alimenti privi di glutine già rilasciate ai pazienti prima dell'adozione del nuovo modello e prima dell'avvio delle nuove procedure, sono comunque da considerarsi valide e spendibili unicamente presso le farmacie, fino a tutto il 31/12/2013.

All'atto della consegna dei buoni l'utente dovrà firmare un modello, *Allegato 3*, debitamente compilato su cui è riportato il periodo di fruizione dei prodotti; per i minori firmeranno i genitori e per gli adulti impossibilitati personalmente sarà necessario acquisire apposita delega. Tale documento di consegna è conservato agli atti dell'ASP.

Al fine di consentire la fruizione, per gli aventi diritto, dei prodotti di cui trattasi, nei vari ambiti territoriali regionali, l'autorizzazione e relativa convenzione, stipulati presso una Azienda Sanitaria Provinciale, hanno validità sull'intero territorio regionale.

Pertanto, l'utilizzatore dei buoni spesa ha la facoltà di utilizzare i propri buoni anche in esercizi commerciali presenti nel territorio di un'altra Azienda Sanitaria Provinciale, se l'esercizio è in possesso di autorizzazione e convenzione con l'ASP territorialmente competente.

I pazienti affetti da malattia celiaca, che siano in possesso delle ricette relative a mesi successivi a quello di entrata in vigore delle nuove procedure (60 giorni dall'approvazione del presente atto), e che vogliano usufruire delle nuove modalità di erogazione dei prodotti, senza glutine, devono rivolgersi al Distretto di appartenenza: in tale occasione, fatte le opportune verifiche, saranno ritate le ricette con data successiva all'entrata in vigore delle nuove procedure e verranno consegnati i nuovi buoni (buoni mensili di diverso taglio) per il periodo rimanente. Di tale attività dovrà restare debita documentazione presso l'ASP.

3.1 Report relativo ai soggetti affetti da celiachia che hanno usufruito dei buoni

Entro il 31 gennaio di ciascun anno, le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali dovranno trasmettere al Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie - Settore Area Lea - Ufficio Igiene Alimenti e Bevande - Via Buccarelli, 30 - 88100 Catanzaro - tel e fax 0961856586 - e-mail: d.matechioni@regcal.it i dati riferiti all'anno precedente relativi al numero di soggetti celiaci presenti nel proprio territorio, distinti per sesso ed età.

I dati dovranno essere ricavati attingendo alle informazioni registrate presso il competente ufficio aziendale addetto al rilascio dei buoni acquisto dei prodotti senza glutine.

- o conservazione dei prodotti surgelati all'interno di frigoriferi con spazi separati e dedicati per evidenziare meglio il prodotto ed eliminare ogni rischio di contaminazione
- o vita residua del prodotto pari ad almeno il 70% della sua vita totale
- o adeguata segnalazione della concedibilità SSR del prodotto.

Eventuali resi (per qualsiasi causa) di alimenti possono essere sostituiti unicamente con altri prodotti compresi nell'elenco nazionale.

3. PROCEDURA PER RILASCIO DEI BUONI PRESSO ASP-DISTRETTO

L'utente in possesso della certificazione di diagnosi di malattia celiaca fatta presso un centro di riferimento individuato dalle norme regionali, può ritirare presso il Distretto Sanitario di residenza il tesserin di esenzione ticket, cod. RI0060. Tale codice è indispensabile per identificare la patologia: deve essere rilasciato ad ogni paziente celiaco, compresi coloro a cui in precedenza non dovesse essere stato mai assegnato.

A tal proposito devono essere completati ed effettuati di volta in volta, gli inserimenti nel registro regionale delle malattie rare, sezione celiachia, sia da parte degli uffici che rilasciano le esenzioni ticket che da parte dei centri di riferimento all'atto della certificazione. Ciò consentirà di verificare annualmente il numero dei soggetti celiaci esistenti sul territorio regionale e di effettuare le eventuali verifiche incrociate.

Il competente servizio distrettuale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di residenza del cittadino celiaco già munito di esenzione (cod. RI0060), provvede al rilascio dell'autorizzazione utile all'accesso ai prodotti privi di glutine attraverso la consegna, con cadenza annuale, di buoni di spesa mensili ognuno frazionato in quattro parti di pari importo ed il cui valore complessivo corrisponde al tetto fissato dal D.M. 04/05/2006; l'importo frazionato dei buoni è diversificato in base alla fascia di età dell'utente celiaco, come descritto nel seguente TABELLA:

Da 6 mesi/1 anno	€ 45,00 mensili	4 buoni da € 11,25
Fino a 3,5 anni	€ 62,00 "	4 buoni da € 12,50
Fino a 10 anni	€ 94,00 "	4 buoni da € 23,50
Dopo i 10 anni Maschi	€ 140,00 "	4 buoni da € 35,00
Dopo i 10 anni Femmine	€ 99,00 "	4 buoni da € 24,75

L'ASP di residenza del soggetto affetto da malattia celiaca, attraverso il relativo Distretto, rilascia per ogni mese i buoni suddivisi in quattro unità di eguale valore e di importo diversificato in base alla fascia di età dell'utente con celiachia, che potranno essere spesi insieme o separatamente anche presso fornitori diversi.

I buoni possono essere ritirati esclusivamente presso il Distretto di residenza.

I cambi di fascia corrispondono a:

- compimento del primo anno: passaggio da € 11,25 a € 12,50
- compimento del terzo anno e mezzo: passaggio da € 12,50 a € 23,50
- compimento del decimo anno: passaggio da € 23,50 a € 24,75 per le femmine ed a € 35,00 per i maschi.

Nell'ambito degli adempimenti relativi alla erogazione dei buoni, è fatto obbligo alle Aziende Sanitarie Provinciali di procedere a verifiche periodiche, comunque almeno annuali, in merito ai soggetti che abbiano cambiato residenza e riguardo alla esistenza in vita.

5. PROCEDURA PER L'UTILIZZO DEI BUONI PRESSO FARMACIE CONVENZIONATE E ALTRI ESERCIZI COMMERCIALI

5.1 Accettazione dei Buoni spesa.

Le farmacie e gli altri servizi commerciali convenzionati con le AASSPP, incluse le parafarmacie, accettano i buoni emessi in conformità a quanto previsto al precedente punto 4 e presentati dai cittadini, finalizzati esclusivamente all'acquisto di alimenti privi di glutine inclusi nel Registro nazionale degli alimenti del Ministero della Salute.

Il buono, con le caratteristiche previste al punto 4, deve riportare sempre in maniera leggibile e in originale, data, timbro nome e firma del Responsabile del Servizio dell'ASP di emissione.

Il farmacista/esercente deve quindi verificare l'autenticità e la regolarità del buono presentato.

La cassa a chiusura scontrino accetta il buono come forma di pagamento solo:

- se l'importo totale dei prodotti acquistati è uguale o superiore all'importo dei buoni (l'eccedenza è a carico dell'utente; quindi non si ha diritto a resto)
- se è coerente con il mese di validità.

5.2 Invio e consegna dei buoni spesa all'ASP

Il Buono di spesa è rimborsato dalla ASP erogatrice attraverso il Servizio Farmaceutico, in analogia a quanto già definito per l'erogazione dei prodotti farmaceutici a carico del SSR.

Le Farmacie e gli esercizi commerciali inviano mensilmente, ai fini del rimborso, la seguente documentazione:

1. Fattura di quanto erogato con riferimento ai relativi buoni di spesa, cui devono essere allegati i buoni spesa acquisiti, corredati di:
 - o fustelle dei prodotti forniti;
 - o scontrini dedicati unicamente ai prodotti senza glutine erogati e che devono contenere, per ciascun prodotto, l'indicazione del numero di pezzi, descrizione, codice, costo totale d'acquisto.
2. flusso informativo elettronico con tracciato record completo delle informazioni di cui al punto 1; che deve essere fornito esclusivamente in formato magnetico;
3. documento riepilogativo delle forniture effettuate unitamente ai buoni presentati in rendicontazione, numerati progressivamente a partire da uno, onde facilitare una rapida identificazione.

La Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale dovrà altresì acquisire con la stessa tempestività e tenere a disposizione del Dipartimento Regionale Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, anche il dato di rendicontazione dei soggetti affetti da malattia celiaca proveniente dai centri di riferimento e dai Presidi accreditati presenti nel proprio territorio di competenza, al fine di eventuali verifiche incrociate.

4. CARATTERISTICHE DEI BUONI

Per la fornitura degli alimenti destinati alle persone affette da malattia celiaca a carico del SSR le AASSPP devono utilizzare il **modello unico** frazionato in quattro buoni di spesa.

Le caratteristiche dei buoni spesa devono essere esclusivamente rispondenti a quanto riportato nell'Allegato 4.

Ogni ASP dovrà inserire nel modello unico di buono spesa, un numero progressivo e univoco, il logo della Regione Calabria in alto a sinistra, quello dell'ASP in alto a destra, con i dati del Distretto SS che ne ha effettuato il rilascio e del Servizio/Ufficio Aziendale competente alla consegna, il codice di esenzione, il numero di autorizzazione che si attribuisce all'utente all'atto della prima iscrizione, il codice identificativo del paziente, timbro nominativo e firma del medico in originale su tutte e quattro le sezioni del buono, la data di emissione (apposta al momento del rilascio dei buoni e uguale su tutti i buoni), il mese di validità. Deve essere inoltre presente uno spazio destinato al timbro dell'esercizio commerciale che accetta il buono ed croga i prodotti.

Ogni buono di spesa mensile presenta un formato di stampa che ne consente il frazionamento in quattro sezioni uguali e distinte, su ognuna delle quali è indicato l'importo spendibile entro i limiti dell'importo mensile totale. Il buono di spesa è al portatore ed è spendibile unicamente per i prodotti iscritti nel registro nazionale del Ministero della Salute.

In caso di sconti il prezzo si applica al netto delle riduzioni.

Il servizio competente al rilascio dei buoni deve essere fornito di una postazione computerizzata che consenta la consultazione dell'anagrafe assistiti e l'eventuale stampa dei moduli (ove non già prestampati o in blocchetti).

La legge sulla Privacy vieta di riprodurre in chiaro sul buono qualsiasi informazione che possa ricondurre al paziente; pertanto dovrà essere indicato un codice identificativo del paziente creato presso l'ASP con un'anagrafe informatica.

Non potrà essere effettuata nessuna ristampa di buoni; in caso di smarrimento, furto o danneggiamento debitamente documentati da apposita denuncia alle Autorità Competenti, è possibile la consegna di ulteriori buoni, previo annullamento dei buoni numerati precedentemente consegnati.

In caso di trasferimento in altra Azienda Sanitaria fuori Regione l'assistito deve restituire gli eventuali buoni residui per l'annullamento d'ufficio.

ALL I MODELLO FAC-SIMILE

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE E CONVENZIONE
PER L'EROGAZIONE, CON ONERE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE,
DEGLI ALIMENTI SENZA GLUTINE DI CUI AL REGISTRO NAZIONALE DEGLI ALIMENTI**

(Deliberazione della Giunta Regionale n. _____ del _____)

Al Direttore Generale
ASP.....

OGGETTO: richiesta di convenzione per l'erogazione, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, degli alimenti senza glutine di cui al Registro Nazionale degli Alimenti.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____
il _____, in qualità di titolare/legale rappresentante della ditta/società

con sede legale in (indicare l'indirizzo completo) _____

Codice Fiscale/Partita IVA _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

CHIEDE

- di essere autorizzato ad erogare, con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, i prodotti senza glutine del Registro Nazionale degli Alimenti di cui all' art. 7 del DM 8 giugno 2001, a favore delle persone affette da celiachia, su presentazione dei buoni spesa rilasciati dall'Azienda Sanitaria Provinciale agli assistiti aventi diritto.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste e punite dagli artt. 75-76 del D.P.R. n.443/2000 per le ipotesi di falsità in atti

DICHARA

1. * di essere titolare/rappresentante legale dell'esercizio commerciale, denominato _____

riconducibile alla seguente fattispecie di cui alla normativa vigente in materia di commercio:

o esercizio di vicinato

o media struttura di vendita

o grande struttura di vendita

Ubicato nel Comune di _____ via _____

CAP _____, tel. _____ fax _____

Provincia _____

indirizzo e-mail _____

- che l'esercizio commerciale rientra nella fattispecie di cui all' art. 5 della L. 248/2006 (S.I. NO

2. * di essere in possesso del provvedimento autorizzatorio o abilitativo commerciale per l'attività di

vendita di prodotti appartenenti al settore merceologico alimentare/misto (riportare estremi

provvedimento/comunicazione)

della registrazione sanitaria Reg. CE 852/04 _____ e di essere pertanto in possesso dei relativi

requisiti di legge;

3. * di garantire la presenza durante l'intero arco di apertura dell'esercizio commerciale di almeno uno dei referenti/

dell'attività di gestione ed erogazione dei prodotti in oggetto, in possesso di formazione specifica, di seguito individuati:

sig./sig.ra/le _____

4. * Che il responsabile dell'esecuzione di eventuali provvedimenti di ritiro/sospensione dal commercio o sequestro dei prodotti in oggetto, comunicati dall'ASP o da altra Autorità competente è il sig./sig.ra _____

(specificare un solo nominativo)

Nei casi di acquisizione di buoni spesa relativi ad assistiti di Aziende Sanitarie Provinciali diverse da quella nel cui territorio è ubicato l'esercizio autorizzato e convenzionato, la documentazione di cui ai punti precedenti deve essere inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale che ha emesso il buono, unitamente a copia dell'atto di autorizzazione e convenzione vigenti con l'ASP del territorio in cui è ubicato l'esercizio.

Il relativo rimborso sarà a carico dell'Azienda Sanitaria Provinciale che ha emesso il buono.

6. ATTIVITA' A CARICO DELL'ASP - Riscontro e liquidazione dei Buoni.

Ogni ASP attraverso il Servizio Farmaceutico provvederà a:

- o acquisire le fatture trasmesse dalle farmacie e dagli esercizi commerciali
- o effettuare le operazioni di verifica, riscontro, monitoraggio e liquidazione dei buoni presentati dagli esercizi commerciali e dalle farmacie
- o registrare le fatture
- o effettuare una prima verifica tra fattura e documenti di rendicontazione e in caso di discordanza chiedere all'esercente/farmacista di motivare le differenze e di rettificare il contenuto dei documenti presentati;
- o emettere determina di liquidazione per i buoni presentati in fattura una volta ultimate le verifiche e risolte le eventuali discordanze tra gli importi rendicontati
- o verificare e validare i buoni consegnati, risultati regolari;
- o individuare i buoni che presentano anomalie (es.: prodotti non compresi nel Registro ministeriale degli alimenti, importo superiore al consentito, buono non valido nel periodo di consegna, numerazione, ecc), segnalandoli in opportuni report ed addebitandoli all'esercente/farmacista che li ha inviati. I saldi contabili in addebito o in accredito risultanti dalle verifiche contabili sono comunicate agli esercenti/farmacisti per il recupero da effettuarsi, a conguaglio, sulle fatture dei mesi successivi.
- o trasmettere gli atti al Servizio Finanziario per l'emissione del mandato di pagamento.

7. ATTIVITA' DI VERIFICA

Alle Aziende Sanitarie Provinciali sono demandati i compiti di periodica verifica, sistematica e a campione, sugli esercizi convenzionati che erogano prodotti senza glutine con oneri a carico del SSR.

Le verifiche devono essere effettuate, periodicamente, altresì, sulla sussistenza dei requisiti di accesso ai benefici delle norme relative ai soggetti affetti da malattia celiaca.

La Regione Calabria, attraverso il competente Settore del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, si riserva la facoltà di effettuare ulteriori accertamenti e verifiche di propria iniziativa.

ALL 1 bis MODELLO FAC-SIMILE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

Il sottoscritto (*nome e cognome*), nato il _____ a _____, in proprio e quale legale rappresentante della (*riportare denominazione del soggetto richiedente*), con sede in (*riportare indirizzo sede legale*), in relazione alla richiesta di convenzioni per l'erogazione a carico del SSR di alimenti per celiaci" (DGR),

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio,
- che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- nel caso di *sogetti privati*: di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

- nel caso di *sogetti privati*: di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;
- per le cooperative: di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa

Data, _____

FIRMA

Legale Rappresentante

(Allegare copia documento di identità)

A tale riguardo specifica, qualora diverso da quello riportato, il seguente recapito mail/fax a cui devono essere inviate le suddette segnalazioni: _____

DICHIARA altresì

di accettare ed impegnarsi al rispetto delle seguenti condizioni:
 garantire l'erogazione, a carico del SSR, dei prodotti senza glutine limitatamente a quelli inclusi nel Registro Nazionale di cui all'art. 7 del D.M. 8 giugno 2001, applicando al SSR uno sconto almeno del 10% sul prezzo di vendita al pubblico, che deve essere esposto in modo chiaro e leggibile per consentire agli assistiti di valutarne la convenienza rispetto al tetto di spesa mensile stabilito dalla normativa vigente;

garantire un'adeguata gestione dei prodotti senza glutine del Registro Nazionale, compresi i surgelati qualora detenuti, nel rispetto delle vigenti normative in materia;
 erogare i prodotti in oggetto su presentazione, da parte degli assistiti, dei buoni spesa rilasciati dalla Azienda Sanitaria Provinciale, relativi al mese in corso di validità, verificando e garantendo la correttezza e chiara compilazione dei moduli in ogni parte, secondo le direttive regionali, e riportando sui medesimi il timbro dell'esercizio commerciale, la data di erogazione, gli scontrini e le bustelle a lettura ottica presenti sulle confezioni erogate;
(barrare la voce di interesse)

per gli esercizi di vicinato: garantire la dovuta informazione agli assistiti, rendendo disponibile per la consultazione l'ultimo aggiornamento del richiamato Registro Nazionale degli Alimenti, disponibile nel sito Internet del Ministero della Salute, nonché assicurare uno spazio dedicato all'esposizione di tali prodotti;

per le medie e grandi strutture di vendita: attivare un'apposita postazione di informazione e di controllo, da posizionare nel percorso dei clienti, prima della cassa, rendendo disponibile per la consultazione l'ultimo aggiornamento del richiamato Registro Nazionale degli Alimenti, pubblicato nel sito Internet del Ministero della Salute, nonché assicurare uno spazio dedicato all'esposizione di tali prodotti;

assicurare che il buono o, nel caso di utilizzo simultaneo di più buoni, la somma dei buoni, venga spesa per importi uguali o superiori. L'utilizzo dei buoni/ per importi inferiori non dà diritto a resti, fermo restando che rimane a carico dell'utente l'eventuale differenza in eccesso rispetto al valore dei buoni stessi;

accettare unicamente buoni presentati nell'arco del mese di validità riportato negli stessi;
 presentare, ai fini del rimborso, alla Azienda Sanitaria Provinciale, la fatturazione del corrispettivo dei prodotti erogati, unitamente ai buoni riportanti le bustelle a lettura ottica presenti sulle confezioni dei prodotti erogati e scontrini, nel rispetto delle seguenti modalità:

- elencazione analitica dei prodotti erogati, con l'indicazione del rispettivo prezzo al pubblico, sconto praticato, aliquota IVA applicata;

- importo fatturato corrispondente ai dati analiticamente riportati nella fattura;
 - inoltro delle fatture entro e non oltre 12 mesi dal mese di riferimento dei moduli utilizzati, prendendo atto che non verranno rimborsati prodotti erogati mediante moduli riportanti data anteriore ai 12 mesi;

fornire alla ASP, contestualmente alla fatturazione mensile, i dati quali-quantitativi dei moduli spediti, secondo un tracciato informatico stabilito;

garantire, nel rispetto della normativa sulla privacy, la riservatezza di qualsiasi informazione rilevata nei confronti degli assistiti, nell'ambito dello svolgimento delle procedure, non essendo consentiti altri usi dei dati rilevati;
 non effettuare concorsi, operazioni a premio e vendite sotto costo aventi ad oggetto i prodotti senza glutine erogati con onere a carico del SSR.

Ai fini del rimborso, chiede l'accredito mediante bonifico in c/c bancario

N.c/c _____ Istituto di Credito _____ filiale/agenzia _____

Intestato a _____

IBAN _____

Autorizza, per le finalità di cui alla presente modulistica, il trattamento dei dati personali conferiti anche mediante modalità informatiche e telematiche (art. 13, D.Lgs n. 196/2003).

Dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni regionali vigenti in merito all'attività oggetto della presente richiesta.

Firma e timbro del titolare o legale rappresentante _____

Alla presente allega i seguenti documenti:

1 copia del documento di riconoscimento in corso di validità del titolare/legale rappresentante della ditta/società;

2 copia del documento di riconoscimento in corso di validità del responsabile di cui al punto 4.

* nel caso di ditta/società titolare di più punti vendita, i punti 1, 2, 3, 4, devono essere compilati per ciascun punto vendita

3 autocertificazione

ALLEGATO 2 MODELLO FAC-SIMILE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE.....

Prot. n. _____ del _____

Oggetto: Autorizzazione ed approvazione convenzione per la fornitura a carico del Servizio Sanitario di alimenti senza glutine del Registro Nazionale degli Alimenti a favore delle persone affette da celiachia - Ditta.....

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.M. 8 giugno 2001 Ministero della Salute "Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare" che stabilisce che per le persone affette da celiachia "l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare rientra nei livelli essenziali di assistenza sanitaria" e, in particolare, l'art. 6 che prevede che la fornitura di prodotti senza glutine agli assistiti venga effettuata anche "da altri fornitori incaricati dalle Aziende Unità Sanitarie Locali, secondo direttive all'uopo emanate dalle Regioni";

Visto l'articolo 7 del succitato D.M che prevede l'istituzione presso il Ministero della Salute del Registro Nazionale dei Prodotti destinati ad un'Alimentazione Particolare erogati a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

Vista la Legge Regionale n. 47/2012

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. _____ del _____ che consente alle Aziende Sanitarie Provinciali di stipulare convenzioni con gli esercizi commerciali del settore merceologico alimentare ai fini dell'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale degli alimenti senza glutine alle persone affette da celiachia;

Vista la richiesta di convenzione avanzata dalla ditta/società _____ in data _____ acquisita al protocollo n. _____ del _____

Verificati i requisiti previsti dalla regolamentazione regionale

DELIBERA

o Di approvare l'allegata convenzione riportante i termini di erogazione del servizio, in accordo a quanto stabilito nell'allegato A alla DGR n. del

o di autorizzare, pertanto, la ditta/società _____ con sede legale in _____ (indicare l'indirizzo completo)

Codice Fiscale/Partita IVA _____, all'attività di distribuzione a carico del Servizio Sanitario Regionale dei prodotti senza glutine inclusi nel Registro Nazionale dei Prodotti destinati ad un'Alimentazione Particolare, a favore delle persone affette da celiachia, in conformità alle vigenti disposizioni statali e regionali, per l'esercizio commerciale ubicato in _____ Via/P.zza _____

Il pagamento delle fatture presentate dalla suddetta ditta verrà effettuato, di norma, entro 90 giorni giorni dalla data di presentazione della fattura.

