



Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 147/12

di iniziativa del Consigliere G. MATTIANI recante:

"Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare"

relatore: P. STRAFACE;

DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	4/1/2023
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	5/1/2023
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

ultimo aggiornamento: 15/02/2023

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 147/XII pag. 5
"Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare"

Normativa citata

Legge 27 dicembre 2017, n. 205 (art. 1, comma 255) pag. 12
"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020."

Legge 20 maggio 2016, n. 76 pag. 41
"Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze."

Legge 8 novembre 2000, n.328 pag. 52
"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali."

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (art. 33, comma 3) pag. 83
"Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate."

Legge 11 febbraio 1980, n. 18 pag. 87
"Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili."

Legge regionale 26 novembre 2003, n. 23 (art. 9) pag. 90
"Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della legge n. 328/2000)."

Deliberazione Giunta regionale n. 32 del 9 febbraio 2016 pag. 92
"Integrazioni e modifica DGR n. 210/2015 - Riorganizzazione del Sistema dell'Offerta per la gestione dei servizi socio-assistenziali - Proroga termini"

Deliberazione Giunta regionale n. 210 del 22.06.2015 pag. 96
"Ridefinizione degli ambiti territoriali intercomunali e riorganizzazione del sistema dell'offerta per la gestione dei Servizi Socio-assistenziali"

D.G.R. n. 210 del 22 giugno 2015 - Allegato A pag. 100
"AMBITI TERRITORIALI DELLA REGIONE CALABRIA"

D.G.R. n. 210 del 22 giugno 2015 - Allegato B pag. 106
"LE STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI"

Normativa nazionale

DECRETO 27 ottobre 2020 pag. 116
"Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020."

Normativa comparata

- Legge Regionale 30 novembre 2022 , n. 23 - Lombardia pag. 123
"Caregiver familiare"
- Legge regionale 27 febbraio 2020, n. 3 - Puglia pag. 128
"Norme per il sostegno del caregiver familiare"
- Deliberazione Giunta regionale 11 luglio 2022, n. 991 - Puglia pag. 136
"Legge regionale 27 febbraio 2020 n. 3, "Norme per il sostegno del caregiver familiare" - Approvazione Schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Puglia, ANCI Puglia, Federfarma, Confcommercio, Confartigianato e Confesercenti per lo svolgimento di azioni a supporto del caregiver familiare."
- Deliberazione della Giunta regionale n. 295 del 16 marzo 2021 - Veneto pag. 145
"Approvazione degli indirizzi integrati di programmazione per l'attuazione degli interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza dei caregiver familiari, ai sensi del decreto del Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2020."
- Legge regionale 20 novembre 2017, n. 33 - Campania pag. 148
"Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare"
- Legge regionale 27 dicembre 2016, n. 43 - Abruzzo pag. 154
"Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza)."
- Legge regionale 28 marzo 2014, n. 2 - Emilia Romagna pag. 158
"NORME PER IL RICONOSCIMENTO ED IL SOSTEGNO DEL CAREGIVER FAMILIARE (PERSONA CHE PRESTA VOLONTARIAMENTE CURA E ASSISTENZA)"
- Delibera Num. 858 del 16.06.2017 - Emilia Romagna pag. 161
"ADOZIONE DELLE LINEE ATTUATIVE DELLA LEGGE REGIONALE N.2 DEL 28 MARZO 2014 "NORME PER IL RICONOSCIMENTO E IL SOSTEGNO DELCAREGIVER FAMILIARE (PERSONA CHE PRESTA VOLONTARIAMENTE CURA ED ASSISTENZA)"
- Delibera num. 1423 del 02.10.2017 - Emilia Romagna pag. 192
"ATTUAZIONE DEL PIANO SOCIALE E SANITARIO 2017-2019. APPROVAZIONE DELLE SCHEDE ATTUATIVE D'INTERVENTO E DI INDIRIZZI PER L'ELABORAZIONE DEI PIANI DI ZONA DISTRETTUALI PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE."
- Delibera Num. 2318 del 22.11.2019 - Emilia Romagna pag. 316
"MISURE A SOSTEGNO DEI CAREGIVER"
- Delibera Num. 1789 del 02.11.2021 - Emilia Romagna pag. 333
"APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE PER L'UTILIZZO

DELLE RISORSE DEL "FONDO NAZIONALE PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE ANNUALITÀ 2018-2019- 2020". RIPARTO, ASSEGNAZIONE E CONCESSIONE ALLE AZIENDE USL."

PROPOSTA DI LEGGE recante
Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare
RELAZIONE DESCRITTIVA

La presente proposta di Legge recante "Norme per il riconoscimento ed il sostegno del Caregiver familiare" nasce dall'esigenza di valorizzare, da una parte tale figura già diffusamente presente sul territorio ma anche di delinearne e precisarne le caratteristiche in funzione della importante utilità sociale che riveste. Tale intervento legislativo mira altresì a tutelare le famiglie che spesso, nell'imminenza del bisogno, ricorrono a forme improvvisate nella ricerca impellente di un operatore adatto esponendosi anche a rischi di vario tipo, ma anche a valorizzare e tutelare gli stessi soggetti che si dedicano con serietà a questa forma delicata di assistenza quali il caregiver familiare.