La presente autorizzazione potrà essere revocata in caso di inadempimento degli obblighi assunti dalla ditta stessa o perdita dei requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività di vendita del settore alimentare.

Firma _____

Data _____

ALLEGATO 2 bis MODELLO FAC-SIMILE

ACCORDO PER LA FORNITURA DI ALIMENTI DIETETICI AI CITTADINI AFFETTI DA CELIACHIA
In data, _____

TRA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ con sede in Via _____, CAP _____, Città _____, Cod. Fiscale/P.IVA _____, rappresentata da _____, nella qualità di _____

Il negozio _____ con sede in _____ Via _____, _____, cod. Fiscale/P.IVA _____, rappresentata dal _____, nella qualità di _____

VISTI

Il DM 8 giugno 2001 "Assistenza sanitaria integrativa relativa ai prodotti destinati ad una alimentazione particolare", e nello specifico:

- l'art 1 lett. c), che sancisce l'inclusione nei livelli essenziali di assistenza dell'erogazione dei prodotti destinati all'alimentazione delle persone affette da morbo celiaco, previsione successivamente confermata nel D.P.C.M. 29 novembre 2001: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

- l'art. 6, che dispone che i prodotti per celiaci siano erogati direttamente dai centri di riferimento presso i quali sono in cura le persone, dai presidi delle Aziende Unità Sanitarie Locali, dalle farmacie convenzionate o, secondo direttive all'uopo emanate dalle regioni, da altri fornitori incaricati dalle aziende unità sanitarie locali;

- La legislazione nazionale successivamente intervenuta in materia di assistenza alle persone affette da morbo celiaco ed in particolare:

- la L. 4 luglio 2005, n. 123 "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia" che riconosce la malattia celiaca o celiachia come malattia sociale e prevede interventi posti in essere dalle Regioni e dalle articolazioni del Servizio sanitario nazionale dritti a favorire il normale inserimento nella vita sociale dei soggetti affetti da celiachia;

- il D.M. 4 maggio 2006 "Limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'articolo 4, commi 1 e 2, della L. 4 luglio 2005, n. 123";

- Il Registro Nazionale di cui all'art.7 del DM 8 giugno 2001 aggiornato al 31 luglio 2006 nella sezione che riguarda gli alimenti senza glutine;

- La Legge Regionale n. 47/2012

DATO ATTO:

delle disposizioni contenute nella Deliberazione di Giunta Regionale n. del "Legge Regionale n. 47/2012: procedure per l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale dei prodotti privi di glutine a favore dei soggetti affetti da malattia celiaca residenti nella Regione Calabria" che qui si intendono integralmente richiamate ai fini della puntuale applicazione

SI CONVIENE QUANTO SEGUE**Art. 1****Oggetto dell'accordo**

La fornitura, a carico del Servizio Sanitario Regionale, di alimenti dietetici ai cittadini affetti da celiachia tramite il punto vendita _____ (se presenti più punti vendita, eventuale elenco all'allegato 1 che risulta agli atti e riportato anche sul sito internet dell'ASP e presso l'URP).

Art. 2**prodotti concedibili**

I prodotti dietetici rimborsabili dal SSR ed erogabili sono quelli riportati nel Registro nazionale - sezione Celiachia in vigore, consultabile sul sito:

<http://www.ministerosalute.it/alimenti/dietetica/dieApprofondimento.jsp?lang=italiano&label=prodidi&id=57>

Art. 3**condizioni di vendita**

Ciascun negozio aderente al servizio può determinare liberamente il prezzo del prodotto compreso nel registro nazionale, che deve essere esposto in modo leggibile e chiaro al cittadino e praticato a tutti gli acquirenti.

Il negozio si impegna a garantire, nei propri punti vendita, le condizioni ambientali idonee alla corretta conservazione dei prodotti.

Al soggetto celiaco residente nei territori viene assegnato un codice paziente anonimo riportato sui buoni spesa.

Il negozio aderente attiva un sistema di rete tale da garantire la registrazione delle informazioni nel rispetto della normativa sulla privacy, un adeguato sistema di rilevazione dei prodotti erogati ai fini della fatturazione alle Aziende Sanitarie Provinciali e dei controlli di appropriatezza che le stesse devono garantire. Non sono consentiti altri usi dei dati rilevati.

Art. 9 Controversie

Per eventuali controversie che potranno insorgere tra l'Amministrazione e la ditta fornitrice, o al termine del contratto, le parti dichiarano di riconoscere esclusivamente competente il Foro di

Art. 10 Risoluzione del Contratto

Nel caso di più contestazioni che abbiano dato luogo a due reclami scritti da parte dell'Amministrazione, questa avrà la facoltà di risolvere il contratto per la parte inerente il servizio contestato, previa comunicazione a mezzo lettera raccomandata, con obbligo per negozio aderente di risarcire l'Azienda Sanitaria Provinciale del danno subito.

L'ASP, inoltre, potrà, avvalendosi della facoltà di cui all'art. 1456 c.c. (clausola risolutiva espressa), risolvere di diritto il contratto, previa comunicazione scritta al negozio aderente da effettuarsi a mezzo lettera raccomandata A.R., nei seguenti casi:

- in caso di frode nella fornitura;
- in caso di grave, reiterata, negligenza nell'esecuzione degli obblighi e delle condizioni contrattuali, dopo due contestazioni scritte;
- in caso di cessazione dell'attività o in caso di concordato preventivo, di fallimento, di stato di moratoria e di conseguenti atti di sequestro o di pignoramento a carico dell'Impresa;
- in caso di cessione del contratto, cessione d'azienda o subappalto non autorizzati dall'A.U.S.L.;

Nel caso di variazione della soggettività giuridica del fornitore, la prosecuzione del rapporto dovrà essere autorizzata dall'ASP.

Alle Aziende Sanitarie Provinciali sono demandati i compiti di periodica verifica, sistematica o a campione, sugli esercizi convenzionati che erogano prodotti senza glutine con oneri a carico del SSR e sull'attività di erogazione.

Per quanto non previsto dal presente articolo, si applicano le disposizioni di cui al codice civile.

Art. 11 Durata

La presente convenzione decorre dal _____ ed ha una validitàfornovabile.

Letto, approvato e sottoscritto

data, _____

Per l'Asp _____

Per il Negozio _____ Dott. _____

- temperatura interna dei negozi al di sotto dei 30 °C
- conservazione dei prodotti surgelati all'interno di frigoriferi con spazi separati e dedicati per evidenziare meglio il prodotto ed eliminare ogni rischio di contaminazione
- vita residua del prodotto pari ad almeno il 70% della sua vita totale
- adeguata segnalazione della concedibilità SSR del prodotto.

Eventuali resi (per qualsiasi causa) di alimenti possono essere sostituiti unicamente con altri prodotti compresi nell'elenco nazionale.

Art. 4

Percorso del paziente

I Cittadini aventi diritto possono effettuare il proprio approvvigionamento a carico del SSR sia all'interno dei negozi che hanno ottenuto l'autorizzazione e stipulato la convenzione con l'ASP, sia presso le Farmacie convenzionate della regione.

Il cittadino si reca presso uno dei punti vendita di cui sopra, sceglie gli alimenti che desidera acquistare; ogni buono rilasciato deve essere speso in un'unica soluzione (da 1 a 4 buoni) e non necessariamente sino al tetto del suo valore, nell'ambito del mese di validità del buono stesso.

Resta a carico al cittadino l'eventuale differenza rispetto al totale dei buoni che presenta.

Art. 5

obblighi informativi

I negozi convenzionati accettano i buoni presentati dai Cittadini aventi le specifiche di cui all'allegato agli atti, esclusivamente per gli alimenti elencati nella sezione dei prodotti privi di glutine del Registro Nazionale degli alimenti speciali e inviano mensilmente, direttamente ai servizi amministrativi della Azienda Sanitaria Provinciale che ha emesso il buono, un tracciato informatico, unitamente ai buoni ricevuti dai Cittadini ed alla fattura.

Il tracciato costituisce requisito essenziale per dar seguito al rimborso.

Art. 6

Buoni spesa

Le AASSPP consegnano ai cittadini affetti da malattia celiaca 4 buoni spesa mensili spendibili presso i negozi individuali o presso le farmacie convenzionate.

Il buono può essere speso solo nel mese di competenza.

Il buono spesa deve contenere in chiaro almeno i seguenti elementi: un numero progressivo e univoco, il logo della Regione Calabria in alto a sinistra, quello dell'ASP in alto a destra, con i dati del Distretto SS che ne ha effettuato il rilascio e del Servizio/Ufficio Aziendale competente alla consegna, il codice di esenzione, il numero di autorizzazione che si attribuisce all'utente all'atto della prima iscrizione, il codice identificativo del paziente, il timbro, il nominativo e la firma del medico in originale su tutte e quattro le sezioni del buono, la data di emissione (apposta al momento del rilascio dei buoni e uguale su tutti i buoni), il mese di validità. Deve essere inoltre presente uno spazio destinato al timbro dell'esercizio commerciale che accetta il buono ed eroga i prodotti.

Art. 7 - Aspetti economici

I negozi autorizzati e convenzionati invieranno, entro il mese successivo a quello di riferimento, direttamente alle AASSPP che hanno emesso il buono, un tracciato informatico, unitamente ai buoni ricevuti dai Cittadini ed al documento di riepilogo mensile (per ASP di altri territori, anche copia dell'Autorizzazione e Convenzione vigenti con l'ASP del territorio in cui è ubicato l'esercizio).

La documentazione soprarichiamata costituisce unica modalità per dar seguito al rimborso.

L'importo del documento di riepilogo mensile non potrà essere comunque superiore all'importo dei buoni spesa utilizzati nel mese di riferimento.

Sull'importo del documento di riepilogo economico verrà applicato uno sconto pari al 10% a fronte dell'impegno dell'Azienda Sanitaria Provinciale di provvedere alla liquidazione ed al pagamento dell'importo indicato nel documento di riepilogo economico entro 90 gg dal ricevimento del documento.

In ogni caso superato il termine ultimo fissato per il pagamento, non potranno essere riconosciuti interessi superiori a quelli legali.

Art. 8

Rispetto normativa sulla privacy

Durante le attività previste deve essere assicurata la confidenzialità di qualsiasi informazione rilevata (dati e documenti) relativa ai soggetti celiaci.

Regione Calabria
DETERMINAZIONI DEI DIPARTIMENTI
DEL CONSIGLIO REGIONALE

DETERMINAZIONE n. 443 del 14 giugno 2013

Estratto Determina del Consiglio Regionale - Settore risorse umane Reg. Part. n. 183 del 04.06.2013 avente per oggetto: **“Comando dipendente LACAVA Eufemia rimborso Comune di Condofuri per competenze ed oneri per il periodo dal 01.07.2012 al 31.12.2012”**.

SEGRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE GESTIONE
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

VISTO il D.Lgs. 30 Maggio 2001, n. 165 e s.m.i.;

VISTA la L.R. n. 8/96 e s.m.i.;

VISTE le Deliberazioni dell'Ufficio di Presidenza;

VISTA la propria determinazione R.G. n. 82 del 04.02.2013 con la quale è stato rinnovato il comando alla Sig.ra LACAVA Eufemia, nata a Brancaleone (RC) il 16.09.1963, e residente a Reggio Calabria in via Maria Ausiliatrice n. 32, dipendente del Comune di Condofuri Categoria B pos. Econ. B4, per mesi sei presso il Consiglio Regionale CO.RE.COM. a decorrere dall'8.07.2011 al 07.01.2012;

VISTA la propria determinazione R.G. n. 228 del 28.03.2013 con la quale è stato rinnovato il comando alla Sig.ra LACAVA Eufemia, nata a Brancaleone (RC) il 16.09.1963, e residente a Reggio Calabria in via Maria Ausiliatrice n. 32, dipendente del Comune di Condofuri Categoria B pos. Econ. B4, per mesi sei presso il Consiglio Regionale CO.RE.COM. a decorrere dall'8.01.2012 al 07.07.2012;

VISTA la propria determinazione R.G. n. 295 del 18.04.2013 con la quale è stato rinnovato il comando alla Sig.ra LACAVA Eufemia, nata a Brancaleone (RC) il 16.09.1963, e residente a Reggio Calabria in via Maria Ausiliatrice n. 32, dipendente del Comune di Condofuri Categoria B pos. Econ. B4, per mesi sei presso il Consiglio Regionale CO.RE.COM. a decorrere dall'08.07.2012 al 07.01.2013;

CONSIDERATO CHE con nota acquisita in atti in data 19.11.2012 prot. 50349 il Comune di Condofuri ha richiesto il rimborso delle competenze ed oneri relativi al periodo 01.01.2012 al 31.12.2012 per l'importo complessivo di € 29.991,06 (Ventinovemilanovecentonovantuno/06) come da prospetto allegato alla presente determinazione;

ATTESO CHE:

— Con determinazione R.G. n. 303 del 19.04.2013 si è proceduto al rimborso delle competenze ed oneri limitatamente al periodo dall'1.01.2012 al 30.06.2012;

— Non risulta rimborsabile l'onere derivante dall'IRAP a decorrere dal mese di febbraio 2012, come comunicato con nota del 18.01.2012 prot. n. 2568, in quanto tale adempimento è assolto direttamente dal Consiglio regionale;

RITENUTO pertanto di dover procedere al rimborso limitatamente alla somma di € 14.364,52 (Quattordicimilatrecentosessantaquattro/52) come da prospetto elaborato dal Settore Risorse Umane ed allegato alla presente determinazione per il periodo dall'1.07.2012 al 31.12.2012;

RILEVATO che le spese devono essere poste a carico del Consiglio Regionale della Calabria così come previsto dal D.P.R. n. 3/57 e s.m.i.;

CONSIDERATO che l'adozione del presente provvedimento rientra nelle competenze del responsabile del Settore Risorse Umane;

TENUTO CONTO che sono stati acquisiti tutti i documenti che comprovano il diritto del creditore e che quindi si sono realizzate le condizioni stabilite per la liquidazione della spesa (art. 45 L.R. 8/2002);

VISTA la delibera U.P. n. 126 del 21 maggio 2002 recante: “Pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria estratti determine dei Dirigenti Generali e dei Dirigenti, nonché estratti dell'U.P. aventi rilievo interno ed atti di gestione amministrativa. Art. 51, 2° comma L.R. 19/2001 e s.m.i.”;

DATO ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001;

DETERMINA

Per quanto in premessa evidenziato, che qui si intende integralmente riportato ed accolto:

1. Di prendere atto del prospetto contabile analitico allegato alla sopra citata nota del Comune di Condofuri;

2. Di rimborsare al Comune di Condofuri, in virtù di quanto suesposto, la somma complessiva 14.364,52 (Quattordicimilatrecentosessantaquattro/52) relativa alle competenze anticipate per il periodo sopra citato a favore della Sig.ra LACAVA Eufemia mediante versamento sul seguente c/c presso Banca Monte dei Paschi di Siena filiale di Melito Porto Salvo Codice IBAN IT 23 P 01030 81440 0000005534223.

3. Di imputare la spesa complessiva di 14.364,52 (Quattordicimilatrecentosessantaquattro/52) sul cap. 4 art. 1 sub 121 aventi la necessaria capienza;

4. di autorizzare l'ufficio economico ad emettere i relativi ordinativi di pagamento;

5. Trasmettere il presente provvedimento:

— Alla Segreteria Ufficio di Presidenza;

— All'Area Gestione;

— Al Settore Bilancio e Ragioneria;

— Al Comune di Condofuri Ufficio Economico e Previdenziale Via Croce 1;

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001 sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 444 del 14 giugno 2013

Estratto determinazione del Dirigente del Servizio Provveditorato, Economato e Contratti avente ad oggetto: **Proroga affidamento del servizio Bar e Ristorazione del Consiglio regionale della Calabria.**

SEGRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE GESTIONE
SERVIZIO PROVVEDITORATO,
ECONOMATO E CONTRATTI

L'anno duemilatredecim, il giorno ventinove del mese di Maggio alle ore 11.00;

IL DIRIGENTE

VISTA la legge regionale n. 8/1996;

VISTA la Circolare dei Dirigenti Generali n. 233 del 05.06.1998 relativamente alle competenze dei dirigenti;

VISTA la D.C.R. n. 123 dell'1.08.2011;

VISTO il Regolamento sull'ordinamento degli uffici e dei Servizi approvato con deliberazione dell'Ufficio di Presidenza n. 67 del 18.04.2001 ed in particolare l'art. 14, comma 4, lett. o. e l'art. 54;

VISTO il D.Lgs. 165/2001 come modificato ed integrato dalla Legge 15 Luglio 2002;

VISTA la legge regionale 4 Settembre 2001, n. 19, ed in particolare l'art. 5, comma 1, lettera G;

VISTA la Deliberazione dell'Ufficio di Presidenza n. 119 del 28.12.2012 con la quale è stata rinnovata allo scrivente Dirigente la responsabilità del Servizio dall'1.01.2013 sino al 31.12.2015;

VISTA la Deliberazione dell'Ufficio di Presidenza n. 120 del 28.12.2012 con la quale viene confermato l'incarico di Dirigente dell'Area Funzionale 4 - Gestione all'Avv. Pietro Carlo Calabrò sino al 31.12.2015:

Omissis

DETERMINA

Le premesse si intendono integralmente riportate e accettate;

1) di procedere alla proroga dell'affidamento del servizio bar e ristorazione per la durata di mesi 2 (due) a decorrere dal 02.06.2013 e sino al 02.08.2013 alla società "Bart Srl", già Ditta "Gnam Gnam";

2) di trasmettere copia del presente atto al Segretario Generale, al Dirigente del Settore Segreteria U.P. al Dirigente dell'Area funzionale 4 - Gestione per quanto di rispettiva competenza;

3) di trasmettere copia del presente atto alla Società "Bart Srl", che ai fini del succitato contratto risulta essere domiciliata presso il Consiglio regionale della Calabria, per opportuna e doverosa conoscenza;

Di dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Responsabile del procedimento, ex art. 4 della L.R. n. 19/2001, avv. Antonella Varca, ai sensi dell'art. 17, comma 32 della legge 15/05/97 n. 127, non è soggetto a controllo e sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Segretario Generale
Dott. Nicola Lopez

DETERMINAZIONE n. 445 del 14 giugno 2013

Estratto Determina del Consiglio Regionale - Settore Risorse Umane Reg. Part. n. 185 del 05.06.2013 avente per oggetto: **"Omissis/Omissis - procedura esecutiva presso terzi - Tribunale di Reggio Calabria - Giudizio R.G. Es. n. 1658/2012 - Esecuzione ordinanza di assegnazione. Rettifica determinazione R.G. n. 258 dell'11.04.2013".**

SEGRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE GESTIONE
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

CHE con precedente determinazione R.G. n. 258 dell'11.04.2013 si è data esecuzione all'ordinanza di assegnazione del Tribunale di Reggio Calabria R.G. Esec. 1658/2012 relativa alla procedura Omissis/Omissis - Consiglio regionale della Calabria terzo pignorato;

CHE in sede di esposizione l'importo da liquidare comprensivo di interessi legali successivi al precetto I.V.A. e C.P.A. ed escluse le spese di notifica dell'atto di assegnazione e successive occorrenze, salvo errori e/o omissioni, per mero errore materiale si è indicato l'importo complessivo di € 2.858,38 in luogo del corretto importo quantificato dall'avv. omissis con specifica nota spese in € 2.585,38 (Duemilacinquecentoottantacinque/38);

ACCERTATO che con l'elaborazione stipendiale del mese di giugno 2013 risulta versata, in esito alla surrichiamata procedura, al creditore procedente la somma complessiva di € 2.858,38;

PRESO ATTO CHE risulta versata una maggiore somma rispetto a quella liquidata dal giudice dell'esecuzione per € 273,00;

ATTESO CHE in coda alla procedura esecutiva in oggetto il medesimo creditore omissis ha in atto un'ulteriore procedura di pignoramento nei confronti del debitore omissis, qualora non risultassero ulteriori spese inerenti la procedura in esame, il maggior importo versato al creditore precedente omissis verrà imputato alla nuova procedura esecutiva che sarà oggetto di successiva determinazione in esecuzione dell'ordinanza di assegnazione R.G. Esec. 307/2013 già acquisita al prot. 25119 del 29.05.2013;

VISTO il D.Lgs. 30 Maggio 2001, n.165 e s.m.i.;

VISTA la L.R. n. 8/96 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la D.C.R. n. 123 dell'1.08.2011;

VISTA la delibera dell'U.P. n. 67 del 18.04.2001;

VISTA la legge regionale 4 settembre 2001, n. 19 e s.m.i.;

VISTA la legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8;

VISTA la delibera U.P. n. 126 del 21 maggio 2002 recante: "Pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria estratti determine dei Dirigenti Generali e dei Dirigenti, nonché estratti dell'U.P. aventi rilievo interno ed atti di gestione amministrativa. Art. 51, 2° comma L.R. 19/2001 e s.m.i.";

DETERMINA

Per quanto in premessa evidenziato, che qui si intende integralmente riportato ed accolto:

— di procedere alla rettifica della determinazione R.G. n. 258 dell'11.04.2013 dando atto che importo quantificato omissis con specifica nota spese ammonta a complessivi € 2.585,38 (Duemilacinquecentoottantacinque/38);

— di dare atto che con l'elaborazione stipendiale del mese di giugno 2013 ed il relativo accredito al creditore precedente omissis si è data completa esecuzione all'ordinanza di assegnazione del Tribunale di Reggio Calabria R.G. Esec. 1658/2012;

— di rinviare a successiva determinazione la corretta imputazione della maggior somma accreditata al creditore precedente omissis quantificata in € 273,00;

1. Trasmettere il presente provvedimento:

— Al Settore Segreteria Ufficio di Presidenza;

— Al Servizio Bilancio e Ragioneria;

— Al Servizio Legale;

— All'Area Gestione;

— omissis

— omissis

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001 sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 447 del 14 giugno 2013

Estratto Determina del Consiglio Regionale - Settore risorse umane Reg. Part. n. 181 del 29.05.2013 avente per oggetto: **"Atto di pignoramento omissis/ommissis - Giudizio R.G. Es. n. 419/2013 - Esecuzione ordinanza di assegnazione"**.

SECRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE GESTIONE
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

CHE con atto di pignoramento presso terzi notificato dall'avv. omissis, i signori omissis, hanno intimato al Consiglio Regionale della Calabria (terzo pignorato) di non disporre delle somme maturate e maturande a credito del Sig. omissis fino alla concorrenza dell'importo precettato di € 5.200,00 (Cinquemiladuecento/00);

CHE il Tribunale di Reggio Calabria - con ordinanza del Giudice dell'Esecuzione del 2 aprile 2013, emessa sulla procedura esecutiva n. 419/13 notificata a termine di legge ed acquisita al protocollo generale il 15.05.2013, ha assegnato in pagamento ai creditori signori omissis la somma di 1/5 da trattenere sull'importo netto dello stipendio e delle altre indennità relative al rapporto di lavoro di spettanza del debitore esecutato, fino alla concorrenza dell'importo di € 6.049,66 (Seimilaquarantasei/66) oltre a interessi sulla sorte capitale fino al pagamento, IVA e CPA sulle spese legali liquidate, e le spese di notifica e registrazione dell'atto di assegnazione;

CHE dal mese di aprile viene operata una trattenuta sul trattamento economico erogato al Sig. omissis di € 273,06 (Duecentosettantatre/06);

CHE la ordinanza in questione liquida al Consiglio regionale a titolo di rimborso spese la somma di € 50,00;

ACCERTATO che risulta accantonata, al momento della cessazione intervenuta con decorrenza 21.04.2013, la somma di € 546,12 (Cinquecentoquarantasei/12) disponibile ai fini del soddisfacimento della procedura;

RITENUTO dover procedere alla corresponsione al creditore precedente delle somme sopra esposte;

RITENUTO, altresì, dover procedere al recupero della somma di € 50,00 liquidata al Consiglio regionale a titolo di rimborso spese;

VISTO il D.Lgs. 30 Maggio 2001, n. 165 e s.m.i.;

VISTA la L.R. n. 8/96 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la D.C.R. n. 123 dell'1.08.2011;

VISTA la delibera dell'U.P. n. 67 del 18.04.2001;

VISTA la legge regionale 4 settembre 2001, n. 19 e s.m.i.;

VISTA la legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8;

VISTA la delibera U.P. n. 126 del 21 maggio 2002 recante: "Pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria estratti determine dei Dirigenti Generali e dei Dirigenti, nonché estratti dell'U.P. aventi rilievo interno ed atti di gestione amministrativa. Art. 51, 2° comma L.R. 19/2001 e s.m.i.";

DETERMINA

Per quanto in premessa evidenziato, che qui si intende integralmente riportato ed accolto:

— di dare esecuzione ordinanza del Giudice dell'Esecuzione del Tribunale di Reggio Calabria del 2 aprile 2013 munita di formula esecutiva, emessa sulla procedura esecutiva n. 419/13, notificata a termine di legge ed acquisita al protocollo generale il 15.05.2013, corrispondendo la somma disponibile per il soddisfacimento della procedura per complessivi € 546,12 (Cinquecentoquarantasei/12) ai creditori pignorati signori omissis;

— di autorizzare l'ufficio trattamento economico all'emissione del relativo ordinativo di pagamento;

— Di accreditare la somma di € 546,12 (Cinquecentoquarantasei/12) c/c bancario intestato al creditore procedente Sig.ra omissis IBAN IT64R076011620000049735772

— Di imputare la spesa complessiva di € 546,12 (Cinquecentoquarantasei/12) al cap. 9 art. 9 sub 517;

— Di procedere al recupero della somma di € 50,00 assegnata dal G.E. al Consiglio regionale a titolo di rimborso spese mediante emissione di specifica reversale di incasso emessa sugli emolumenti spettanti al Sig. omissis.

— Di dare atto che l'Ufficio Trattamento Economico non potrà continuare la trattenuta di 1/5 sullo stipendio sig. omissis poiché lo stesso è cessato dall'incarico con decorrenza 21.04.2013;

— Trasmettere il presente provvedimento:

- Al Settore Segreteria Ufficio di Presidenza;
- Al Servizio Bilancio e Ragioneria;
- Al Servizio Legale;
- All'Area Gestione;
- All'avv. omissis;
- Al Sig. omissis.

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001 sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 448 del 14 giugno 2013

Estratto determinazione del Capo Ufficio Stampa, Romano Pitaro, avente per oggetto: **Liquidazione fattura n. 10 del 09/04/2013 - Acquisto pagina intera sul Corriere della Calabria - Z730A19E6C.**

“Omissis”

L'anno 2013, il giorno 28 del mese di maggio, alle ore 10,00

IL CAPO UFFICIO STAMPA

RICHIAMATA la propria determinazione Reg. Gen.le n. 142 del 21/02/2013, relativa all'impegno di spesa 2013 per le attività del magazine "Calabria on web" edito dal Consiglio regionale;

“Omissis”

RILEVATO che con lettera acquisita al protocollo dell'ente n. 12148 del 13/03/2013, Agit Media srl per conto del settimanale "Corriere della Calabria", ha proposto l'acquisto di una pagina intera a colori al prezzo scontato di euro 750,00 + IVA anziché 900,00 + IVA;

VISTA l'accettazione della proposta, prot. n. 14253 del 25/03/2013, a firma del Direttore responsabile di Calabria on web che ha ritenuto di pubblicizzare la locandina del magazine mediante l'inserzione sul suddetto settimanale considerato il prezzo vantaggioso e la possibilità di raggiungere un notevole numero di lettori;

“Omissis”

RITENUTO di poter procedere alla liquidazione della fattura n. 10 del 09/04/2013 e acquisita con prot. n. 18265 del 18/04/2013, che si allega come parte integrante del presente atto;

Assume la seguente

DETERMINAZIONE

1. di impegnare la somma complessiva di € 907,50 (euro novecentosette/50) IVA inclusa, sul cap. 5, art. 2, sub 390 del bilancio per il corrente esercizio finanziario, che presenta sufficiente disponibilità;

2. di liquidare la fattura di cui in epigrafe della somma complessiva di euro € 907,50 (euro novecentosette/50) IVA inclusa, emessa da Agit Media s.r.l.;

“Omissis”

Il Capo Ufficio Stampa
Romano Pitaro

DETERMINAZIONE n. 449 del 14 giugno 2013

Estratto Determina del Consiglio Regionale - Settore risorse umane Reg. Part. n. 179 del 28.05.2013 avente per oggetto: **“Dipendente sig. Aiello Ferdinando - Collocamento in Aspettativa per lo svolgimento del mandato di Parlamentare della Camera dei Deputati per la XVII Legislatura.**

SECRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE GESTIONE
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

PREMESSO

che l'art. 68 del D.Lgs. 30.03.2001, n. 165 dispone che i dipendenti delle pubbliche amministrazioni eletti al Parlamento nazionale sono collocati in aspettativa senza assegni per la durata del mandato;

CHE il comma 2 dello stesso articolo prevede che il periodo di aspettativa è utile ai fini dell'anzianità di servizio e del trattamento di quiescenza e di previdenza;

CHE a norma del comma 3 il collocamento in aspettativa ha luogo all'atto della proclamazione degli eletti;

ESAMINATA l'istanza datata 28 maggio 2013, acquisita in pari data al prot. n. 24847, con la quale l'on.le AIELLO Ferdinando, nato a Cosenza il 26.11.1972 e residente a Marzi (CS) in Via S. Andrea, dipendente del ruolo del Consiglio Regionale, cat. C, ha chiesto di essere collocato in aspettativa senza assegni per lo svolgimento della carica di Deputato della Repubblica per la XVII legislatura;

DATO ATTO che l'on.le Aiello si trovava già in aspettativa senza assegni per lo svolgimento della carica di Consigliere regionale della Calabria per la IX legislatura;

ACCERTATO che l'insediamento della XVII legislatura è avvenuto in data 15.03.2013;

VISTA la legge 20.05.1970, n. 300;

VISTA l'art. 2, 1° comma della legge 23 aprile 1981, n. 154;

VISTO l'art. 68 del D.Lgs. 30.03.2001, n. 165;

VISTA la legge regionale n. 8/1996;

VISTA la Circolare dei Dirigenti Generali n. 233 del 05.06.1998 relativamente alle competenze dei dirigenti;

VISTA la D.C.R. n. 123 dell'1.08.2011;

VISTO il Regolamento sull'ordinamento degli Uffici e dei Servizi approvato con deliberazione dell'Ufficio di Presidenza n. 67 del 18.04.2001, pubblicato sul B.U.R. Calabria n. 51 del 24.05.2001, ed in particolare l'art. 14, comma 4, lett. o, e l'art. 54;

VISTO il D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.;

VISTA la legge regionale 4 settembre 2001, n. 19;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 legge regionale 19/2001;

Assume la seguente

DETERMINAZIONE

Le premesse si intendono integralmente riportate e confermate.

— collocare l'on.le AIELLO Ferdinando, nato a Cosenza il 26.11.1972 e residente a Marzi (CS) in Via S. Andrea, dipendente del ruolo del Consiglio Regionale, Cat. C - posizione economica C5, in aspettativa non retribuita per lo svolgimento della carica di Deputato della Repubblica per la durata dell'intera XVII legislatura;

— dare atto che l'on.le Aiello si trovava già in posizione di aspettativa non retribuita per lo svolgimento del mandato di Consigliere regionale della Calabria per la IX legislatura regionale;

— mandare al Settore Bilancio e Ragioneria, alla Segreteria dell'Ufficio di Presidenza per quanto di competenza;

— trasmettere alla Camera dei deputati - Ufficio trattamento economico dei parlamentari;

— notificare a termine di legge copia all'interessato per conoscenza e norma.

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001, ai sensi dell'art 17 - comma 32 - della legge 15.05.97 n. 127, non è soggetto a controllo e sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 450 del 20 giugno 2013

Estratto Determina del Consiglio Regionale - Settore risorse umane Reg. Part. n. 182 del 29.05.2013 avente per oggetto: **“omissis/omissis - procedura esecutiva presso terzi - Tribunale di Reggio Calabria - Giudizio R.G. Es. n. 1543/12 - Esecuzione ordinanza di assegnazione”.**

SECRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE GESTIONE
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

CHE con atto di pignoramento presso terzi notificato il 16.07.2012 dall'avv. omissis, omissis, ha intimato al Consiglio regionale della Calabria in persona del Presidente con sede legale rappresentante in Reggio Calabria di non disporre delle somme maturate e maturante a credito del omissis matr. 236 fino alla concorrenza dell'importo precettato di € 108.298,23 (Centottomiladuecentonovantotto/23);

CHE il Tribunale di Reggio Calabria - con ordinanza del Giudice dell'Esecuzione depositata il 21 marzo 2013, emessa sulla procedura esecutiva R.G. Es. n. 1543/12 notificata a termine di legge ed acquisita al protocollo generale il 15.05.2013, ha assegnato in pagamento al creditore omissis la somma di 1/5 da trattenere sull'importo netto dello stipendio e delle altre indennità relative al rapporto di lavoro di spettanza del debitore esecutato, fino alla concorrenza dell'importo di € 75.489,49 (sorte capitale € 69.882,46 + interessi legali maturati € 2.174,97 + spese e competenze del titolo esecutivo € 1.575,50 + spese e competenze della procedura esecutiva € 1.450,00 + altre spese € 406,56 come nota allegata Avv. omissis) oltre agli interessi successivi maturandi al tasso legale sulla sorte capitale progressivamente ridotta degli importi pagati con imputazione ex art. 1194 c.c.;

CHE la ordinanza in questione liquida al Consiglio regionale a titolo di rimborso spese la somma di € 50,00;

ACCERTATO che al mese di giugno 2013 risulta trattenuta ed accantonata la somma di € 3.715,58 (Tremilasettecentoquindici/58);

RITENUTO dover procedere alla corresponsione al creditore procedente delle somme sopra esposte;

RITENUTO, altresì, dover procedere al recupero della somma di € 50,00 liquidata al Consiglio regionale a titolo di rimborso spese;

VISTO il D.Lgs. 30 Maggio 2001, n. 165 e s.m.i.;

VISTA la L.R. n. 8/96 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la D.C.R. n. 123 dell'1.08.2011;

VISTA la delibera dell'U.P. n. 67 del 18.04.2001;

VISTA la legge regionale 4 settembre 2001, n. 19 e s.m.i.;

VISTA la legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8;

VISTA la delibera U.P. n. 126 del 21 maggio 2002 recante: "Pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria estratti determine dei Dirigenti Generali e dei Dirigenti, nonché estratti dell'U.P. aventi rilievo interno ed atti di gestione amministrativa. Art. 51, 2° comma L.R. 19/2001 e s.m.i.";

DETERMINA

Per quanto in premessa evidenziato, che qui si intende integralmente riportato ed accolto:

— di dare esecuzione ordinanza del Giudice dell'Esecuzione del Tribunale di Reggio Calabria R.G. Es. n. 1543/12 depositata il 21 marzo 2013 munita di formula esecutiva, emessa sulla procedura esecutiva n. 1543/12, notificata a termine di legge ed acquisita al protocollo generale il 15.05.2013, corrispondendo al creditore omissis la somma complessiva di € 3.715,58 (Tremilasettecentoquindici/58) già accantonata e parte della maggiore somma complessiva di € 75.489,49 (Settantacinquemilaquattrocentoottantanove/49) corrispondente a quando esposto nella nota specifica delle spese trasmessa dall'avv. omissis;

— di accreditare la somma di € 3.715,58 (Tremilasettecentoquindici/58) sul c/c postale intestato al creditore procedente omissis IBAN: omissis;

— Di imputare la spesa complessiva di € 3.715,58 (Tremilasettecentoquindici/58) al cap. 9 art. 9 sub 517 del bilancio del Consiglio Regionale per il c.e.f.;

— Di procedere al recupero della somma di € 50,00 assegnata dal G.E. al Consiglio regionale a titolo di rimborso spese mediante emissione di specifica reversale di incasso emessa sugli emolumenti spettanti al omissis matr. 236;

— Di dare atto che l'Ufficio Trattamento Economico continuerà la trattenuta di 1/5 sullo stipendio del omissis matr. 236 fino alla completa estinzione del debito con imputazione del relativo accertamento al Titolo II cap. 2 sub. 31;

— Di imputare la spesa relativa al rimborso mensile al creditore omissis al cap. 9 art. 9 sub 517;

— Di accreditare la somma mensilmente trattenuta al omissis matr. 236 sul c/c bancario intestato al creditore procedente omissis IBAN: IT omissis;

— Trasmettere il presente provvedimento:

- Al Settore Segreteria Ufficio di Presidenza;
- Al Servizio Bilancio e Ragioneria;
- Al Servizio Legale;
- All'Area Gestione;
- All'avv. omissis;
- Al Sig. omissis matr. 236 - omissis

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001 sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 451 del 20 giugno 2013

Estratto determinazione del Segretario Generale R.P. n. 208 del 14.06.2013 avente ad oggetto: **“Dott. Angelo Gaglioti. Cancellazione definitiva dai ruoli della dotazione organica del Consiglio regionale della Calabria con decorrenza 13.05.2013”**.

SECRETARIATO GENERALE

OMISSIS

IL SEGRETARIO GENERALE

OMISSIS

DETERMINA

Per quanto in narrativa premesso che qui si intende integralmente riportato e confermato di:

1. Prendere atto della nota del 05.06.2013, acquisita agli atti in pari data, prot. gen. n. 26471, con la quale l'Avv. Angelo Gaglioti ha rassegnato le proprie dimissioni volontarie dall'impiego alle dipendenze del Consiglio regionale della Calabria, ai sensi dell'art. 27 ter comma 1 lett. b) CCNL Regioni Autonomie Locali 06.07.1995, con decorrenza 13.05.2013;

2. Cancellare definitivamente dai ruoli della dotazione organica del Consiglio regionale della Calabria l'Avv. Angelo Gaglioti, nato a Reggio Calabria il 28.01.1977 ed ivi residente in via Santa Caterina n. 4, con decorrenza 13.05.2013;

3. Trasmettere copia del presente provvedimento:

— al Settore Risorse Umane;

— al Servizio Bilancio e Ragioneria;

— al Settore Segreteria Ufficio di Presidenza;

— al Servizio Legale;

— all'Avv. Angelo Gaglioti, via Santa Caterina n. 4, Reggio Calabria

DARE ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dal responsabile del procedimento ex art. 4 della L.R. n. 19/2001, sarà pubblicato sul B.U. della Regione Calabria.

Il Segretario Generale
Dott. Nicola Lopez

DETERMINAZIONE n. 455 del 20 giugno 2013

Estratto della determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 189, Reg. Part.re del 07/06/2013 avente per oggetto: **Autisti strutture speciali: Ristoro disagio economico fisico mesi di aprile, maggio 2013.**

SECRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE 4 “GESTIONE”
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

CHE l'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale della Calabria con deliberazione n. 72 del 24 novembre 2010 ha approvato l'attribuzione a tutti i titolari delle strutture speciali di un budget mensile, finalizzato al ristoro del disagio economico e fisico che affrontano gli autisti, la cui residenza dista almeno 10 km da quella del titolare della struttura;

CHE l'U.P., nell'adottare il disciplinare di cui alla deliberazione n. 72 del 24 novembre 2010, ha dato mandato al Settore Risorse Umane di verificarne la corretta applicazione;

CHE, a norma dell'art. 41 del CCNL del comparto Regioni ed autonomie locali 14.09.2000, i dipendenti di ruolo del Consiglio regionale della Calabria per esigenze correlate ai compiti istituzionali possono essere autorizzati ad effettuare la propria attività lavorativa in località diversa dalla dimora abituale e distante più di 10 chilometri dalla ordinaria sede di servizio;

CHE i commi 213, 214 e 216 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006), ai fini del contenimento della spesa, ha inciso profondamente la normativa legislativa e contrattuale in materia di indennità di trasferta, stabilendo, tra l'altro, la soppressione delle indennità di trasferta e di tutte le analoghe disposizioni contenute nei contratti collettivi nazionali e nei provvedimenti di recepimento di accordi sindacali, nonché disponendo che al personale appartenente alle amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. che si reca in missione all'estero il rimborso delle spese di viaggio in aereo spetta nel limite delle spese per la classe economica;

RITENUTO che le norme recate dai commi 213 e 216 della L. 266/2005, debbano trovare diretta applicazione anche per il Consiglio regionale della Calabria fino a quando lo stesso non si determinerà nel merito ai sensi del comma 214;

TENUTO CONTO che, per gli istituti non incisi dalla Legge n. 266/2005, si continuano ad applicare le norme contenute nell'art. 41 del CCNL e nella Legge 18.12.1973, n. 836 e s.m.i.;

RILEVATO che le indennità di ristoro disagio economico fisico attribuite agli autisti delle strutture speciali mesi di aprile, maggio 2013 sono state istruite dal competente Ufficio;

VISTO il tabulato riepilogativo predisposto dal responsabile del procedimento che, allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

RITENUTO dover procedere alla liquidazione delle somme a ciascuno spettanti;

VISTO il D.Lgs. 30 Maggio 2001, n. 165, e s.m.i.;

VISTA la L.R. n. 8/96 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la D.C.R. n. 400 del 18.01.2000;

VISTA la delibera dell'U.P. n. 67 del 18.04.2001;

VISTA la legge regionale 4 settembre 2001, n. 19 e s.m.i.;

VISTA la legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8;

VISTA la legge 15 dicembre 1973, n. 836 e successive modificazioni;

VISTO l'art. 31 della legge regionale 30 maggio 1980, n. 15;

VISTA la delibera U.P. n. 126 del 21 maggio 2002 recante: "Pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria estratti determine dei Dirigenti Generali e dei Dirigenti, nonché estratti dell'U.P. aventi rilievo interno ed atti di gestione amministrativa. Art. 51, 2° comma L.R. 19/2001 e s.m.i.";

DETERMINA

Per quanto in premessa evidenziato, che qui si intende integralmente riportato ed accolto:

1. Di liquidare, ai sensi della deliberazione U.P. n. 72 del 24 novembre 2010, l'indennità di ristoro mesi di aprile, maggio 2013 agli autisti delle SS per le somme a ciascuno dovute secondo il prospetto riepilogativo allegato al presente provvedimento;
2. Di imputare la spesa complessiva di € 2.120,00 sul capitolo 4 art. 2 sub 280;
3. Trasmettere il presente provvedimento:
 - Alla Segreteria Ufficio di Presidenza;
 - Al Servizio Bilancio e Ragioneria;
 - Al Dirigente dell'Area Funzionale "Gestione".

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001 sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 456 del 24 giugno 2013

Estratto della determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 164 Reg. Part.re del 15.05.2013 avente per oggetto: **Sig. Saverio CALAFIORE dipendente Comune di Reggio Calabria, rimborso competenze ed oneri previdenziali per il periodo 01.01.2012 al 31.12.2012.**

SEGRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE 4 "GESTIONE"
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

VISTO il D.Lgs. 30 Maggio 2001, n. 165, e s.m.i.;

VISTA la L.R. n. 8/96 e s.m.i.;

VISTE le Deliberazioni dell'Ufficio di Presidenza;

VISTA la propria determinazione R.G. n. 528 del 27.06.2011 e di presa d'atto del comando e proroga R.G. 157 dell'1.03.2012 e ulteriore proroga R.G. n. 406 del 24.07.2012 presso il Consiglio regionale S.S. dell'On. Antonino De Gaetano dal 18.05.2011 al 17.05.2012 e dal 18.05.2012 al 17.05.2013 del dipendente del comune di Reggio Calabria Sig. Saverio Calafiore nato a Reggio Calabria il 19.04.1956 ed ivi residente in via Boschicello civ. 20;

CONSIDERATO che con nota acquisita in atti in data 28.01.2013 prot. gen. 4470 del settore Organizzazione e Risorse Umane con cui la stessa ha richiesto il rimborso delle competenze ed oneri relativi al periodo 01.01.2012 al 31.12.2012 per l'importo complessivo di € 26.520,61 come da prospetti allegati alla presente determinazione;

CONSIDERATO che la voce relativa all'IRAP è oggetto di rimborso solo per il mese di gennaio 2012, come risulta da nota del Settore Risorse Umane del Consiglio Regionale della Calabria del 12.01.2012 n. prot. 1676;

RITENUTO di dover procedere al rimborso della somma di € 26.520,61 (ventisettemilanovecentoquattro/40) come da prospetti allegati alle richieste del Comune di Reggio Calabria sopra citate ed allegate alla presente determinazione.

RILEVATO che le spese devono essere poste a carico del Consiglio Regionale della Calabria così come previsto dal D.P.R. n. 3/57 e s.m.i.;

CONSIDERATO che l'adozione del presente provvedimento rientra nelle competenze del responsabile del Settore Risorse Umane;

TENUTO CONTO che sono stati acquisiti tutti i documenti che comprovano il diritto del creditore e che quindi si sono realizzate le condizioni stabilite per la liquidazione della spesa (art. 45 L.R. 8/2002);

VISTA la delibera U.P. n. 126 del 21 maggio 2002 recante: "Pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria

estratti determine dei Dirigenti Generali e dei Dirigenti, nonché estratti dell'U.P. aventi rilievo interno ed atti di gestione amministrativa. Art. 51, 2° comma L.R. 19/2001 e s.m.i.”;

DATO ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001;

DETERMINA

Per quanto in premessa evidenziato, che qui si intende integralmente riportato ed accolto:

1. Di prendere atto dei prospetti contabili analitici allegati alle sopra citate note del comune di Reggio Calabria per un totale complessivo di € 26.520,61 (ventiseimilacinquecentoventi,61);

2. Di rimborsare al comune di Reggio Calabria, in virtù di quanto suesposto, la somma complessiva € 26.520,61 (ventiseimilacinquecentoventi,61) relativa alle competenze anticipate per il periodo sopra citato a favore del Sig. Saverio Calafiore mediante versamento da eseguire sul conto della Tesoreria Comunale - Banco di Napoli - filiale di viale Zerbi - IBAN: IT32S 01010 163061 000 000 46070 (specificando la causale del versamento ed informando l'uff. Finanze sez. Entrate palazzo Ce. Dir. 89100 (RC)

3. Di imputare la spesa compressiva di € 26.520,61 (ventiseimilacinquecentoventi,61) sul cap. 4 art. 2 sub 271 aventi la necessaria capienza;

4. di autorizzare l'ufficio economico ad emettere i relativi ordinativi di pagamento;

5. Trasmettere il presente provvedimento:

— Alla Segreteria Ufficio di Presidenza;

— Al Settore Bilancio e Ragioneria;

— All'Area Gestione;

— Al Comune di Reggio Calabria sett. Organizzazione e Risorse Umane c/o CE.DIR. 89100 RC.

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001 sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 457 del 24 giugno 2013

Estratto della Determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 202 del Reg. Part.re del 17.06.2013 avente ad oggetto: **Dipendente ... omissis ... Interdizione dal lavoro per maternità a decorrere dal 27.05.2013 al 25.06.2013 - D.Lgs. 151/2001 - art. 17, comma 2, lett. a).**

SECRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE GESTIONE
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

PREMESSO

CHE ... omissis ... nata a ... omissis ed ivi residente in ... omissis, dipendente ... omissis, ha chiesto all'ASP Lamezia Terme - Servizio Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti Lavoro (SPISAL), ai sensi dell'art. 17, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 151/2001, l'interdizione dal lavoro per complicità della gestazione dal giorno 27.05.2013 al 25.06.2013;

CHE l'Azienda Sanitaria Provinciale - SPISAL, Ambito Territoriale di Lamezia Terme a seguito della suddetta istanza e del certificato medico rilasciato in data 27.05.2013, ha disposto con provvedimento n. 422/13/LM del 05.06.2013, acquisito in data 10.06.2013 prot. gen. n. 27163 e trasmesso con nota del dirigente del ... omissis ... del 10.06.2013 prot. gen. n. 27200 e presa incarico in data 11.06.2013, l'interdizione dal lavoro in favore della dipendente ... omissis dal 27.05.2013 al 25.06.2013, ai sensi dell'art. 17, comma 2, lett. a);

RITENUTO di dover prendere atto del su indicato provvedimento;

VISTO il D.Lgs. 151/2001 ed in particolare gli artt. 17, comma 2, lett. a) e 22, commi 3 e 5;

VISTO il CCNL 14.09.2000 ed in particolare l'art. 17, punto 4;

VISTA la Delibera U.P. n. 126 del 21 maggio 2002 recante "Pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria estratti determine dei Dirigenti Generali e dei Dirigenti, nonché estratti dell'U.P. aventi rilievo interno ed atti di gestione amministrativa. Art. 51, 2° comma L.R. 19/2001";

VISTA la legge regionale n. 8/1996;

VISTA la D.C.R. n. 123 dell'1.08.2011;

VISTO il Regolamento sull'ordinamento degli Uffici e dei Servizi approvato con deliberazione dell'Ufficio di presidenza n. 67 del 18.04.2001, pubblicato sul B.U.R Calabria n. 51 del 24.05.2001, ed in particolare l'art. 14, comma 4, lett. o, e l'art. 54;

VISTO il D.Lgs. 165/2001, come modificato dalla L. n. 145/2002;

VISTA la legge regionale 4 settembre 2001, n. 19;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti, ex capo II art. 4 della legge regionale n. 19/2001;

Assume la seguente

DETERMINAZIONE

Per quanto in premessa evidenziato, che qui si intende integralmente riportato ed accolto:

Prendere atto del provvedimento n. 422/13/LM del 05.06.2013 dell'ASP, S.P.I.S.A.L. di Lamezia Terme, acquisito in data 10.06.2013 prot. gen. n. 27163 e presa in carico in data 11.06.2013, attraverso il quale si dispone l'interdizione dal lavoro, ai sensi dell'art. 17, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 151/2001, in favore della dipendente ... omissis dall'1.02.2012 al 31.01.2015, ... omissis e per l'effetto:

— Collocare la suddetta dipendente in interdizione dal lavoro ai sensi della citata normativa, dal 27.05.2013 al 25.06.2013;

— Precisare che, ai sensi del D.Lgs. n. 151/2001. Tale periodo deve essere computato nell'anzianità di servizio a tutti gli effetti, compresi quelli relativi alla tredicesima mensilità o alla gratifica natalizia e alle ferie (art. 22, comma 3);

— Tale periodo viene valutato, ai fini della progressione nella carriera, come attività lavorativa (art. 22, comma 5);

— Sono fatte salve le condizioni di maggior favore stabilite da leggi, regolamenti, contratti collettivi e da ogni altra disposizione (art. 1, comma 2);

Disporre, pertanto, ai sensi dell'art. 17, comma 4, del CCNL 14.09.2000, che per tutto il periodo di interdizione spetta l'intera retribuzione fissa mensile nonché le quote di salario accessorio fisse e ricorrenti;

Trasmettere copia della presente Determinazione:

1. All'Area Funzionale Gestione;
2. Al Settore Risorse Umane, per il seguito di competenza.
3. Al ... omissis;

Notificare, a termine di legge, copia della presente Determinazione all'interessata, ... omissis, per opportuna conoscenza e norma.

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001, sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 458 del 24 giugno 2013

Estratto della determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 163 Reg. Part.re del 15.05.2013 avente per oggetto: **Sig.ra Rosanna TRIMBOLI dipendente Comune di Reggio Calabria. Rimborso competenze ed oneri previdenziali per il periodo 26.11.2012 al 31.12.2012.**

SEGRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE 4 "GESTIONE"
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

VISTO il D.Lgs. 30 Maggio 2001, n. 165, e s.m.i.;

VISTA la L.R. n. 8/96 e s.m.i.;

VISTE le Deliberazioni dell'Ufficio di Presidenza;

VISTA la propria determinazione R.G. n. 215 del 10.03.2013 e di presa d'atto del comando e determinazione n. 293 del 10.04.2013 indicante la data dal 27.11.2012 al 25.11.2013 presso il Consiglio regionale S.S. del Presidente Comm. Spec. di Vigilanza On. Aurelio Chizzoniti della dipendente del comune di Reggio Calabria Sig.ra Rosanna TRIMBOLI nata a Reggio Calabria il 06.04.1956 ed ivi residente in via Sbarre Inferiori civ. 351;

CONSIDERATO che con nota acquisita in atti in data 04.02.2013 prot. gen. 5746 del settore Organizzazione e Risorse Umane con cui la stessa ha richiesto il rimborso delle competenze ed oneri relativi al periodo 26.11.2012 al 31.12.2012 per l'importo complessivo di € 3.196,18 come da prospetti allegati alla presente determinazione;

CONSIDERATO inoltre che con nota prot. Gen. 51619 del 27.11.2012 veniva data comunicazione che a decorrere dalla data di presa di servizio presso il Consiglio Regionale della Calabria (26.11.2012) l'IRAP relativa al trattamento economico fondamentale verrà versata direttamente dall'Ente scrivente pertanto alla luce di quanto appena indicato la giusta somma rimborsabile è quantificata in € 3.167,78.

RITENUTO di dover procedere al rimborso della somma di € 3.167,78 come da prospetti allegati alle richieste del Comune di Reggio Calabria sopra citate ed allegate alla presente determinazione.

RILEVATO che le spese devono essere poste a carico del Consiglio Regionale della Calabria così come previsto dal D.P.R. n. 3/57 e s.m.i.;

CONSIDERATO che l'adozione del presente provvedimento rientra nelle competenze del responsabile del Settore Risorse Umane;

TENUTO CONTO che sono stati acquisiti tutti i documenti che comprovano il diritto del creditore e che quindi si sono realizzate le condizioni stabilite per la liquidazione della spesa (art. 45 L.R. 8/2002);

VISTA la delibera U.P. n. 126 del 21 maggio 2002 recante: “Pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria estratti determine dei Dirigenti Generali e dei Dirigenti, nonché estratti dell’U.P. aventi rilievo interno ed atti di gestione amministrativa. Art. 51, 2° comma L.R. 19/2001 e s.m.i.”;

DATO ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001;

DETERMINA

Per quanto in premessa evidenziato, che qui si intende integralmente riportato ed accolto:

1. Di prendere atto dei prospetti contabili analitici allegati alle sopra citate note del comune di Reggio Calabria per un totale complessivo di € 3.167,78 (tremilacentosessantasette,78);

2. Di rimborsare al comune di Reggio Calabria, in virtù di quanto suesposto, la somma complessiva € 3.167,78 relativa alle competenze anticipate per il periodo sopra citato a favore della sig.ra Rosanna TRIMBOLI mediante versamento da eseguire sul conto della Tesoreria Comunale - Banco di Napoli - filiale di viale Zerbi - IBAN: IT32S 01010 163061 000 000 46070 (specificando la causale del versamento ed informando l’uff. Finanze sez. Entrate palazzo Ce.Dir. 89100 (RC)

3. Di imputare la spesa complessiva di € 3.167,78 (tremilacentosessantasette,78) sul cap. 4 art. 2 sub 271 aventi la necessaria capienza;

4. di autorizzare l’ufficio economico ad emettere i relativi ordinativi di pagamento;

5. Trasmettere il presente provvedimento:

— Alla Segreteria Ufficio di Presidenza;

— Al Settore Bilancio e Ragioneria;

— All’Area Gestione;

— Al Comune di Reggio Calabria sett. Organizzazione e Risorse Umane c/o CE.DIR. 89100 RC.

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001 sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 459 del 24 giugno 2013

Estratto della Determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 200 del Reg. Part.re del 14.06.2013 avente ad oggetto: **Dipendente Consiglio regionale della Calabria ... omissis ... Interdizione dal lavoro per maternità a decorrere dal 17.05.2013 al 15.06.2013 - D.Lgs. 151/2001 - art. 17, comma 2, lett. a).**

SECRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE 4 “GESTIONE”
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

CHE ... omissis nata a ... omissis e residente a ... omissis in ... omissis, dipendente del Consiglio Regionale della Calabria, assegnata presso il ... omissis ha chiesto all’ASP di Reggio Calabria - Servizio Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti Lavoro (SPISAL), ai sensi dell’art. 17, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 151/2001, l’interdizione dal lavoro per complicità della gestazione dal giorno 17.05.2013 al 15.06.2013;

CHE l’Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria - SPISAL, a seguito della suddetta istanza e dei certificati medici rilasciati in data 17.05.2013 ed in data 20.05.2013, ha disposto con provvedimento n. 695 del 13.06.2013, acquisito dal settore Risorse Umane in data 13.06.2013 al prot. Gen. n. 27786, l’interdizione dal lavoro in favore della dipendente ... omissis dal 17.05.2013 al 15.06.2013, ai sensi dell’art. 17, comma 2, lett. a);

RITENUTO di dover prendere atto del su indicato provvedimento;

VISTO il D.Lgs. 151/2001 ed in particolare gli artt. 17, comma 2, lett. a) e 22, commi 3 e 5;

VISTO il CCNL 14.09.2000 ed in particolare l’art. 17, punto 4;

VISTA la Delibera U.P. n. 126 del 21 maggio 2002 recante “Pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria estratti determine dei Dirigenti Generali e dei Dirigenti, nonché estratti dell’U.P. aventi rilievo interno ed atti di gestione amministrativa. Art. 51, 2° comma L.R. 19/2001”;

VISTA la legge regionale n. 8/1996;

VISTA la D.C.R n. 123 dell’1.08.2011;

VISTO il Regolamento sull’ordinamento degli Uffici e dei Servizi approvato con deliberazione dell’Ufficio di presidenza n. 67 del 18.04.2001, pubblicato sul B.U.R. Calabria n. 51 del 24.05.2001, ed in particolare l’art. 14, comma 4, lett. o, e l’art. 54;

VISTO il D.Lgs. 165/2001, come modificato dalla L. n. 145/2002;

VISTA la legge regionale 4 settembre 2001, n. 19;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti, ex capo II art. 4 della legge regionale n. 19/2001;

Assume la seguente

DETERMINAZIONE

Per quanto in premessa evidenziato, che qui si intende integralmente riportato ed accolto:

Prendere atto del provvedimento n. 695 del 13.06.2013 dell'ASP di Reggio Calabria, assunto al protocollo dello scrivente settore in data 13.06.2013 al prot. Gen. n. 27786, attraverso il quale si dispone l'interdizione dal lavoro, ai sensi dell'art. 17, comma 2, lett. a) del D.Lgs. 151/2001, in favore della dipendente del Consiglio regionale ... omissis e per l'effetto:

— Collocare la suddetta dipendente in interdizione dal lavoro ai sensi della citata normativa, dal 17.05.2013 al 15.06.2013;

Precisare che, ai sensi del D.Lgs. n. 151/2001:

— Tale periodo deve essere computato nell'anzianità di servizio a tutti gli effetti, compresi quelli relativi alla tredicesima mensilità o alla gratifica natalizia e alle ferie (art. 22, comma 3);

— Tale periodo viene valutato, ai fini della progressione nella carriera, come attività lavorativa (art. 22, comma 5);

— Sono fatte salve le condizioni di maggior favore stabilite da leggi, regolamenti, contratti collettivi e da ogni altra disposizione (art. 1, comma 2);

Disporre, pertanto, ai sensi dell'art. 17, comma 4, del CCNL 14.09.2000, che per tutto il periodo di interdizione spetta l'intera retribuzione fissa mensile nonché le quote di salario accessorio fisse e ricorrenti;

Trasmettere copia della presente Determinazione:

1. All'Area Funzionale Gestione;
2. Al... omissis;

Notificare, a termine di legge, copia della presente Determinazione all'interessata, omissis, ... omissis, ... per opportuna conoscenza e norma.

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001, sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 460 del 24 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale R.P. n. 204 del 06.06.2013 avente per oggetto: «**Sig. Pasquale Angelo SCI-GLITANO nato a Taurianova (RC) il 17/12/1972. Conferimento incarico di "Collaboratore esperto al 50%" del Segretario Questore, On.le Giovanni NUCERA, con decorrenza 01/06/2013.**».

SEGRETARIATO GENERALE

IL SEGRETARIO GENERALE

OMISSIS

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti, ex capo II della Legge regionale 19/2001;

DETERMINA

Per quanto in narrativa premesso che qui si intende integralmente riportato e confermato di:

1. Conferire con effetto dall'1.06.2013 al Sig. Pasquale Angelo SCI-GLITANO nato a Taurianova (RC) il 17/12/1972 ed ivi residente in Via F.S. Alessio V Trav n. 6, in possesso di laurea ed estraneo alla P.A., l'incarico di collaboratore esperto al 50% dell'On.le Giovanni NUCERA ai sensi della L.R. n. 25/2001, art. 3;

2. Prendere atto che l'incarico in argomento si risolve di diritto il 31.03.2015 (data di presunta fine legislatura), salvo revoca anticipata della nomina o cessazione per qualsiasi causa sia dalla carica istituzionale ricoperta, sia dalla carica di consigliere regionale dell'on.le Giovanni NUCERA;

3. Stabilire che il conferimento dell'incarico di che trattasi non costituisce immissione nella dotazione organica del Consiglio regionale, né titolo preferenziale a questo fine;

4. Stipulare con il Sig. Pasquale Angelo SCI-GLITANO il contratto di collaborazione coordinata e continuativa di cui all'allegato schema che fa parte integrante del presente provvedimento;

5. Corrispondere al Sig. Pasquale Angelo SCI-GLITANO il 50% del trattamento economico pari a € 1.558,62 lordi, erogato mensilmente, previsto dalla delibera U.P. n. 16 del 05.06.2007 per il collaboratore, di cui all'art. 1 quater, comma 4 della L.R. n. 14/2000, come modificato ed integrato dall'art. 3 della L.R. n. 25/2001;

6. Di far gravare la spesa complessiva di € 34.289,64 sul cap. 4 art. 2 sub 270 del bilancio del Consiglio regionale che presenta la necessaria disponibilità;

7. Trasmettere copia del presente provvedimento:

— Al Dirigente Area Istituzionale n. 1, dott. Giovanni FE-DELE;

— Al dirigente del Settore “Segreteria Ufficio di Presidenza”;

— Al Dirigente del Servizio Bilancio e Ragioneria;

— Al dirigente del Settore Risorse Umane per quanto di rispettiva competenza;

— Al dirigente del Servizio “Struttura Supporto Gruppi e Strutture Speciali” dott. Nicola LOPEZ;

— all’On.le Giovanni NUCERA;

— all’interessato, Sig. Pasquale Angelo SCIGLITANO, per conoscenza e norma.

DARE ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dal responsabile del procedimento ex art. 4 della L.R. n. 19/2001, sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Segretario Generale
Dott. Nicola Lopez

DETERMINAZIONE n. 461 del 26 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale R.P. n. 194 del 28.04.2013 avente per oggetto: **“Sig.ra Stefania CAMPAGNA, nata a Reggio Calabria il 04/06/1970. Assegnazione dell’incarico di Collaboratore esperto al 100% dell’On.le Nazareno SALERNO con decorrenza 25/04/2013”.**

SECRETARIATO GENERALE

IL SEGRETARIO GENERALE

OMISSIS

Alla stregua dell’istruttoria compiuta dalle strutture competenti, ex capo II della Legge regionale 19/2001;

DETERMINA

Per quanto in narrativa premesso che qui si intende integralmente riportato e confermato di:

1. Conferire con effetto dal 25.04.2013, alla Sig.ra. Stefania CAMPAGNA, nata a Reggio Calabria il 04/06/1970 ed ivi residente in Via Nino Bixio n. 21, in possesso di Diploma di Laurea ed estranea alla P.A, l’incarico di collaboratore esperto al 100% dell’On.le Nazareno SALERNO, ai sensi della L.R. n. 25/2001, art. 3;

2. Prendere atto che l’incarico in argomento si risolve di diritto il 31.03.2015 (data di presunta fine legislatura), salvo revoca anticipata della nomina o cessazione per qualsiasi causa della carica di Consigliere, dell’On.le Nazareno SALERNO;

3. Stabilire che il conferimento dell’incarico di che trattasi non costituisce immissione nella dotazione organica del Consiglio regionale, né titolo preferenziale a questo fine;

4. Stipulare con la Sig.ra Stefania CAMPAGNA il contratto di collaborazione coordinata e continuativa di cui all’allegato schema che fa parte integrante del presente provvedimento;

5. Corrispondere alla Sig.ra Stefania CAMPAGNA il 100% del trattamento economico pari a € 3.117,24 lordi, erogato mensilmente, previsto dalla delibera U.P. n. 16 del 05.06.2007 per il collaboratore, di cui all’art. 1 quater, comma 4 della L.R. n. 14/2000, come modificato ed integrato dall’art. 3 della L.R. n. 25/2001;

6. Di far gravare la spesa complessiva di € 72.319,97 sul cap. 4 art. 2 sub 270 del bilancio del Consiglio regionale che presenta la necessaria disponibilità;

7. Trasmettere copia del presente provvedimento:

— Al Dirigente Area Istituzionale Avv. Giovanni FEDELE;

— Al Dirigente del Servizio Bilancio e Ragioneria;

— Al Dirigente del Settore Risorse Umane per quanto di rispettiva competenza;

— Al Dirigente del Servizio Strutt. Supporto Ausiliaria ai Gruppi ed alle Strutture Speciali;

— All’On.le Nazareno SALERNO;

— All’Interessata, Sig.ra Stefania CAMPAGNA per conoscenza e norma.

DARE ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dal responsabile del procedimento ex art. 4 della L.R. n. 19/2001, sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Segretario Generale
Dott. Nicola Lopez

DETERMINAZIONE n. 462 del 26 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale R.P. n. 207 del 06.06.2013 avente per oggetto: «**Sig.ra Caterina VELTRI nata a Cosenza l'1/08/1965. Conferimento incarico di "Collaboratore esperto al 50%" della Struttura speciale on.le Salvatore Pacenza, con decorrenza 18/05/2013**».