Al riguardo diventa opportuno rilevare quanto disposto **dall'Articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020) che al comma 255 definisce il caregiver familiare** "*...la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado...*".

La proposta si compone di 10 articoli, come di seguito descritti:

- l'art. 1 disciplina le finalità della proposta;
- l'art. 2 definisce il caregiver familiare;
- l'art. 3 disciplina la libera scelta e il rapporto con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari del sistema regionale; È prevista l'istituzione, presso i Comuni Capofila degli Ambiti Territoriali Distrettuali preposti alla pianificazione dei servizi socio assistenziali, dell'Elenco dei Caregiver familiare nel quale possono essere iscritti, su richiesta, gli addetti all'assistenza di cui alla presente legge e che abbiano i requisiti previsti dalla medesima. Tale provvedimento costituisce una garanzia per le famiglie sovente costrette a ricorrere a passaparola e conoscenze improvvisate non sempre affidabili ed efficaci, per la ricerca di tali figure, ma anche per gli stessi Caregiver familiare che in maniera seria e responsabile si dedicano a tale attività. La Giunta Regionale ha individuato con propri atti deliberativi l'elenco dei Comuni Capofila sulla base della predetta normativa nazionale e regionale: D.G.R. n. 210 del 22 giugno 2015, integrata e modificata con D.G.R. n. 32 del 9 febbraio 2016. DGR n. 365 del 27 settembre 2016; D.G.R. n. 410 del 21 settembre 2018;
- l'art. 4 prevede interventi a favore del caregiver familiare;
- l'art. 5 disciplina la rete di sostegno al caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato dei servizi regionali;
- l'art. 6 disciplina il riconoscimento delle competenze;
- l'art. 7 prevede azioni di sensibilizzazione e partecipazione; L'istituzione del Caregiver Day rappresenta un'occasione per divulgare e valorizzare tale importante figura, incoraggiandone la diffusione sul territorio.
- l'art. 8 rinvia al regolamento attuativo;
- l'art. 9 prevede la clausola di invarianza finanziaria e individua ulteriori opportunità per una proficua utilizzazione delle ingenti risorse della programmazione ordinaria europea e del PNRR;
- l'art. 10 prevede l'entrata in vigore anticipata della legge rispetto all'ordinario termine di 15 giorni (*vacatio legis*).

Relazione finanziaria**Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria***(allegato a margine della relazione tecnico finanziaria art. 39 Statuto Regione Calabria)*Titolo della legge: "**Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare**".

Tab. 1 - Oneri finanziari:

Tab. 1 - Oneri finanziari:

	Descrizione spese	Tipologia I o C	Carattere temporale AoP	Importo
Art. 1	Prevede la finalità dell'intervento legislativo. Ha carattere ordinamentale.			0
Art. 2	Definisce il caregiver familiare. Ha carattere ordinamentale.			0
Art. 3	Disciplina la libera scelta e il rapporto con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari del sistema regionale. Ha carattere ordinamentale.			0
Art. 4	Prevede interventi a favore del caregiver familiare. Ha carattere ordinamentale.			0
Art. 5	Disciplina la rete di sostegno al caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato dei servizi regionali. Ha carattere ordinamentale.			0
Art. 6	Prevede il riconoscimento delle competenze. Non comporta oneri a carico del bilancio regionale.			0
Art. 7	Prevede azioni di sensibilizzazione e partecipazione senza nuovi oneri a carico del bilancio regionale.			0
Art. 8	Prevede il regolamento attuativo. Ha carattere ordinamentale.			0
Art. 9	Prevede l'assenza di nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale			0
Art. 10	Disciplina l'entrata in vigore anticipata della legge rispetto all'ordinario termine di 15 giorni (vacatio legis).			0

Criteri di quantificazione degli oneri finanziari

Programma/capitolo	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Totale
	//	//	//	//
Totale	//	//	//	//

Proposta di legge regionale del consigliere Giuseppe Mattiani

Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare

NORME PER IL RICONOSCIMENTO E IL SOSTEGNO DEL CAREGIVER FAMILIARE**INDICE***Art. 1 - Finalità**Art. 2 - Il caregiver familiare**Art. 3 - Libera scelta e rapporto con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari del sistema regionale**Art. 4 - Interventi a favore del caregiver familiare**Art. 5 - Rete di sostegno al caregiver nell'ambito del sistema integrato dei servizi regionali**Art. 6 - Riconoscimento delle competenze**Art. 7 - Azioni di sensibilizzazione e partecipazione**Art. 8- Regolamento attuativo**Art. 9 - Clausola di invarianza finanziaria**Art. 10 - Entrata in vigore***Art. 1****Finalità**