SECRETARIATO GENERALE

IL SEGRETARIO GENERALE

OMISSIS

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti, ex capo II della Legge regionale 19/2001;

DETERMINA

Per quanto in narrativa premesso che qui si intende integralmente riportato e confermato di:

1. Conferire con effetto dal 18.05.2013 alla Sig.ra Caterina VELTRI nata Cosenza il 01/08/1965 e residente a Zumpano (CS) in Via B.F. Marino n. 114, in possesso di laurea ed estranea alla P.A., l'incarico di collaboratore esperto al 50% dell'On.le Salvatore PACENZA ai sensi della L.R. n. 25/2001, art. 3;

2. Prendere atto che l'incarico in argomento si risolve di diritto il 31.03.2015 (data di presunta fine legislatura), salvo revoca anticipata della nomina o cessazione per qualsiasi causa sia dalla carica istituzionale ricoperta, sia dalla carica di consigliere regionale dell'on.le Salvatore PACENZA;

3. Stabilire che il conferimento dell'incarico di che trattasi non costituisce immissione nella dotazione organica del Consiglio regionale, né titolo preferenziale a questo fine;

4. Stipulare con la Sig.ra Caterina VELTRI il contratto di collaborazione coordinata e continuativa di cui all'allegato schema che fa parte integrante del presente provvedimento;

5. Corrispondere alla Sig.ra Caterina VELTRI il 50% del trattamento economico pari a € 1.558,62 lordi, erogato mensilmente, previsto dalla delibera U.P. n. 16 del 05.06.2007 per il collaboratore, di cui all'art. 1 quater, comma 4 della L.R. n. 14/2000, come modificato ed integrato dall'art. 3 della L.R. n. 25/2001;

6. Di far gravare la spesa complessiva di € 34.965,04 sul cap. 4 art. 2 sub 270 del bilancio del Consiglio regionale che presenta la necessaria disponibilità;

7. Trasmettere copia del presente provvedimento:

— Al Dirigente Area Istituzionale n. 1, dott. Giovanni FEDELE;

— Al dirigente del Settore "Segreteria Ufficio di Presidenza";

— Al Dirigente del Servizio Bilancio e Ragioneria;

— Al dirigente del Settore Risorse Umane per quanto di rispettiva competenza;

— Al dirigente del Servizio "Struttura Supporto Gruppi e Strutture Speciali" dott. Nicola LOPEZ;

— all'On.le Salvatore PACENZA;

— all'interessata, Sig.ra Caterina VELTRI, per conoscenza e norma.

DARE ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dal responsabile del procedimento ex art. 4 della L.R. n. 19/2001, sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Segretario Generale
Dott. Nicola Lopez

DETERMINAZIONE n. 463 del 26 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale avente ad oggetto: **Sig. CALAFIORE Saverio dipendente del Comune di Reggio Calabria, comandato presso il Consiglio regionale della Calabria. Assegnazione presso la Struttura Speciale dell'On. Antonino DE GAETANO - Consiglio regionale della Calabria, a decorrere dal 18/05/2013 e fino al 17/05/2014.**

SECRETARIATO GENERALE

IL SEGRETARIO GENERALE

Omissis

Assume la seguente

DETERMINAZIONE

Per quanto in narrativa premesso che qui si intende integralmente riportato e confermato:

Di prendere atto della Determinazione del Dirigente del Settore Risorse Umane Reg. Gen.le n. 405 del 29/05/2013 che prevede l'impegno di spesa di € 26.014,52 relativa all'utilizzo di un anno - dal 18/05/2013 e fino al 17/05/2014 - in posizione di comando del sig. Calafiore Saverio presso il Consiglio regionale della Calabria, imputandola al Capitolo 4, art. 1, sub 121 (Rimborso Enti personale comandato strutture burocratiche);

Di stabilire che l'assegnazione presso la Struttura Speciale dell'on. Antonino De Gaetano decorre dal 18/05/2013 e fino al 17/05/2014;

Di disimpegnare la somma di € 26.014,52 sul Capitolo 4, art. 1, sub 121;

Di impegnare la somma di € 26.014,52 sul Capitolo 4, art. 2, sub 271;

Di impegnare la somma di € 20.280,95 relativa all'indennità di struttura sul Capitolo 4 art. 2 sub 270 che presenta la necessaria disponibilità.

Di trasmettere:

- Alla Struttura Speciale del'on. Antonino De Gaetano;
- Al Segretario Generale, Dott. Nicola Lopez;
- Al Dirigente dell'Area Istituzionale, Avv. Giovanni Fedele;
- Al Servizio Struttura ausiliaria di supporto ai Gruppi consiliari ed alle Strutture Speciali;
- Al Settore Risorse Umane ed al Settore Bilancio e Ragioneria per il seguito di competenza;
- All'interessato per opportuna conoscenza e norma, sig. Calafiore Saverio.

Di dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001, sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Segretario Generale
Dott. Nicola Lopez

DETERMINAZIONE n. 464 del 26 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale R.P. n. 202 del 06.06.2013 avente per oggetto: «**Sig. Giuseppe BRIGLIO nato a Cosenza il 18/08/1986. Conferimento incarico di "Collaboratore esperto al 50%" del Consigliere regionale, On.le Michele TREMATERRA, con decorrenza 01/06/2013**».

SECRETARIATO GENERALE

IL SEGRETARIO GENERALE

OMISSIS

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti, ex capo II della Legge regionale 19/2001;

DETERMINA

Per quanto in narrativa premesso che qui si intende integralmente riportato e confermato di:

1. Conferire con effetto dall'1.06.2013 al Sig. Giuseppe BRIGLIO nato a Cosenza il 18/08/1986 e residente a Cleto (CS) in Via Marina di Savuto n. 47, in possesso di diploma ed estraneo alla P.A., l'incarico di collaboratore esperto al 50% dell'On.le Michele TREMATERRA ai sensi della L.R. n. 25/2001, art. 3;

2. Prendere atto che l'incarico in argomento si risolve di diritto il 31.03.2015 (data di presunta fine legislatura), salvo revoca anticipata della nomina o cessazione per qualsiasi causa sia dalla carica istituzionale ricoperta, sia dalla carica di consigliere regionale dell'on.le Michele TREMATERRA;

3. Stabilire che il conferimento dell'incarico di che trattasi non costituisce immissione nella dotazione organica del Consiglio regionale, né titolo preferenziale a questo fine;

4. Stipulare con il Sig. Giuseppe BRIGLIO il contratto di collaborazione coordinata e continuativa di cui all'allegato schema che fa parte integrante del presente provvedimento;

5. Corrispondere al Sig. Giuseppe BRIGLIO il 50% del trattamento economico pari a € 1.558,62 lordi, erogato mensilmente, previsto dalla delibera U.P. n. 16 del 05.06.2007 per il collaboratore, di cui all'art. 1 quater, comma 4 della L.R. n. 14/2000, come modificato ed integrato dall'art. 3 della L.R. n. 25/2001;

6. Di far gravare la spesa complessiva di € 34.289,64 sul cap. 4 art. 2 sub 270 del bilancio del Consiglio regionale che presenta la necessaria disponibilità;

7. Trasmettere copia del presente provvedimento:

- Al Dirigente Area Istituzionale n. 1, dott. Giovanni FEDELE;
- Al dirigente del Settore "Segreteria Ufficio di Presidenza";
- Al Dirigente del Servizio Bilancio e Ragioneria;
- Al dirigente del Settore Risorse Umane per quanto di rispettiva competenza;
- Al dirigente del Servizio "Struttura Supporto Gruppi e Strutture Speciali" dott. Nicola LOPEZ;
- all'On.le Michele TREMATERRA;
- all'interessato, Sig. Giuseppe BRIGLIO, per conoscenza e norma.

DARE ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dal responsabile del procedimento ex art. 4 della L.R. n. 19/2001, sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Segretario Generale
Dott. Nicola Lopez

DETERMINAZIONE n. 465 del 26 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale R.P. n. 206 del 06.06.2013 avente per oggetto: «**Sig. Domenico RIZZO nato a Umbriatico (KR) il 09/02/1971. Conferimento incarico “autista al 50%” nella Struttura Speciale dell'on.le Salvatore PACENZA, Presidente III Commissione consiliare, dal 18.05.2013.**».

SECRETARIATO GENERALE

IL SEGRETARIO GENERALE

OMISSIS

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti, ex capo II della Legge regionale 19/2001;

DETERMINA

Per quanto in narrativa premesso che qui si intende integralmente riportato e confermato di:

1. Conferire dal 18.05.2013 l'incarico di “autista al 50%” della struttura dell'on.le Salvatore PACENZA, al sig. Domenico RIZZO nato a Umbriatico (KR) il 09/02/1971 ed ivi residente in Via G.A. Bisvallo n. 20, in possesso di diploma ed estraneo alla P.A.;

2. Prendere atto che il sig. Domenico RIZZO presterà la propria attività di Componente esterno in base a rapporto di diritto privato a termine con corrispettivo mensile pari a € 1.196,12 lordi attribuito ai componenti delle Strutture speciali ai sensi e per gli effetti della deliberazione U.P. n. 16 del 05.06.2007;

3. Stabilire che l'incarico in argomento si risolve il 31.03.2015 (data presunta fine legislatura) salvo revoca anticipata della nomina o cessazione per qualsiasi causa sia dalla carica istituzionale ricoperta, sia dalla carica di consigliere regionale dell'on.le Salvatore PACENZA;

4. Stabilire che il conferimento dell'incarico di che trattasi non costituisce immissione nella dotazione organica del Consiglio regionale, né titolo preferenziale a questo fine;

5. Stipulare con il sig. Domenico RIZZO il contratto che costituisce parte integrante del presente provvedimento, redatto secondo lo schema approvato dall'U. P. con deliberazione n. 18 del 06.02.01;

6. Di far gravare la spesa complessiva di € 26.832,96 sul cap. 4 art. 2 sub 270 del bilancio del Consiglio regionale che presenta la necessaria disponibilità;

7. Trasmettere copia del presente provvedimento:

— Al dirigente dell'Area istituzionale n. 1 dott. Giovanni FEDELE;

— Al dirigente del Settore “Segreteria Ufficio di Presidenza”;

— Al Dirigente del Settore Risorse Umane;

— Al dirigente del Servizio Bilancio e ragioneria;

— Al dirigente del Servizio “Struttura Supporto Ausiliaria Gruppi e Strutture speciali”, dott. LOPEZ;

— all'On Salvatore PACENZA;

— all'interessato, sig. Domenico RIZZO per conoscenza e norma.

DARE ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001 sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Segretario Generale
Dott. Nicola Lopez

DETERMINAZIONE n. 466 del 26 giugno 2013

Estratto della determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 165 Reg. Part.re del 15.05.2013 avente per oggetto: **Sig. Emanuele SCARPELLI dipendente Provincia di Cosenza. Rimborso competenze ed oneri previdenziali per il periodo 01.01.2012 al 31.12.2012.**

SECRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE 4 “GESTIONE”
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

VISTO il D.Lgs. 30 Maggio 2001, n. 165, e s.m.i.;

VISTA la L.R. n. 8/96 e s.m.i.;

VISTE le Deliberazioni dell'Ufficio di Presidenza;

VESTA la propria determinazione R.G. n. 485 del 15.06.2011 di presa d'atto del comando presso il Consiglio regionale e proroga comando R.G. n. 350 del 18.06.2012, S.S. dell'On. Mario Maiolo, dal 03.05.2011 al 02.05.2012 e dal 03.05.2012 al 02.05.2013 del Sig. Emanuele SCARPELLI nato a Zumpano (CS) il 05.01.1959 ed ivi residente in via G. Matteotti civ. 38, dipendente della Provincia di Cosenza;

CONSIDERATO che con nota acquisita in atti in data 12.02.2012 prot. gen. 7677 del settore Organizzazione e Risorse Umane con cui l'ente di appartenenza ha richiesto il rimborso delle competenze ed oneri relativi al periodo 01.01.2012 al 31.12.2012 per l'importo complessivo di € 28.241,94 come da prospetti allegati alla presente determinazione;

RITENUTO di dover procedere al rimborso della somma di € 28.241,94 come da prospetti allegati alle richieste della Provincia di Cosenza sopra citate ed allegate alla presente determinazione.

RILEVATO che le spese devono essere poste a carico del Consiglio Regionale della Calabria così come previsto dal D.P.R. n. 3/57 e s.m.i.;

CONSIDERATO che l'adozione del presente provvedimento rientra nelle competenze del responsabile del Settore Risorse Umane;

TENUTO CONTO che sono stati acquisiti tutti i documenti che comprovano il diritto del creditore e che quindi si sono realizzate le condizioni stabilite per la liquidazione della spesa (art. 45 L.R. 8/2002);

VISTA la delibera U.P. n. 126 del 21 maggio 2002 recante: "Pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria estratti determine dei Dirigenti Generali e dei Dirigenti, nonché estratti dell'U.P. aventi rilievo interno ed atti di gestione amministrativa. Art. 51, 2° comma L.R. 19/2001 e s.m.i.";

DATO ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001;

DETERMINA

Per quanto in premessa evidenziato, che qui si intende integralmente riportato ed accolto:

1. Di prendere atto dei prospetti contabili analitici allegati alle sopra citate note della provincia di Cosenza per un totale complessivo di € 28.241,94 (ventottomiladuecentoquarantuno,94);

2. Di rimborsare alla Provincia di Cosenza, in virtù di quanto suesposto, la somma complessiva € 28.241,94 (ventottomiladuecentoquarantuno,94) relativa alle competenze anticipate per il periodo sopra citato a favore del Sig. Emanuele SCARPELLI mediante versamento da eseguire a mezzo Contabilità Speciale c/o Banca Nazionale del Lavoro sede di Cosenza sul conto ABI 01005 CAB 16200 nr. c/c 218400 IBAN: IT 62 Q 01005 16200 000000218400;

3. Di imputare la spesa complessiva di € 28.241,94 sul cap. 4 art. 2 sub 271 aventi la necessaria capienza;

4. Di autorizzare l'ufficio economico ad emettere i relativi ordinativi di pagamento;

5. Trasmettere il presente provvedimento:

— Alla Segreteria Ufficio di Presidenza;

— Al Settore Bilancio e Ragioneria;

— All'Area Gestione;

— Alla Provincia di Cosenza sett. Bilancio di piazza XV Marzo 87100 CS

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001 sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 467 del 26 giugno 2013

Estratto Determinazione del Segretario Generale R.P. n. 205 del 06.06.2013 avente per oggetto: «**Sig. Davide FELLETTI nato a Lamezia Terme (CZ) il 21/12/1983. Conferimento incarico "autista al 50%" nella Struttura Speciale dell'on.le Salvatore PACENZA, Presidente III Commissione consiliare, dal 18.05.2013.**».

SEGRETARIATO GENERALE

IL SEGRETARIO GENERALE

OMISSIS

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti, ex capo II della Legge regionale 19/2001;

DETERMINA

Per quanto in narrativa premesso che qui si intende integralmente riportato e confermato di:

1. Conferire dal 18.05.2013 l'incarico di "autista al 50%" della struttura dell'on.le Salvatore PACENZA, al sig. Davide FELLETTI nato a Lamezia Terme (CZ) il 21/12/1983 e residente a Crotone Via Antonio De Curtis n. 123, in possesso di diploma ed estraneo alla P.A.;

2. Prendere atto che il sig. Davide FELLETTI presterà la propria attività di Componente esterno in base a rapporto di diritto privato a termine con corrispettivo mensile pari a € 1.196,12 lordi attribuito ai componenti delle Strutture speciali ai sensi e per gli effetti della deliberazione U.P. n. 16 del 05.06.2007;

3. Stabilire che l'incarico in argomento si risolve il 31.03.2015 (data presunta fine legislatura) salvo revoca anticipata della nomina o cessazione per qualsiasi causa sia dalla carica istituzionale ricoperta, sia dalla carica di consigliere regionale dell'on.le Salvatore PACENZA;

4. Stabilire che il conferimento dell'incarico di che trattasi non costituisce immissione nella dotazione organica del Consiglio regionale, né titolo preferenziale a questo fine;

5. Stipulare con il sig. Davide FELLETTI il contratto che costituisce parte integrante del presente provvedimento, redatto secondo lo schema approvato dall'U. P. con deliberazione n. 18 del 06.02.01;

6. Di far gravare la spesa complessiva di € 26.832,96 sul cap. 4 art. 2 sub 270 del bilancio del Consiglio regionale che presenta la necessaria disponibilità;

7. Trasmettere copia del presente provvedimento:

— Al dirigente dell'Area istituzionale n. 1 dott. Giovanni FEDELE;

— Al dirigente del Settore "Segreteria Ufficio di Presidenza";

— Al Dirigente del Settore Risorse Umane;

— Al dirigente del Servizio Bilancio e ragioneria;

— Al dirigente del Servizio "Struttura Supporto Ausiliaria Gruppi e Strutture speciali", dott. LOPEZ;

— all'On. Salvatore PACENZA;

— all'interessato, sig. Davide FELLETTI, per conoscenza e norma.

DARE ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001 sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Segretario Generale
Dott. Nicola Lopez

DETERMINAZIONE n. 468 del 26 giugno 2013

Estratto Determina del Consiglio Regionale - Settore risorse umane Reg. Part. n. 184 del 05.06.2013 avente per oggetto: "**Sig. omissis, matr. 54, nato il 16.01.1953 e deceduto il 05.03.2009 - liquidazione indennità sostitutiva del preavviso**".

SECRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE GESTIONE
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

CHE il dipendente omissis matr. 54 nato a omissis, dipendente del Consiglio Regionale della Calabria con funzioni di Esecutore Centralinista cat. B, Pos. Ec. B7, è deceduto in data 05.03.2009;

CHE ai sensi dell'art. 39 del CCNL 1994-1997 come modificato ed integrato dall'art. 12 comma 8 del CCNL 9 maggio 2006 "In caso di decesso del dipendente, l'amministrazione corrisponde agli aventi diritto l'indennità sostitutiva del preavviso secondo quanto stabilito dall'art. 2122 del Codice civile nonché una somma corrispondente ai giorni di ferie maturati e non goduta;

CHE ai sensi del comma 1 dell'art. 12 del CCNL 9 maggio 2006 " In tutti i casi in cui il presente contratto prevede la risoluzione del rapporto con preavviso o con corresponsione dell'indennità sostitutiva dello stesso, i relativi termini sono fissati come segue:

a) due mesi per dipendenti con anzianità di servizio fino a cinque anni;

b) tre mesi per dipendenti con anzianità di servizio fino a dieci anni;

c) quattro mesi per dipendenti con anzianità di servizio oltre dieci anni".

CHE il dipendente omissis matr. 54 alla data del decesso, avendo maturato un'anzianità di servizio di anni 39, mesi 00 e giorni 12, aveva acquisito il diritto a n. 4 mesi di preavviso;

CHE il comma 9 del medesimo articolo, prevede che l'indennità sostitutiva del preavviso deve calcolarsi computando: la retribuzione di cui all'art. 10, comma 2, lett. c); l'assegno per il nucleo familiare, ove spettante; il rateo della tredicesima mensilità maturato, in conformità alla disciplina dell'art. 5; l'indennità di comparto, di cui all'art. 33 del CCNL del 22.1.2004; le altre voci retributive già considerate utili ai fini della determinazione del trattamento di fine rapporto di lavoro, di cui all'art. 49 del CCNL del 14.9.2000";

ACQUISITA in data 04.06.2013 prot. n. 26292 la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dell'erede omissis, figlio dell'ex dipendente omissis, matr. 54 in cui sono indicati i seguenti eredi legittimi:

— omissis;

PRESO ATTO che il Sig. omissis ha contestualmente manifestato la volontà di attribuire, nell'esercizio della facoltà riconosciuta dall'art. 2122 del c.c., alla madre Sig.ra omissis l'intero ammontare scaturente dalla liquidazione dell'indennità sostitutiva del preavviso per come di seguito determinata;

RITENUTO di dover procedere alla liquidazione e corresponsione agli eredi dell'indennità di preavviso agli eredi del Sig. omissis, matr. 54;

VISTA la D.C.R. n. 123 dell'1.08.2011;

VISTO il D.Lgs. n. 165/2001, per come modificato ed integrato dalla legge 15 luglio 2002, n. 145;

VISTA la delibera dell'U.P. n. 67 del 18.04.2001;

VISTA la legge regionale 4 settembre 2001, n. 19 e s.m.i.;

VISTA la legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8;

VISTA la delibera U.P. n. 126 del 21 maggio 2002 recante: "Pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria

estratti determine dei Dirigenti Generali e dei Dirigenti, nonché estratti dell'U.P. aventi rilievo interno ed atti di gestione amministrativa. Art. 51, 2° comma L.R. 19/2001 e s.m.i.”;

DARE ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex capo II della L.R. n. 19/2001, ai sensi dell'art. 17 comma 32 della legge 15.05.1997, n. 127, non è soggetto a controllo;

DETERMINA

Per quanto in premessa evidenziato, che qui si intende integralmente riportato ed accolto:

Di dare atto che il Sig. omissis matr. 54, nato a omissis, dipendente del Consiglio Regionale della Calabria con funzioni di Esecutore Centralinista cat. B, Pos. Ec. B7, è deceduto in data 05.03.2009, ed avendo maturato un'anzianità di servizio pari a 39 anni, 00 mesi e 12 giorni, ha diritto alla corresponsione dell'indennità di preavviso pari a mesi 4 della retribuzione di cui all'art. 39 del CCNL 1994-1997 come modificato ed integrato dall'art. 12 del CCNL 9 maggio 2006;

Di liquidare, per effetto di quanto in premessa indicato, all'erede:

1. omissis;

n. 4 mesi della retribuzione di cui all'art. 39 del CCNL 1994-1997 come modificato ed integrato dall'art. 12 del CCNL 9 maggio 2006, pari ad € 6.764,71 (Seimilasettecentosessantaquattro/71) maturati dal dante causa, sig. omissis matr. 54 a titolo di indennità di mancato preavviso come da prospetto allegato;

Di corrispondere l'importo complessivo di 6.764,71 (Seimilasettecentosessantaquattro/71);

Di imputare la spesa complessiva di € 6.764,71 (Seimilasettecentosessantaquattro/71) sul cap. 4, art. 1, sub 120 che ne presenta la necessaria disponibilità;

Trasmettere il presente provvedimento:

Al Settore Segreteria Ufficio di Presidenza;

Al Servizio Bilancio e Ragioneria;

All'Area Gestione;

Agli eredi interessati omissis.

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex capo II della L.R. n. 19/2001, ai sensi dell'art. 17 comma 32 della legge 15.05.1997, n. 127, non è soggetto a controllo e sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 469 del 26 giugno 2013

Estratto della Determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 186 del Reg. Part.re del 07.06.2013 avente per oggetto: ... **omissis, dipendente di ruolo del Consiglio regionale della Calabria. Benefici di cui all'art. 33, comma 3, della Legge quadro 104/92.**

SEGRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE 4 "GESTIONE"
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

ESAMINATA l'istanza del 24.05.2013, acquisita in atti in pari data (prot. Gen. n. 24243), con la quale ... omissis, ... omissis ... ed ivi residente in ... omissis, dipendente del Consiglio regionale della Calabria, omissis omissis, ha chiesto di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3 della L. 104/92;

VISTA la copia del verbale del 13.05.2013, allegata alla predetta istanza, dell'ASL di Reggio Calabria, con il quale la Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap, ha riconosciuto lo stato di "disabilità grave" omissis;

PRESO ATTO che sussiste la condizione di gravità di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92;

VISTA la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 (prot. gen. n. 25543), con la quale ... omissis dichiara che necessita delle agevolazioni previste dalla L. 104/92 per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;

VISTA la Legge quadro 104/92, come modificata dalla L. 53/00 e in particolare gli artt. 3 comma 3 e 33, comma 2, 3 e 6;

VISTO in particolare l'art. 19 della L. 53/00, secondo cui la persona diversamente abile maggiorenne in situazione di gravità può usufruire alternativamente dei permessi di cui ai commi 2 e 3 dell'art. 33 L. 104/92;

VISTO l'art. 19 comma 6 del CCNL 1995;

RITENUTO che ricorrono le condizioni di fatto e di diritto per la concessione dei benefici di cui all'art. 33, comma 3, della L. 104/92 ... omissis in questione;

VISTA la legge regionale n. 8/1996;

VISTA la D.C.R. n. 123 dell'1.08.2011;

VISTO il Regolamento sull'ordinamento degli Uffici e dei Servizi approvato con deliberazione dell'Ufficio di Presidenza n. 67 del 18.04.2001, pubblicato sul B.U.R. Calabria n. 51 del 24.05.2001, ed in particolare l'art. 14, comma 4, lett. o, e l'art. 54;

VISTO il D.Lgs. 165/2001, e s.m.i.;

VISTA la legge regionale 4 settembre 2001, n. 19;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti, ex capo II art. 4 della Legge regionale 19/2001;

Assume la seguente

DETERMINAZIONE:

Le premesse si intendono integralmente riportate e confermate,

Concedere ... omissis, dipendente di ruolo del Consiglio regionale della Calabria ... omissis, il beneficio di cui all'art. 33, comma 6, della Legge quadro 104/92 per come modificata dalla Legge 53/00;

Stabilire che sulla base di quanto previsto dall'art. 33 comma 6 della L. 104/92 e dall'art. 19 della L. 53/00 la persona diversamente abile in situazione di gravità può usufruire di due ore di permesso giornaliero o alternativamente tre giorni di permesso mensile, retribuiti;

Stabilire che, sulla base di quanto previsto dall'art. 19 comma 6 del CCNL 1995, i permessi in questione non riducono le ferie;

Stabilire che ... omissis dovrà concordare direttamente con il Dirigente del ... omissis ... del Consiglio regionale i tempi e modi dei permessi concessi con la presente determinazione;

Mandare copia della presente determinazione:

- Al Dirigente dell'Area Funzionale Gestione;
- Al Segretario Generale;
- Al Dirigente del omissis;
- Al Settore Risorse Umane, per il seguito di competenza;

Notificare a termine di legge copia della presente ... omissis, per conoscenza e norma.

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001, sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

DETERMINAZIONE n. 470 del 26 giugno 2013

Estratto della determina del Dirigente del Settore Risorse Umane n. 162 Reg. Part.re del 15.05.2013 avente per oggetto: - **Sig. Pietro GIAMBORINO dipendente Città di Vibo Valentia. Rimborso competenze ed oneri per il periodo 01.01.2012 al 31.12.2012.**

SEGRETARIATO GENERALE
AREA FUNZIONALE 4 "GESTIONE"
SETTORE RISORSE UMANE

IL DIRIGENTE

PREMESSO:

VISTO il D.Lgs. 30 Maggio 2001, n. 165, e s.m.i.;

VISTA la L.R. n. 8/96 e s.m.i.;

VISTE le Deliberazioni dell'Ufficio di Presidenza;

VISTA la propria determinazione di proroga comando dal 11.06.2011 al 10.06.2012 con R.G. n. 781 del 12.10.2011 presso il Consiglio regionale S.S. dell'On. Nicola Adamo et ulteriore proroga comando fino al 10.06.2013 con R.G. n. 456 del 27.08.2012, del dipendente del comune di Città di Vibo Valentia Sig. Pietro GIAMBORINO nato a Vibo Valentia il 04.02.1957 e ivi residente in via trav. Emilia civ. 15;

CONSIDERATO che con nota acquisita in atti in data 18.04.2013 prot. 18235 trasmessa dal comune Città di Vibo Valentia prot. 18548 del 17.04.2012, con cui la stessa ha richiesto il rimborso delle competenze ed oneri relativi al periodo 01.01.2012 al 31.12.2012 per l'importo complessivo di € 25.818,22 come da prospetti allegati alla presente determinazione;

CONSIDERATO inoltre che l'ufficio scrivente con nota prot. 1672 del 12.01.2012 dava comunicazione che dal mese di febbraio 2012, questa amministrazione, avrebbe provveduto al versamento diretto dell'IRAP relativa al trattamento economico fondamentale, pertanto da attenta analisi contabile la somma da rimborsare viene quantificata in € 25.320,90 come da N/s prospetto allegato alla presente.

RITENUTO di dover procedere al rimborso della somma di € 25.320,90 come da prospetti allegati alle richieste della Città di Vibo Valentia sopra citate ed allegate alla presente determinazione.

RILEVATO che le spese devono essere poste a carico del Consiglio Regionale della Calabria così come previsto dal D.P.R. n. 3/57 e s.m.i.;

CONSIDERATO che l'adozione del presente provvedimento rientra nelle competenze del responsabile del Settore Risorse Umane;

TENUTO CONTO che sono stati acquisiti tutti i documenti che comprovano il diritto del creditore e che quindi si sono realizzate le condizioni stabilite per la liquidazione della spesa (art. 45 L.R. 8/2002);

VISTA la delibera U.P. n. 126 del 21 maggio 2002 recante: "Pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria estratti determine dei Dirigenti Generali e dei Dirigenti, nonché estratti dell'U.P. aventi rilievo interno ed atti di gestione amministrativa. Art. 51, 2° comma L.R. 19/2001 e s.m.i.;

DATO ATTO che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001;

DETERMINA

Per quanto in premessa evidenziato, che qui si intende integralmente riportato ed accolto:

1. Di prendere atto dei prospetti contabili analitici allegati alle sopra citate note della Città di Vibo Valentia per un totale complessivo di € 25.320,90 (venticinquemilatrecentoventi,90);

2. Di rimborsare il comune di Vibo Valentia, in virtù di quanto suesposto, la somma complessiva € 25.320,90 (venticinquemilatrecentoventi,90) relativa alle competenze anticipate per il periodo 01.01.2012 al 31.12.2012 a favore del Sig. Pietro GIAMBORINO mediante versamento in conto Tesoreria di Vibo Valentia - CARIME; IBAN IT 52H030574283000000000012;

3. Di imputare la spesa complessiva di € 25.320,90 (venticinquemilatrecentoventi,90) sul cap. 4 art. 2 sub 271 aventi la necessaria capienza;

4. di autorizzare l'ufficio economico ad emettere i relativi ordinativi di pagamento;

5. Trasmettere il presente provvedimento:

— Alla Segreteria Ufficio di Presidenza;

— Al Settore Bilancio e Ragioneria;

— All' Area Gestione;

— Alla città di Vibo Valentia sett. 1 Aff. Generali via P.za Martiri d'Ungheria di V.V.

Dare atto che il presente provvedimento, formulato alla stregua della istruttoria compiuta dalle strutture competenti ex art. 4 della L.R. n. 19/2001 sarà pubblicato per estratto sul B.U. della Regione Calabria.

Il Dirigente del Settore
Avv. Carlo Pietro Calabrò

COMUNICATI DI ALTRE AUTORITÀ O UFFICI REGIONALI

REGIONE CALABRIA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Elenco delle deliberazioni trattate dalla Giunta

REGISTRO SEDUTE dell'8 giugno 2013

Assessorato proponente: Presidenza

- n. 200 - L.r. n. 13/96 e s.m.i. - nomina consulenti del presidente della Giunta Regionale. Impegno di spesa.
- n. 201 - L.r. n. 13/96 e s.m.i. - Revoca DGR 529/2012 e nomina componenti Comitato di consulenza giuridica della Giunta Regionale della regione Calabria. Impegno di spesa.
- n. 205 - Approvazione schema di convenzione con l'istituto per l'analisi ambientale del consiglio nazionale delle ricerche (CNR) per la collaborazione in attività di protezione civile.

Assessorato proponente: Bilancio Patrimonio e Programmazione

- n. 213 - Disegno di legge recante "Assestamento del bilancio di previsione della Regione Calabria per l'esercizio finanziario 2013 e del bilancio pluriennale 2013-2015 a norma dell'art. 22 della legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8." - proposta al consiglio regionale.

Assessorato proponente: Lavori Pubblici e Infrastrutture

- n. 206 - Legge n. 431 del 9 dicembre 1998, art. 11 e successive modificazioni ed integrazioni. Fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione. Incremento fondo annualità 2011.

Assessorato proponente: Urbanistica

- n. 202 - Comune di Rende - Università della Calabria - progetto relativo alla costruzione di un bar, pizzeria e ristorante in piazza Molicelle del compendio universitario. Presa d'atto al fini dell'assenso all'intesa stato-regione ai sensi dell'art. 81 del D.P.R. 616/1977 e dell'art. 3 del D.P.R. 383/1994.

Assessorato proponente: Personale

- n. 207 - DGR n. 199 del 30.5.2013 "avviso di selezione, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, per il conferimento n. 8 incarichi di dirigenti generali di dipartimenti della Regione Calabria, pubblicato sul sito web istituzionale in data 10.04.2013: nomina dirigente generale del dipartimento "Bilancio e Patrimonio" - rettificata.

n. 208 - Dirigente ing. Francesco Tarsia: riassegnazione.

Assessorato proponente: Agricoltura, Foreste e Forestazione

n. 203 - Nomina Presidente della Commissione Provinciale per l'abilitazione all'esercizio venatorio per la Provincia di Vibo Valentia.

n. 204 - Legge regionale n. 9/2007 e legge regionale n. 25/2013, art. 13, comma 4. Nomina commissario liquidatore AFOR.

n. 209 - Aggiornamento disciplinare di produzione integrata della Regione Calabria - anno 2013.

n. 210 - Legge regionale n. 66/2012, art. 4. Nomina direttore generale dell'azienda regionale per lo sviluppo dell'agricoltura calabrese (ARSAC).

n. 211 - Piano regionale per la programmazione delle attività di previsione, prevenzione e lotta contro gli incendi boschivi per il periodo 2010/2012. Art. 3 legge 535/2000, approvato con D.G.R. n. 427 del 07.06.2010. Proroga validità per l'anno 2013.

n. 212 - D.G.R. n. 616 del 23/12/2011. Commissione definizione chiusure piani attuativi di forestazione consorzi di bonifica e AFOR. Risultanze accertamento consorzi di bonifica.

Assessorato proponente: Sanità e Politiche Sanitarie

n. 214 - Approvazione avviso pubblico per la formazione di un elenco ad aggiornamento biennale degli aspiranti idonei alla nomina a direttore generale delle aziende sanitarie provinciali, delle aziende ospedaliere e dell'azienda ospedaliero-universitaria della Regione Calabria.

n. 215 - Farmaceutiche disponibili per il privato esercizio nella Regione Calabria (art. 1 D.L. n. 1/2012 convertito con modifiche dalla L. n. 27/2012) - rettifica. Delibera n. 1 del 04.01.2013 bando di concorso pubblico regionale straordinario per titoli per l'assegnazione di n. 91 sedi.

Assessorato proponente: Controlli

n. 216 - Piano della performance 2013-2015.

REGISTRO SEDUTE del 12 giugno 2013

Assessorato proponente: Presidenza

n. 217 - Cont. 1406/13 - ricorso della presidenza del Consiglio dei Ministri innanzi alla Corte Costituzionale per la dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'art. 1, commi 1, 2 e 3 della L.R. n. 12 del 29 marzo 2013 recante "Provvedimenti per garantire la piena funzionalità del Servizio Sanitario Regionale". Autorizzazione alla costituzione in giudizio della Regione Calabria.

Assessorato proponente: Bilancio Patrimonio e Programmazione

n. 218 - Variazione al bilancio per l'esercizio finanziario 2013, al documento tecnico di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 580 del 28.12.2012, nonché al bilancio dipartimentale di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 579 del 28.12.2012. Spese per interventi di inclusione sociale, integrazione socio sanitaria e contrasto alla povertà per gli agglomerati urbani a maggiore concentrazione di popolazione. (legge regionale del 2 maggio 2013, n. 19).

REGISTRO SEDUTE del 18 giugno 2013

Assessorato proponente: Presidenza

n. 221 - Cont. 1401/13 - Tribunale di Locri - sez. Distaccata di Siderno - Procedimento penale RGNR n. 2855/11 e RGIP n. 2323/12 a carico di Capogreco Giuseppe e Daqua Enrico. Autorizzazione alla costituzione di parte civile della Regione Calabria.

n. 222 - Stipula convenzione tra settore di protezione civile della Regione Calabria, gli ordini professionali provinciali degli ingegneri, degli architetti ed i collegi provinciali dei geometri e geometri laureati della Calabria. Approvazione schema di convenzione tipo.

n. 223 - POR Calabria FESR 2007/2013 Asse IV - ob. Operativo 4.3.1 - Approvazione del documento Progetto Integrato di Sviluppo Regionale (PISR) "Legalità e Sicurezza in Calabria".

Assessorato proponente: Bilancio Patrimonio e Programmazione

n. 224 - Presa d'atto della decisione della commissione europea C(2013)2871 fin al del 27.05.2013 e approvazione del piano finanziario del POR Calabria FESR 2007/2013 per Assi Prioritari, Settori e Linee di Intervento.

Assessorato proponente: Personale

n. 219 - Avviso di selezione, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, per il conferimento n. 5 incarichi di dirigenti generali di dipartimenti della Giunta della Regione Calabria, pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.05.2013: nomina dirigente generale del dipartimento "Politiche dell'Ambiente".

n. 220 - Avviso di selezione, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, per il conferimento n. 5 incarichi di dirigenti generali di dipartimenti della Giunta della Regione Calabria, pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.05.2013: nomina dirigente generale del dipartimento "Lavoro, Politiche della famiglia, Formazione professionale, Cooperazione e Volontariato".

Assessorato proponente: Agricoltura, Foreste e Forestazione

- n. 225 - Progetto di valorizzazione delle produzioni zootecniche calabresi 2007-2013. Esecuzione DGR n. 457 del 19/10/2012 e assegnazione risorse al comparto zootecnico.

Assessorato proponente: Lavoro, Formazione Professionale, Famiglia, Politiche Sociali

- n. 226 - L.R. n. 15/2013. Approvazione regolamento attuativo.

Assessorato proponente: Sanità e Politiche Sanitarie

- n. 227 - Approvazione del protocollo d'intesa con il Rotary International, Distretto 2100 Italia, per azioni di volontariato finalizzate alla diffusione della vaccinazione contro la rosolia congenita nelle donne suscettibili.

REGISTRO SEDUTE del 27 giugno 2013**Assessorato proponente: Presidenza**

- n. 234 - Approvazione del programma ordinario convergenza (POC) e del sistema di gestione e controllo (SIGECO). Relatore assessore alla programmazione nazionale e comunitaria on. Giacomo Mancini.

Assessorato proponente: Bilancio Patrimonio e Programmazione

- n. 231 - Programma operativo interregionale (P.O.IN) "Attrattori Culturali, Naturali e Turismo" FESR 2007/2013 - Approvazione accordo operativo di attuazione.
- n. 235 - Immobile di proprietà regionale ubicato a Catanzaro nel palazzo Fazzari. Concessione in comodato al comune di Catanzaro.
- n. 236 - ATERP Crotone - Rendiconto consuntivo esercizio finanziario 2011 - proposta al consiglio regionale per la definitiva approvazione.
- n. 237 - Variazione al bilancio per l'esercizio finanziario 2013, al documento tecnico di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 580 del 28.12.2012, nonché al bilancio dipartimentale di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 579 del 28.12.2012. Spese per l'attuazione dei programmi di intervento relativi alla realizzazione dei nuovi ospedali della Sibaritide, di Catanzaro, di Vibo Valentia e della Piana di Gioia Tauro, al potenziamento delle dotazioni tecnologiche delle aziende ospedaliere di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria al potenziamento e messa in sicurezza delle aziende sanitarie provinciali e ospedaliere della regione, nonché ad eventuali ulteriori spese generali connesse alla gestione (legge 11 marzo 1988, n. 67, legge regionale 21 agosto 2006, n. 7, legge regionale 6 aprile 2001, n. 9, decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 16 del 19 marzo 2013).

- n. 238 - Variazione al bilancio per l'esercizio finanziario 2013, al documento tecnico di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 580 del 28.12.2012, nonché al bilancio dipartimentale di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 579 del 28.12.2012. Assegnazione di risorse dallo stato, a titolo di rimborso della quota capitale ed interesse, per l'ammortamento del mutuo contratto con la cassa depositi e prestiti, per l'attuazione delle misure necessarie per la bonifica dell'area industriale Pertusola Sud (legge 9 dicembre 1998, n. 426 - articolo 4 OPCM n. 3149 del 1 ottobre 2001 - ordinanza di protezione civile n. 57 del 14 marzo 2013 - legge regionale 12 aprile 2013, n. 18).

Assessorato proponente: Personale

- n. 228 - Avviso di selezione, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 165/2001, per il conferimento n. 5 incarichi di dirigenti generali di dipartimenti della giunta della Regione Calabria, pubblicato sul sito web istituzionale in data 13.05.2013: nomina dirigente generale del dipartimento "Infrastrutture, Lavori pubblici, Edilizia residenziale, Politica della casa, Autorità di bacino".

Assessorato proponente: Agricoltura, Foreste e Forestazione

- n. 232 - Approvazione dello studio preliminare redatto dal tavolo tecnico partecipato per la risoluzione delle problematiche agricole, della Piana di Gioia Tauro con particolare riferimento all'agrumicoltura e l'olivicoltura.
- n. 233 - Determinazione del periodo vendemmiale e del periodo entro il quale le fermentazioni e le rifermentazioni sono consentite per la campagna vendemmiale 2013/2014. Legge 20 febbraio 2006 n. 82 art. 9 e art. 14.

Assessorato proponente: Sanità e Politiche Sanitarie

- n. 230 - "Art. 3 comma 2 L.R. n. 47/2012: nuove procedure per l'erogazione a carico del servizio sanitario regionale dei prodotti privi di glutine a favore dei soggetti affetti da malattia celiaca residenti nella regione Calabria".

Assessorato proponente: Programmi Speciali UE, Politiche Euro Mediterranee, Internazionalizzazione e Coop. tra i Popoli

- n. 229 - Modifiche alla DGR n. 173 del 20/05/2013 "servizi di trasporto Pubblico locale su gomma: programmazione dei servizi per l'anno 2013; approvazione schema di contratto di servizio.

PARTE SECONDA

SEZIONE I

PROVVEDIMENTI LEGISLATIVI STATALI E DEGLI ORGANI GIURISDIZIONALI

PUBBLICAZIONE DISPOSTA DAL PRESIDENTE DELLA CORTE COSTITUZIONALE A NORMA DELL'ART. 20 DELLE NORME INTEGRATIVE PER I GIUDIZI DAVANTI LA CORTE COSTITUZIONALE

Ricorso n. 67 depositato il 7 giugno 2013 per la dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'articolo 1, commi 1, 2 e 3, della Legge Regionale Calabria 29 marzo 2013, n. 12, recante "Provvedimenti per garantire la piena funzionalità del Servizio Sanitario regionale".

Nell'interesse del Presidente del Consiglio dei Ministri pro tempore (cod. fiscale della Presidenza del Consiglio dei Ministri 80188230587), rappresentato e difeso ex lege dall'Avvocatura Generale dello Stato, cod. fiscale 80224030587, presso i cui uffici in Roma, Via dei Portoghesi n. 12 è domiciliato, numero fax 06.96.51.40.00, indirizzo PEC ags_m2@mailcert.avvocaturastato.it

nei confronti de

la Regione Calabria, in persona del Presidente della Giunta Regionale pro tempore,

per la dichiarazione di illegittimità costituzionale

dell'articolo 1, commi 1, 2 e 3, della Legge Regionale Calabria 29 marzo 2013, n. 12, recante "Provvedimenti per garantire la piena funzionalità del Servizio Sanitario regionale", pubblicata sul B.U.R. Calabria a 7 del 5 aprile 2013

in virtù della

deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 maggio 2013.

La Regione Calabria ha emanato la Legge Regionale indicata in epigrafe, le cui disposizioni non risultano in linea con i principi costituzionali che presiedono al riparto delle competenze legislative ed amministrative tra Stato e Regioni; per tale motivo il Consiglio dei Ministri ha ritenuto di doverle impugnare, ed a tanto in effetti si provvede mediante il presente ricorso.

1. Premessa

1.1 La Regione Calabria, per la quale si è verificata una situazione di disavanzi nel settore sanitario tali da generare uno squilibrio economico-finanziario tale da compromettere l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, ha stipulato in data 17 dicembre 2009 - ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della Legge n. 311/2004 (Legge Finanziaria per il 2005) - un accordo con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'economia e delle finanze. Tale accordo è comprensivo del Piano di rientro dal disavanzo sanitario, che ha individuato gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli

essenziali di assistenza. La Regione Calabria non ha tuttavia realizzato gli obiettivi previsti dal suddetto Piano di rientro, nei tempi e nelle dimensioni previste dal predetto articolo 1, comma 180, della Legge n. 311/2004, nonché dalla successiva intesa Stato-Regioni in data 23 marzo 2005, nonché ancora dai successivi interventi legislativi nazionali intervenuti in subiecta materia. Essa è stata pertanto commissariata, ai sensi dell'articolo 4 del D.L. n. 159/2007 (convertito con Legge n. 222/2007), in attuazione dell'articolo 120 Cost. e con le modalità previste dall'articolo 8 della Legge n. 131/2003. Infatti, nella seduta del 30 luglio 2010, il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro, individuando lo stesso nel Presidente della Regione pro tempore.

Successivamente i competenti Tavoli di monitoraggio (il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, ed il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza), nella riunione del 7 novembre 2012, rilevando le numerose criticità in essere ed al fine di consolidare e rendere effettivamente strutturali gli interventi previsti nel Piano di rientro la cui realizzazione stava avvenendo con consistenti ritardi, hanno richiesto alla struttura commissariale di redigere ed adottare il Programma operativo per gli anni 2013-2015 per la prosecuzione del Piano di rientro medesimo.

Tale Programma operativo non è tuttavia ancora stato trasmesso dalla Regione.

1.2 Entro tale quadro normativo ed amministrativo, occorre dipoi segnalare quanto ancora segue:

— il Piano di rientro dal disavanzo sanitario della Regione Calabria di cui all'accordo del 17 dicembre 2009, prevede tra l'altro, al punto 13-1, la riduzione della spesa del personale, anche mediante una gestione mirata del turn over;

— la Regione Calabria, a seguito di verifiche successive, è stata sottoposta al blocco automatico del turn over del personale del Servizio Sanitario regionale fino al 31 dicembre 2014;

— il Commissario ad acta ha manifestato la volontà di avvalersi della deroga al suddetto blocco automatico del turn over del personale, nella misura del 15%, secondo quanto previsto dall'articolo 4-bis del D.L. n. 158/2012 (convertito con Legge n. 189/2012);

— in relazione a tale ultima richiesta, tuttavia, la Regione non ha ancora provveduto a predisporre la occorrente relazione esplicativa, nella quale sia documentata la necessità, nei limiti previsti dalla vigente legislazione, di assumere personale limitatamente al ruolo sanitario, onde garantire i livelli essenziali di assistenza.

1.3 Tanto necessariamente premesso, si constata che l'articolo 1, commi 1, 2 e 3, della L.R. Calabria n. 12/2013, dispone come segue:

1. Al fine di garantire nel Servizio sanitario regionale i livelli essenziali di assistenza, per i soggetti in possesso dei titoli di cui alla legge 27 dicembre 2006, n. 296 e alla legge 24 dicembre 2007, n. 244, che abbiano presentato domanda entro il 31 dicembre 2008, le Aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Calabria procedono alla stabilizzazione attraverso prove selettive.

2. Alle prove selettive possono accedere altresì i soggetti in possesso dei titoli di cui al comma 1 del presente articolo, che abbiano visto riconoscere la subordinazione dal giudice o da ispezioni previdenziali.

3. I benefici di cui al comma 1 del presente articolo si applicano anche in favore di quanti abbiano stipulato contratti anteriormente alla data dell'1 gennaio 2007 o che in base all'articolo 1 comma 558 della legge n. 296/06, abbiano maturato un'esperienza triennale nel quinquennio precedente e a quanti siano stati in servizio alla data del 31 dicembre 2008».

Le trascritte disposizioni presentano i seguenti profili di illegittimità costituzionale.

2. Contrasto con l'articolo 117, terzo comma, e con l'articolo 120, Cost.

2.1 Le disposizioni regionali quivi impugnate prevedono, in sostanza, una trasformazione di rapporti di lavoro di ruolo a tempo determinato, in rapporti di lavoro a tempo indeterminato, seppure al ricorrere di determinate condizioni: ciò avviene in costanza del richiamato Piano di rientro dal disavanzo sanitario, e quindi in violazione - anzitutto - dell'articolo 117, terzo comma, e dell'articolo 120, Cost.

Le disposizioni in parola interferiscono, all'evidenza, con l'attuazione del suddetto Piano di rientro dal disavanzo sanitario, con specifico riguardo al settore della gestione del personale sanitario, anzitutto menomando le attribuzioni ed il mandato del Commissario ad acta governativo, il quale tra l'altro - a mente del punto 3, lett. a), del mandato di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri - è chiamato a provvedere alla razionalizzazione ed al contenimento della spesa per il personale.

L'intervento lede dunque le competenze del Commissario ad acta, che - si ricorda - è organo straordinario del Governo nazionale, ed è titolare di poteri ed esercita funzioni attribuitegli, mediante la legge ordinaria ed i provvedimenti attuativi, dalla Costituzione: segnatamente dal potere sostitutivo già esercitato dal Governo, ex articolo 120 Cost. con il disposto commissariamento della Regione Calabria nel settore sanitario.

E d'altra parte le anzidette disposizioni regionali violano direttamente i vincoli posti dallo stesso Piano di rientro dal disavanzo sanitario, in base al quale come già evidenziato - è stato determinato il blocco automatico del turn over del personale del Servizio Sanitario regionale fino al 31 dicembre 2014.

In sostanza, quindi, le previsioni regionali quivi impugnate pregiudicano fortemente l'attuazione del richiamato Piano di rientro dal disavanzo sanitario calabrese, non rispettandone i vincoli: così ledendo il principio fondamentale in materia di coordinamento della finanza pubblica, discendente dai commi 80 e 95 dell'articolo 2 della Legge n. 191/2009 (Legge Finanziaria per il 2010), secondo i quali, in costanza di Piano di rientro dal disavanzo sanitario, è preclusa alla regione sottopostavi l'adozione di nuovi provvedimenti che ne siano di ostacolo all'attuazione.

È dunque in questa ottica che il provvedimento normativo all'esame incide indebitamente sulla competenza legislativa di cui all'articolo 117, terzo comma, Cost. nella parte in cui assegna allo Stato il compito di fissare i principi fondamentali in materia di coordinamento della finanza pubblica.

È appena il caso di segnalare che codesta Corte ha recentissimamente affermato la incostituzionalità di analoghe previsioni normative regionali, segnatamente quelle di cui alla L.R. Campania n. 19/2012, ritenendole per un verso interferenti con le funzioni e le attività del Commissario ad acta ivi nominato (e quindi appunto in violazione dell'articolo 120 Cost.), ed inoltre - in quanto foriere di spese ulteriori rispetto a quelle già stanziato al riguardo - in contrasto anche con il principio fondamentale di contenimento della spesa pubblica sanitaria, espressione di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica, e pertanto violative dell'articolo 117, terzo comma, Cost. (sentenza n. 79 in data 3 maggio 2013).

2.2 Per altro verso, altro profilo di contrasto delle norme regionali de quibus con l'articolo 117, terzo comma, Cost. si ravvisa in relazione a quanto previsto (sempre quale principio di coordinamento della finanza pubblica) dall'articolo 1, comma 174, della Legge n. 311/2004, il quale stabilisce il mantenimento del blocco automatico del turn over del personale del Servizio Sanitario regionale qualora, come nella specie, non venga raggiunto l'obiettivo del ripianamento del disavanzo sanitario regionale.

Al riguardo, giova rilevare che gli anzidetti Tavoli di monitoraggio sull'attuazione del Piano di rientro, nella riunione congiunta del 4 aprile 2012, avevano rilevato quanto segue:

“Il disavanzo non coperto relativo all'anno 2011, che ricomprende la rettifica della penitenziaria, tutti gli ammortamenti non sterilizzati e la perdita 2010 portata a nuovo, è pari a 35,488 mln di euro. Alla luce di quanto sopra riportato, essendo presente un disavanzo non coperto di 35,488 mln di euro, si sono realizzate le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, per l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo”.

Nella successiva riunione congiunta dell'8 aprile 2013, è stato pure rimarcato dai medesimi tavoli di verifica che “in ragione dei disavanzi pregressi di 200,166 mln di euro che non hanno trovato adeguata copertura, per la Regione Calabria si sono realizzate le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, per l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionali fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo”.

2.3 Le impuginate previsioni regionali - nella misura in cui, come visto, “aggirano” il disposto blocco del turn over del personale sanitario - risultano ancora in contrasto con l'ulteriore principio di coordinamento della finanza pubblica, rappresentato dall'articolo 4-bis del D.L. n. 158/2012 (convertito con Legge n. 189/2012), il quale dispone nei seguenti termini:

“Nelle regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 di-

cembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, nelle quali sia scattato per l'anno 2012 il blocco automatico del turn-over ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della medesima legge n. 311 del 2004, e successive modificazioni, ovvero sia comunque previsto per il medesimo anno il blocco del turn-over in attuazione del piano di rientro o dei programmi operativi di prosecuzione del piano, tale blocco può essere disapplicato, nel limite del 15 per cento e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, qualora i competenti tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il raggiungimento anche parziale, degli obiettivi previsti nei piani medesimi. La predetta disapplicazione è disposta con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport" (sottolineato nostro).

Le condizioni previste dalla trascritta norma statale, a prescindere dal fatto che il competente Commissario ad acta ha già richiesto di avvalersi della deroga ivi prevista, non si sono ancora verificate per la Regione Calabria. Né i tavoli tecnici deputati alla verifica dei piani di rientro hanno avuto la possibilità di effettuare l'accertamento del presupposto di legge, non essendo neppure stata presentata - come anticipato in premessa - la necessaria relazione esplicativa della Regione, nella quale deve essere debitamente documentata la necessità, nei limiti previsti dalla vigente legislazione, di assumere personale limitatamente al ruolo sanitario, onde garantire i livelli essenziali di assistenza.

Anche per tale profilo, dunque, in aggiunta a tutti quelli più sopra segnalati, le disposizioni impugnate contrastano con l'articolo 117, terzo comma, Cost., oltre che - per quanto evidenziato - con l'articolo 120 Cost.

3. Contrasto con l'articolo 117 secondo comma, lett. l). Cost. nonché con gli articoli 3 e 97 Cost. sotto un profilo più generale, l'articolo 1, commi 1, 2 e 3, della L.R. Calabria n. 12/2013, contrasta anche con l'articolo 117, secondo comma, lett. l), Cost, il quale riserva alla legislazione esclusiva statale la materia dell'ordinamento civile, e quindi i rapporti di diritto privato regolati dal codice civile e dalle altre leggi statali speciali, quali certamente sono quelli di impiego pubblico considerati dalla normativa regionale impugnata: nel senso che una normativa regionale che incida sulle modalità di proroga, prosecuzione o stabilizzazione di pregressi rapporti precari di impiego pubblico rientri appieno nell'ambito materiale di cui al ridetto articolo 117, secondo comma, lett. l), Cost, e quindi nella legislazione statale "esclusiva", cfr. sentenza n. 289 in data 19 dicembre 2012 di codesta Corte Costituzionale.

Inoltre, le disposizioni regionali impugnate contrastano - palesemente - anche con l'articolo 35, comma 3-bis, del D.Lgs. n. 165/2001, di recente introdotto con l'articolo 1, comma 401, della Legge n. 228/2012 (Legge di stabilità per il 2013), a mente del quale "le amministrazioni pubbliche, nel rispetto della programmazione triennale del fabbisogno, nonché del limite massimo complessivo del 50 per cento delle risorse finanziarie disponibili ai sensi della normativa vigente in materia di assunzioni ovvero di contenimento della spesa di personale, secondo i rispettivi regimi limitativi fissati dai documenti di finanza pubblica e, per le amministrazioni interessate, previo espletamento della procedura di cui al comma 4, possono avviare procedure di reclutamento mediante concorso pubblico: a) con riserva dei

posti, nel limite massimo del 40 per cento di quelli banditi, a favore dei titolari di rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato che, alla data di pubblicazione dei bandi, hanno maturato almeno tre anni di servizio alle dipendenze dell'amministrazione che emana il bando; b) per titoli ed esami, finalizzati a valorizzare, con apposito punteggio, l'esperienza professionale maturata dal personale di cui alla lettera a) e di coloro che, alla data di emanazione del bando, hanno maturato almeno tre anni di contratto di collaborazione coordinata e continuativa nell'amministrazione che emana il bando": previsione legislativa che costituisce plastica ed aggiornata espressione del principio della necessità del concorso pubblico per l'accesso al pubblico impiego, salva la possibilità - entro certi limiti predeterminati - di prevedere una riserva di posti a favore di soggetti già precariamente intranei alla Pubblica Amministrazione.

Le disposizioni regionali qui in questione sono pertanto, anche direttamente, contrastanti con gli articoli 3 e 97 Cost. e con l'imprescindibile principio del pubblico concorso per l'accesso al pubblico impiego da quelli discendente (cfr., per un caso del tutto simile, la sentenza n. 52 in data 18 febbraio 2011 di codesta Corte Costituzionale): principio che non può concretamente dirsi rispettato dalla generica previsione delle "prove selettive" previste all'articolo 1 della L.R. n. 12/2013.

Per tutto quanto sopra dedotto e considerato il Presidente del Consiglio dei Ministri, come in epigrafe rappresentato, difeso e domiciliato, ricorre alla Ecc.ma Corte Costituzionale affinché la stessa voglia dichiarare - in accoglimento delle suesposte censure - la illegittimità costituzionale dell'articolo 1, commi 1, 2 e 3, della Legge Regionale Calabria 29 marzo 2013, n. 12, recante "Provvedimenti per garantire la piena funzionalità del Servizio Sanitario regionale", pubblicata sul B.U.R. Calabria n. 7 del 5 aprile 2013, per contrasto con i seguenti parametri costituzionali: articolo 117, terzo comma, ed articolo 120 Cost. articolo 117, secondo comma, lett. l), Cost. articoli 3 e 97 Cost. per le ragioni e nei termini dettagliati nel corpo del presente ricorso.

Si deposita la seguente documentazione:

1) copia autentica dell'estratto del verbale relativo alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 maggio 2013, con allegata relazione;

2) copia della Legge Regionale Calabria 29 marzo 2013, n. 12, recante "Provvedimenti per garanti la piena funzionalità del Servizio Sanitario regionale", pubblicata sul B.U.R. Calabria n. 7 del 5 aprile 2013;

3) copia della delibera in data 30 luglio 2010 del Consiglio dei Ministri, di nomina del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro relativo alla Regione Calabria;

4) copia del Piano di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale della Regione Calabria;

5) verbali delle riunioni congiunte in data 4 aprile 2012 e 8 aprile 2013 dei Tavoli di monitoraggio (Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza) per l'attuazione dei piani di rientro sanitari regionali

Roma, 29 maggio 2013

Avvocato dello Stato
Avv. Giancarlo Caselli

CORTE COSTITUZIONALE – ROMA

Sentenza n. 131 – Anno 2013 nel giudizio di legittimità costituzionale dell'articolo 46 della legge della Regione Calabria 4 febbraio 2002, n. 8 (Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione Calabria).

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori:

- Franco Gallo, Presidente
- Luigi Mazzella, Giudice
- Gaetano Silvestri, Giudice
- Sabino Cassese, Giudice
- Giuseppe Tesauo, Giudice
- Paolo Maria Napolitano, Giudice
- Giuseppe Frigo, Giudice
- Alessandro Criscuolo, Giudice
- Paolo Grossi, Giudice
- Giorgio Lattanzi, Giudice
- Aldo Carosi, Giudice
- Marta Cartabia, Giudice
- Sergio Mattarella, Giudice
- Mario Rosario Morelli, Giudice
- Giancarlo Coraggio, Giudice

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di legittimità costituzionale dell'articolo 46 della legge della Regione Calabria 4 febbraio 2002, n. 8 (Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione Calabria), promosso dal Tribunale ordinario di Catanzaro nel giudizio vertente tra la Regione Calabria ed altro e la Publday s.a.s. di I.A. & C., con ordinanza del 22 novembre 2010, iscritta al n. 275 del registro ordinanze 2012 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 49, prima serie speciale, dell'anno 2012.

Udito nella camera di consiglio del 24 aprile 2013 il Giudice relatore Alessandro Criscuolo.

Ritenuto in fatto

1. Il Tribunale ordinario di Catanzaro, in composizione monocratica, con l'ordinanza indicata in epigrafe, ha sollevato, in ri-

ferimento all'articolo 117, secondo comma, lettera l), della Costituzione, questione di legittimità costituzionale dell'articolo 46 della legge della Regione Calabria 4 febbraio 2002, n. 8 (Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione Calabria).

In punto di fatto, il rimettente premette che: a) con atto pubblico del 24 luglio 2007, M.F.G., quale titolare della omonima impresa individuale, cedeva alla Publday s.a.s. di I.A. & C. il credito di euro 69.211,92 vantato nei confronti della Regione Calabria, in corrispettivo di lavori di somma urgenza eseguiti per conto di tale ente ed in relazione ai quali era stato emesso certificato di regolare esecuzione; b) l'atto di cessione era notificato all'amministrazione regionale, dipartimento lavori pubblici, in data 8 agosto 2007; c) in difetto di pagamento, la società cessionaria richiedeva la pronuncia di decreto ingiuntivo, emesso il 10 luglio 2008; d) la Regione Calabria proponeva opposizione, eccependo, in via preliminare, l'inefficacia della cessione di credito non accettata dalla amministrazione regionale; e) la società creditrice si costituiva nel giudizio di opposizione, insistendo nella domanda proposta in via monitoria e chiedendo di essere autorizzata a chiamare in causa il sig. V.A., responsabile dei procedimenti amministrativi dai quali era sorto il credito poi ceduto, affinché, in via subordinata, fosse accertata la validità del rapporto contrattuale intercorso tra la ditta M.F.G. ed il sig. V.A., e quest'ultimo fosse condannato al pagamento integrale del debito nascente dalle fatture di cui agli ordinativi oggetto della controversia; f) autorizzata la chiamata in causa del terzo, quest'ultimo si costituiva eccependo, tra l'altro, l'inefficacia della cessione di credito; g) autorizzato lo scambio di memorie ai sensi dell'art. 183 del codice di procedura civile, all'udienza dell'8 luglio 2010 era sollecitato il contraddittorio tra le parti sulla possibile esistenza di dubbi di legittimità costituzionale dell'art. 46 della legge della Regione Calabria n. 8 del 2002, autorizzando lo scambio, sul punto, di ulteriori memorie difensive.

Il giudice a quo trascrive il testo dell'art. 46 della legge ora citata, ai sensi del quale: «Le cessioni di credito hanno effetto nei confronti della Regione qualora siano alla stessa notificate presso la sede legale ed accettate con provvedimento del dirigente della struttura regionale competente, prima della liquidazione della correlata spesa».

Il rimettente rileva che dalla citata norma risulta come non abbiano effetto nei confronti della Regione Calabria le cessioni di credito che non siano state accettate, prima della liquidazione della spesa, dal dirigente della struttura regionale competente.

In punto di rilevanza, il giudicante osserva che occorre fare applicazione del detto art. 46, al fine di risolvere la questione preliminare di merito relativa all'efficacia nei confronti dell'amministrazione pubblica regionale, della cessione del credito verso la Regione Calabria, intervenuta tra M.F.G. e la Publday s.a.s. di I.A. & C.

Preliminarmente, il giudice a quo rileva che il giudizio di opposizione a decreto ingiuntivo, di cui è investito, non è improcedibile, benché la causa sia stata iscritta a ruolo il settimo giorno dalla notificazione del relativo atto. Sul punto, afferma di non condividere il mutato orientamento di cui alla sentenza della Corte di cassazione, resa a sezioni unite, il 9 settembre 2010, n. 19246, in tema di improcedibilità dell'opposizione a decreto ingiuntivo per costituzione dell'opponente oltre il quinto giorno dalla notificazione ed afferma di condividere il consolidato

orientamento giurisprudenziale precedente, secondo il quale il termine di iscrizione della causa a ruolo, nell'ipotesi di concessione all'opposto di termini a comparire non inferiori a quelli ordinari, era di dieci giorni.

Il rimettente, al fine di verificare come la norma censurata incida sulla risoluzione della questione di merito, ricostruisce la disciplina in materia di opponibilità della cessione dei crediti, con particolare riferimento ai crediti vantati nei confronti dell'amministrazione pubblica.

Egli richiama la regola iuris di carattere generale di cui all'art. 1260 del codice civile, ai sensi del quale «Il creditore può trasferire a titolo oneroso o gratuito il suo credito, anche senza il consenso del debitore, purché il credito non abbia carattere strettamente personale o il trasferimento non sia vietato dalla legge».

Aggiunge che, in base all'art. 1264 cod. civ., la cessione ha effetto nei confronti del debitore ceduto quando questi l'abbia accettata o, in alternativa, quando gli sia stata notificata, fermo restando che il debitore il quale paga al cedente prima della notificazione o dell'accettazione non è liberato dal debito, se si dia dimostrazione che era a conoscenza dell'avvenuta cessione.

Il giudicante sottolinea come, al momento dell'emanazione del codice civile, era presente nell'ordinamento una specifica disciplina in ordine alla cessione dei crediti vantati nei confronti delle amministrazioni pubbliche.

L'art. 9, allegato E, della legge 20 marzo 1865, n. 2248 (Legge sul contenzioso amministrativo - Allegato E) e successive modificazioni, stabiliva, in materia di contratti pubblici, che «Sul prezzo dei contratti in corso non potrà avere alcun sequestro, né convenirsi cessione, se non vi aderisca l'amministrazione interessata».

L'art. 339, allegato F, della legge 20 marzo 1865, n. 2248 (Legge sui lavori pubblici - Allegato F) - abrogato dal decreto del Presidente della Repubblica 21 dicembre 1999, n. 554 (Regolamento di attuazione della legge 11 febbraio 1994, n. 109 - legge quadro in materia di lavori pubblici e successive modificazioni) - sanciva: «È vietata qualunque cessione di credito e qualunque procura, le quali non siano riconosciute».

Il giudice a quo evidenzia come una più generale disciplina della cessione dei crediti vantati nei confronti delle amministrazioni pubbliche fosse contenuta nel regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440 (Nuove disposizioni sull'amministrazione del patrimonio e sulla contabilità generale dello Stato), di cui richiama gli artt. 69 e 70.

Il Tribunale sottolinea come, in questo contesto normativo, sorgesse, in primo luogo, la questione se la disposizione originaria dell'art. 9, allegato E, della legge n. 2248 del 1865, concernente tutti i contratti, fosse stata confermata da quella successiva dell'art. 70 r.d. n. 2440 del 1923, oppure se il legislatore avesse così inteso restringere la portata della prima, limitando la necessità dell'adesione dell'amministrazione pubblica soltanto per determinati crediti, cioè per quelli derivanti dall'esecuzione di contratti di somministrazione, di appalto o di fornitura.

Il rimettente prosegue esponendo che quest'ultima tesi è stata ritenuta preferibile dalla Corte di cassazione, sezione terza civile, con la sentenza 28 gennaio 2002, n. 981, in forza del principio di cui all'art. 14 delle disposizioni sulla legge in generale,

essenzialmente in base al rilievo che la disciplina speciale in questione deroga a quella ordinaria, secondo la quale la cessione ha effetto nei confronti del debitore ceduto in conseguenza della semplice accettazione o notificazione.

La Corte suddetta, inoltre, ha ritenuto tale soluzione conforme al principio per cui, nei rapporti nei quali lo Stato agisce iure privatorum, le disposizioni che definiscono l'area di incidenza dei privilegi della pubblica amministrazione, comportanti una restrizione dell'autonomia negoziale dei privati, devono essere interpretate in senso restrittivo, in linea con il precetto di cui all'art. 41, primo comma, Cost.

Ciò ha comportato, ad avviso della Corte di cassazione, l'abrogazione del citato art. 9, ai sensi dell'art. 15 delle disposizioni sulla legge in generale, per tutti i casi in cui non è espressamente richiamato dall'art. 70 del r.d. n. 2440 del 1923.

Il rimettente sottolinea come, alla stregua di quanto esposto, il divieto di cessione senza l'adesione della pubblica amministrazione si applicasse, in definitiva, solo ai rapporti di durata come l'appalto e la somministrazione (o la fornitura), rispetto ai quali il legislatore aveva ravvisato, in deroga al principio generale della cedibilità dei crediti anche senza il consenso del debitore (art. 1260 cod. civ.), l'esigenza di garantire con questo mezzo la regolare esecuzione, evitando che, durante la medesima, potessero venire meno le risorse finanziarie al soggetto obbligato e, così, potesse essere compromessa l'ulteriore regolare prosecuzione del rapporto (Cassazione, sezione prima civile, sentenza 18 novembre 1994, n. 9789).

Il giudice a quo evidenzia come, secondo la giurisprudenza di legittimità (Cassazione, sezione terza civile, sentenza 21 settembre 2005, n. 18610), la disciplina sopra richiamata trovasse applicazione non solo nei confronti delle amministrazioni dello Stato, ma anche degli altri enti pubblici, in tal senso deponendo sia la portata generale di tali disposizioni - confermata dal riferimento delle predette leggi anche ai beni ed alle attività di enti diversi dallo Stato, nonché dalle norme secondarie che le estendevano ai Comuni ed alle Province - sia il comune scopo delle norme in questione, consistente nel garantire la regolare esecuzione dei contratti di durata in esse considerati, impedendo che, nel corso degli stessi, l'appaltatore potesse privarsi dei mezzi finanziari erogatigli dalla pubblica amministrazione secondo lo stato di avanzamento dei lavori e lo sviluppo delle forniture.

Il rimettente richiama, altresì, l'orientamento giurisprudenziale (Cassazione, sezione prima civile, sentenza 8 maggio 2008, n. 11475; sezione terza civile, sentenza 6 febbraio 2007, n. 2541) secondo cui la deroga al principio della libera cedibilità dei crediti, essendo intesa ad evitare che, durante l'esecuzione del contratto, potessero venire a mancare i mezzi finanziari al soggetto obbligato alla prestazione in favore della pubblica amministrazione, cessava alla conclusione del rapporto contrattuale - come si desumeva dall'inciso «contratti in corso» - con la conseguenza che risultavano opponibili all'amministrazione le cessioni di credito fatte valere e realizzate senza la preventiva adesione, purché intervenute dopo la conclusione del rapporto.

Peraltra, ad avviso della giurisprudenza di legittimità, in tema di appalto di opere pubbliche il contratto cessa di essere considerato in corso soltanto a seguito dell'espletamento e dell'approvazione del collaudo da parte della pubblica amministrazione, costituendo tale approvazione lo strumento legale con il

quale le conclusioni dell'appaltatore sono accettate dalla amministrazione con conseguente obbligo della medesima di liquidare il corrispettivo sulla base dell'importo determinato in quella sede. Solo in tale momento può ritenersi esaurito il rapporto contrattuale e superata la ragione della deroga.

Il Tribunale rileva come, in questo contesto normativo, sia stato introdotto l'art. 26, comma 5, della legge 11 febbraio 1994, n. 109 (Legge quadro in materia di lavori pubblici), ai sensi del quale «Le disposizioni di cui alla legge 21 febbraio 1991, n. 52, sono estese ai crediti verso le pubbliche amministrazioni derivanti da contratti di appalto di lavori pubblici, di concessione di lavori pubblici e da contratti di progettazione nell'ambito della realizzazione di lavori pubblici».

Il decreto del Presidente della Repubblica 21 dicembre 1999, n. 554 (Regolamento di attuazione della legge quadro in materia di lavori pubblici 11 febbraio 1994, n. 109 e successive modificazioni) disponeva: «Ai sensi dell'articolo 26, comma 5, della legge, le cessioni di crediti vantati nei confronti delle amministrazioni pubbliche a titolo di corrispettivo di appalto possono essere effettuate dagli appaltatori a banche o intermediari finanziari disciplinati dalle leggi in materia bancaria e creditizia, il cui oggetto sociale preveda l'esercizio dell'attività di acquisto di crediti di impresa.

La cessione deve essere stipulata mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata e deve essere notificata all'amministrazione debitrice.

La cessione del credito da corrispettivo di appalto è efficace ed opponibile alla pubblica amministrazione qualora questa non la rifiuti con comunicazione da notificarsi al cedente ed al cessionario entro quindici giorni dalla notifica di cui al comma 2.

L'amministrazione pubblica, al momento della stipula del contratto o contestualmente, può preventivamente riconoscere la cessione da parte dell'appaltatore di tutti o di parte dei crediti che devono venire a maturazione.

In ogni caso, l'amministrazione ceduta può opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al contratto di appalto».

Il giudice a quo rileva come la disciplina risultante dalla legge e dal regolamento sia stata sostanzialmente integrata nel decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE), peraltro ritenuto non applicabile al caso di specie in quanto successivo all'avvenuta cessione di credito.

Il Tribunale sottolinea che la giurisprudenza di legittimità, coordinando l'innovativa disciplina dettata a partire dal 1994 in materia di appalti pubblici con quella già in vigore, ha concluso nel senso che l'estensione ai crediti vantati nei confronti delle pubbliche amministrazioni (derivanti da contratti di appalto di lavori pubblici) delle previsioni della legge 21 febbraio 1991, n. 52 (Disciplina della cessione dei crediti di impresa), derogatorie rispetto alla disciplina comune prevista dal codice civile ed applicabili a condizione che il cessionario sia una banca o un intermediario finanziario, non avrebbe significato l'abrogazione delle norme speciali che regolavano in precedenza la cessione dei crediti nei confronti della pubblica amministrazione. Pertanto, continuerebbe ad essere applicabile la normativa speciale

di cui all'art. 9, allegato E, della legge n. 2248 del 1865, nonché, trattandosi di contratto della pubblica amministrazione, quella di cui agli artt. 69 e 70 del r.d. n. 2440 del 1923 (Cassazione, sezione prima civile, sentenza 24 settembre 2007, n. 19571).

Il giudice a quo, schematizzando quanto sopra enunciato, precisa che, in ragione delle norme di diritto privato speciale applicabili all'amministrazione pubblica, si possono avere le seguenti ipotesi: 1) cessione a soggetto non qualificato, ai sensi della legge n. 52 del 1991, di crediti vantati nei confronti della pubblica amministrazione, derivanti da contratti non relativi a "somministrazioni, forniture ed appalti" ovvero, pur rientranti in tale categoria, non più in corso di esecuzione: la cessione, ai sensi dell'art. 69 del r.d. n. 2440 del 1923, ha efficacia quando, redatta in forma solenne, è notificata all'amministrazione centrale ovvero all'ente, ufficio o funzionario cui spetta ordinare il pagamento; 2) cessione a soggetto non qualificato, ai sensi della legge n. 52 del 1991, di crediti vantati nei confronti della pubblica amministrazione derivanti da contratti relativi a "somministrazioni, forniture ed appalti" ancora in corso di esecuzione: la cessione, ai sensi dell'art. 70 del r.d. n. 2240 del 1923 e dell'art. 9, allegato E della legge n. 2248 del 1865, ha efficacia solo a seguito dell'accettazione da parte dell'amministrazione pubblica; 3) cessione a soggetto qualificato, ai sensi della legge n. 52 del 1991, di crediti vantati nei confronti della pubblica amministrazione derivanti da contratti di servizi, forniture e lavori: la cessione, ai sensi dell'art. 117 del d.lgs. n. 163 del 2006, ha efficacia se è stata preventivamente accettata dall'amministrazione nel contratto di appalto o in altro atto separato e contestuale ovvero, se stipulata in forma solenne e notificata all'amministrazione, non sia da questa rifiutata nel termine normativamente previsto; 4) cessione a soggetto qualificato, ai sensi della legge n. 52 del 1991, di crediti vantati nei confronti della pubblica amministrazione non derivanti da contratti di servizi, forniture e lavori: è applicabile la disciplina di cui all'art. 69 del r.d. n. 2240 del 1923, per cui la cessione redatta in forma solenne deve essere semplicemente notificata all'amministrazione.

Il rimettente osserva che la norma regionale censurata deroga al complesso normativo delineato, "appiattendo" l'articolata regolamentazione di diritto privato speciale. Infatti, ai sensi della detta norma, le cessioni dei crediti, qualunque sia la loro origine, in ogni tempo ed indipendentemente dalla natura del cessionario, non risultano opponibili all'amministrazione regionale se non accettate da questa per il tramite del dirigente del competente settore e sempre che la spesa non sia stata già liquidata.

Il Tribunale ritiene rilevante la questione, dato che, nella fattispecie concreta devoluta alla sua cognizione, la cessione del credito a soggetto non qualificato, ai sensi della legge n. 52 del 1991, in mancanza della censurata norma regionale derogatoria, sarebbe stata certamente opponibile alla Regione Calabria, in quanto - pur essendo il credito relativo ad opere pubbliche - i sottostanti rapporti negoziali erano esauriti al momento della cessione, peraltro regolarmente notificata all'amministrazione regionale.

In punto di non manifesta infondatezza, il giudice a quo dubita della legittimità costituzionale dell'art. 46 della legge della Regione Calabria n. 8 del 2002, in riferimento all'evocato parametro costituzionale.

Il rimettente richiama una serie di pronunce della Corte costituzionale, nelle quali si è precisato che è sottratta alla potestà

legislativa regionale l'emanazione di norme di diritto privato (così intendendosi le norme oggetto di codificazione, ma anche le norme extravagantes regolanti i rapporti tra le parti che si pongano su un piano paritario) e, in particolare, di regole inerenti alla disciplina dei contratti, delle obbligazioni, della proprietà intellettuale e delle garanzie patrimoniali.

Alla luce di tale giurisprudenza, il giudicante sottolinea come il censurato art. 46 della legge della Regione Calabria n. 8 del 2002 - al contrario di quanto sostenuto, nel giudizio a quo, dalla difesa regionale - pone una regola che non si riferisce alla materia dell'ordinamento contabile della Regione, ovvero alla «gestione finanziaria ed economica della Regione» (art. 1, comma 2, della medesima legge regionale n. 8 del 2002), ma incide direttamente sull'efficacia della cessione dei crediti verso l'amministrazione ed è, pertanto, volta a disciplinare i rapporti privatistici.

Il rimettente esclude che, attraverso un'interpretazione adeguatrice e costituzionalmente orientata, la norma censurata possa essere diversamente intesa, attribuendole un significato tale che essa non vada ad esplicare effetti sull'ordinamento civile, ma su ambiti diversi.

Infine, il giudice a quo sottolinea la legittimazione del giudice comune a sollevare la questione di legittimità costituzionale anche in relazione al parametro costituzionale che disciplina il riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni, benché il Governo non abbia proposto detta questione in via principale, ai sensi dell'art. 127, primo comma, Cost. (sul punto, è richiamata la sentenza n. 370 del 2008).

Considerato in diritto

1. Il Tribunale ordinario di Catanzaro, in composizione monocratica, con l'ordinanza indicata in epigrafe, dubita, in riferimento all'articolo 117, secondo comma, lettera l) della Costituzione, della legittimità costituzionale dell'articolo 46 della legge della Regione Calabria 4 febbraio 2002, n. 8 (Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione Calabria), il quale disciplina le cessioni di credito.

Ad avviso del rimettente, detta disposizione violerebbe l'evocato parametro, nella materia dell'ordinamento civile, riservata alla competenza legislativa esclusiva dello Stato.

Infatti - premesso che è sottratta alla potestà legislativa regionale la emanazione di norme di diritto privato e, in particolare, di regole inerenti alla disciplina dei contratti, delle obbligazioni e delle garanzie patrimoniali - la disposizione censurata, nel disporre che non hanno effetto nei confronti della Regione Calabria le cessioni di credito che non siano accettate, prima della liquidazione della correlata spesa, dal dirigente della struttura regionale competente, verrebbe ad incidere in via diretta, "appiattendo" l'articolata regolamentazione del cosiddetto diritto privato speciale, sull'efficacia della cessione dei crediti vantati nei confronti della pubblica amministrazione e, pertanto, sulla disciplina dei rapporti privatistici, sottratti alla potestà legislativa regionale.

2. In via preliminare, si deve osservare che, come il rimettente rileva, la causa di opposizione a decreto ingiuntivo è stata iscritta a ruolo sette giorni dopo la notificazione del relativo atto. Il Tribunale, però, «ritiene che essa non sia improcedibile (secondo quanto invece ritenuto in un obiter dictum da Cassazione civile,

sezioni unite, 9 settembre 2010, n. 19246), nel qual caso si porrebbe nell'oblio dell'irrelevanza la questione che quivi si solleva. Infatti, la posizione della Suprema Corte - non vincolante - non appare condivisibile [in tal senso, nella giurisprudenza di questa Autorità giudiziaria: Tribunale di Catanzaro, sezione seconda civile, ordinanza del 4 novembre 2010 (...)] e, comunque, tale da non comportare un giudizio di tardività della costituzione della parte opponente che confidava sul precedente, costante orientamento giurisprudenziale per il quale il termine di iscrizione a ruolo, nell'ipotesi di concessione all'opposto di termini a comparire non inferiori a quelli ordinari, era di dieci giorni (sull'overruling della giurisprudenza di legittimità e sulla non imputabilità degli errori di diritto commessi sulla base dell'orientamento smentito cfr. Cass. civ., Sez. II, 17 giugno 2010 n. 14627)».

Al riguardo, va rilevato che, in epoca successiva all'ordinanza di rimessione, è entrata in vigore, in data 20 gennaio 2012, la legge 29 dicembre 2011, n. 218 (Modifica dell'articolo 645 e interpretazione autentica dell'articolo 165 del codice di procedura civile in materia di opposizione a decreto ingiuntivo). In particolare, l'art. 1 della citata legge, intitolato «Modifica all'articolo 645 del codice di procedura civile», ha disposto la soppressione nel secondo comma di detta norma delle parole «ma i termini di comparizione sono ridotti a metà». Inoltre, l'art. 2 della legge medesima, recante «Disposizione transitoria», ha previsto che «Nei procedimenti pendenti alla data di entrata in vigore della presente legge, l'art. 165, primo comma, del codice di procedura civile si interpreta nel senso che la riduzione del termine di costituzione dell'attore ivi prevista si applica, nel caso di opposizione a decreto ingiuntivo, solo se l'opponente abbia assegnato all'opposto un termine di comparizione inferiore a quello di cui all'articolo 163-bis, primo comma, del medesimo codice».

Nel caso in esame, il giudizio a quo era certamente pendente alla data di entrata in vigore della citata legge, mentre, come si desume dall'ordinanza di rimessione, all'opposto erano stati concessi termini a comparire non inferiori a quelli ordinari. Ne deriva che al detto giudizio è applicabile la normativa sopravvenuta, sicché il profilo messo in luce dal rimettente non ha più ragion d'essere.

3. Nel merito, la questione è fondata.

La disposizione censurata, sotto la rubrica «Cessioni di credito», stabilisce che: «Le cessioni di credito hanno effetto nei confronti della Regione qualora siano alla stessa notificate presso la sede legale ed accettate con provvedimento del dirigente della struttura regionale competente, prima della liquidazione della correlata spesa».

Al riguardo, si deve osservare che la cessione dei crediti è un istituto proprio del diritto civile e trova la sua prima fonte di disciplina nel relativo codice (artt. da 1260 a 1267). Essa rientra nel novero delle modificazioni soggettive del rapporto obbligatorio dal lato attivo e risponde all'esigenza di regolare le fattispecie nelle quali si debba trasferire non una cosa ma un diritto di credito. Dalla stessa esigenza è nata la possibilità di incorporare il credito in un documento, attuando la cessione con la semplice dazione del documento stesso: è il caso dei titoli di credito e, segnatamente, della cambiale.

In particolare, l'art. 1260, primo comma, cod. civ., dispone che «Il creditore può trasferire a titolo oneroso o gratuito il suo

credito, anche senza il consenso del debitore, purché il credito non abbia carattere strettamente personale o il trasferimento non sia vietato dalla legge». L'art. 1264, primo comma, cod. civ. stabilisce che «La cessione ha effetto nei confronti del debitore ceduto quando questi l'ha accettata o quando gli è stata notificata».

A fianco della citata disciplina generale del codice, l'ordinamento civile prevede varie normative speciali, dirette a regolare determinate categorie di crediti. Si possono ricordare, oltre al settore dei titoli di credito cui dianzi si è fatto cenno, i crediti d'impresa per i quali la cessione è disciplinata dalla legge 21 febbraio 1991, n. 52 (Disciplina della cessione dei crediti di impresa), le cui disposizioni sono richiamate dall'art. 117 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE) e l'articolata regolamentazione statale della cessione dei crediti vantati nei confronti della pubblica amministrazione (richiamata nell'ordinanza di rimessione e in narrativa).

Con riferimento a tale ultima categoria di crediti, si deve sottolineare che le loro caratteristiche peculiari non giovano a sottrarli alla materia dell'ordinamento civile. Tali caratteristiche, infatti, attengono alla necessità di particolari requisiti di forma, oppure a talune deroghe alla disciplina stabilita dalle norme del codice civile, ma non incidono sullo schema legale della cessione e, soprattutto, non fanno venir meno la natura negoziale di essa.

Orbene, questa Corte ha più volte affermato che l'ordinamento del diritto privato si pone quale limite alla legislazione

regionale, in quanto fondato sull'esigenza, sottesa al principio costituzionale di eguaglianza, di garantire sul territorio nazionale l'uniformità della disciplina dettata per i rapporti tra privati. Il limite dell'ordinamento civile, quindi, identifica un'area riservata alla competenza esclusiva della legislazione statale e comprende i rapporti tradizionalmente oggetto di codificazione (ex plurimis: sentenze n. 123 del 2010, n. 295 e n. 160 del 2009, n. 326 e n. 51 del 2008).

La disposizione censurata, introducendo - per le cessioni di credito vantate nei confronti della Regione Calabria - una apposita disciplina, supera il suddetto limite dell'ordinamento civile e, quindi, viola l'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost.

Di essa, pertanto, va dichiarata l'illegittimità costituzionale.

Per questi motivi

LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 46 della legge della Regione Calabria 4 febbraio 2002, n. 8 (Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione Calabria).

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 3 giugno 2013

Presidente
Franco Gallo

Depositata in Cancelleria il 7 giugno 2013

MODALITÀ PER LE INSERZIONI

Il prezzo degli annunci da inserire nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria è di euro 2 per ciascuna linea di scrittura o frazione o di un massimo di sei gruppi di cifre per ogni linea dell'annuncio originale comunicato per la inserzione.

Ogni linea di scrittura dell'originale non può contenere in ogni caso più di 28 sillabe.

Tali annunci debbono essere scritti in originale su carta legale del valore corrente ed ogni copia su carta uso bollo (stesse caratteristiche dovranno avere anche i testi scritti con computer al fine di poterne stabilire la giusta tariffa), salvo quelli pubblicati nell'interesse esclusivo dello Stato o della Regione per i quali è prescritto l'uso della carta uso bollo sia per l'originale che per la copia.

Per questi e per gli altri, la cui gratuità è dichiarata per legge, è accordata la esenzione dal pagamento di ogni diritto per l'inserzione.

Il testo dell'inserzione, riprodotto a mezzo di computer, ai fini dell'individuazione della tariffa, dovrà essere redatto su righe aventi la medesima estensione della carta bollata.

I prospetti e gli elenchi contenenti cifre, vengono riprodotti, compatibilmente con le esigenze tipografiche, conformemente al testo originale, sempre con un massimo di sei gruppi per ogni linea del testo originale.

Il prezzo degli annunci richiesti per corrispondenza, deve essere versato a mezzo del conto corrente postale n. 251884 - intestato al Bollettino Ufficiale della Regione Calabria, indicando a tergo del certificato di allibramento la causale del versamento e numero d'inserzione.

L'Amministrazione non risponde dei ritardi causati dalla omissione di tale indicazione.

AVVISO AGLI INSERZIONISTI

Tutti gli avvisi dei quali si richiede la pubblicazione devono pervenire alla Direzione del Bollettino Ufficiale, inviati per posta o presentati a mano, almeno dieci giorni prima di quello della pubblicazione della puntata nella quale si vuole siano inseriti. Gli ordinativi pervenuti in ritardo verranno inseriti nel numero ordinario immediatamente successivo.

Gli stessi devono riportare, in calce all'originale, la firma per esteso della persona responsabile, con l'indicazione, ove occorra, della qualifica o carica sociale.

Le generalità del firmatario devono essere riportate scritte a macchina o stampatello.

In caso contrario, non si assumono responsabilità, per l'eventuale inesatta interpretazione.

Se l'annuncio da inserire viene inoltrato per posta, la lettera di accompagnamento debitamente firmata, deve riportare anche il preciso indirizzo del richiedente nonché gli estremi del pagamento effettuato (data, importo e mezzo del versamento).

Se invece, la richiesta viene fatta presso gli Uffici della Direzione da apposito incaricato, quest'ultimo deve dimostrare di essere stato delegato a richiedere l'inserzione.

Per gli avvisi giudiziari è necessario che il relativo testo sia accompagnato dalla copia autenticata o fotostatica del provvedimento emesso dall'Autorità competente.

Tale adempimento non è indispensabile per gli avvisi già visti dalla predetta autorità.

Vendita:

fascicolo ordinario di Parti I e II costo pari ad € 2,00; numero arretrato € 4,00;

fascicolo di supplemento straordinario:

prezzo di copertina pari ad € 1,50 ogni 32 pagine;

fascicolo di Parte III costo pari ad € 1,50; numero arretrato € 3,00.

Prezzi di abbonamento:

Parti I e II: abbonamento annuale € 75,00;

Parte III: abbonamento annuale € 35,00.

Condizioni di pagamento:

Il canone di abbonamento deve essere versato a mezzo di conto corrente postale n. 251884 intestato al «Bollettino Ufficiale della Regione Calabria» – 88100 Catanzaro, entro trenta giorni precedenti la sua decorrenza specificando nella causale, in modo chiaro, i dati del beneficiario dell'abbonamento – cognome e nome (o ragione sociale), indirizzo completo di c.a.p. e Provincia – scritti a macchina o stampatello. **La fotocopia della ricevuta postale del versamento del canone di abbonamento, deve essere inviata all'Amministrazione del B.U.R. - Calabria – Traversa Cassiodoro, 19 – 88100 Catanzaro.**

I fascicoli disguidati saranno inviati solo se richiesti alla Direzione del Bollettino Ufficiale entro trenta giorni dalla data della loro pubblicazione.

Editore: REGIONE CALABRIA

AUT. TRIBUNALE CATANZARO N. 31/1994

Direttore responsabile: LUIGI ROSARIO STANIZZII

Stampa: ABRAMO Printing & Logistics S.p.A.

Località Difesa

Zona Industriale Caraffa di Catanzaro (CZ)