1. La Regione Calabria tutela la famiglia e attua il principio di sussidiarietà favorendo l'iniziativa di singoli e associati, famiglie altre formazioni sociali.
2. In attuazione dei principi statutari, al fine di sviluppare una rete integrata di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, favorisce e sostiene politiche e azioni integrate per la realizzazione di welfare di comunità, valorizzando l'apporto di singoli cittadini, associazioni e altre forme di volontariato.
3. La Regione Calabria promuove, nell'ambito delle politiche del welfare, la solidarietà familiare riconoscendo e valorizzando la figura del "caregiver familiare" quale attore della rete dei servizi di assistenza alla persona sostenendo l'attività di cura non professionale prestata nei confronti di persone che necessitano di assistenza a lungo termine a causa di malattia, infermità o disabilità gravi, svolta nel contesto di relazioni affettive e familiari; ne riconosce il valore sociale ed economico connesso ai rilevanti vantaggi che trae l'intera collettività e la tutela al fine di conciliarla con le esigenze personali di vita sociale e lavorativa,
4. La figura del caregiver familiare è componente informale della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.
5. Ai fini di cui al comma 3 la Regione definisce modalità per favorire l'integrazione dell'attività del caregiver familiare nell'ambito del sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari anche attraverso adeguate attività formative e di supporto.

Art. 2**Il caregiver familiare**

1. "Il caregiver familiare è la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga

durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18."

2. Il caregiver familiare viene riconosciuto come risorsa dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari ed opera, in relazione alla situazione di bisogno della persona assistita, nell'ambito del Piano assistenziale individualizzato (PAI), assistendo il parente nella cura in ambiente domestico, nelle relazioni di comunità, contribuendo al suo benessere psico-fisico, aiutandolo nella mobilità e nel disbrigo delle pratiche amministrative.
3. Il caregiver familiare interagisce e si integra con gli operatori di cura e assistenza, anche avvalendosi dei servizi di cura pubblici e privati favorendo e privilegiando in special modo le organizzazioni non profit del Terzo Settore.

Art. 3

Libera scelta e rapporto con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari del sistema regionale

1. I servizi sociali dei Comuni e i servizi delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) riconoscono il caregiver familiare come un elemento della rete del welfare locale e gli assicurano il sostegno e l'affiancamento necessari a sostenerne la qualità dell'opera di assistenza prestata.
2. Nell'ambito delle proprie competenze, le Aziende sanitarie locali (ASP), gli ambiti distrettuali intercomunali preposti, attraverso i Piani di Zona, alla pianificazione e alla gestione dei servizi socio assistenziali di cui alla legge 8 novembre 2000, n.328 (Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), i Comuni singoli o associati e la Regione promuovono iniziative di informazione ed orientamento, fra cui la realizzazione di guide informative relative a servizi ed iniziative pubbliche e private che interessano la figura del Caregiver familiare.
3. Allo scopo di favorire il mantenimento della persona assistita al proprio domicilio, e la normale vita di relazione il caregiver familiare, previo consenso della persona assistita, deve essere coinvolto in modo attivo nel percorso di valutazione, definizione e realizzazione del PAI
4. Il PAI esplicita il contributo di cura e le attività del caregiver familiare nonché le prestazioni, gli ausili, i contributi necessari e i supporti che i servizi sociali e sanitari si impegnano a fornire al fine di permettere al caregiver familiare di affrontare al meglio possibili difficoltà od urgenze e di svolgere le normali attività di assistenza e di cura in maniera appropriata e senza rischi per l'assistito e per sé medesimo.
I Comuni Capofila degli Ambiti Territoriali Distrettuali - di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a) della legge 328/2000, per come richiamata dall'articolo 9 della legge regionale n. 23/2003- preposti alla pianificazione dei servizi socio assistenziali, istituiscono l'elenco dei Caregiver familiari

Art. 4

Interventi a favore del caregiver

1. Le rappresentanze dei caregiver familiare di cui all'articolo 7, comma 3, sono sentite nell'ambito della programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria. nelle forme e nei modi previsti dalla legislazione vigente dal regolamento di cui all'art.8
2. La Regione, nei limiti delle risorse disponibili:
 - a) prevede, nell'ambito della propria programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria, azioni a supporto del caregiver familiare, anche attraverso il sostegno ai Comuni ed alle ASP per la realizzazione delle previsioni di cui al comma 3;

- b) promuove forme di sostegno economico attraverso l'erogazione dell'assegno di cura e di interventi economici per l'adattamento domestico, come previsto nell'ambito della normativa vigente per la non autosufficienza
 - c) può favorire accordi con le rappresentanze delle compagnie assicurative che prevedano premi agevolati per le polizze eventualmente stipulate dal caregiver familiare che opera nell'ambito del PAI, per la copertura degli infortuni e della responsabilità civile connessi all'attività prestata;
 - d) promuove la realizzazione di politiche attive per il lavoro mirate all'inserimento ed al reinserimento lavorativo dei caregiver familiari, riconoscendo le competenze e l'esperienza globalmente maturate nell'esercizio dell'attività assistenziale;
 - e) promuove intese ed accordi con le associazioni datoriali, tesi ad una maggior flessibilità oraria che permetta di conciliare la vita lavorativa con le esigenze di cura mediante forme di maggiore flessibilità dell'orario lavorativo, incentivando il telelavoro o il lavoro agile;
 - f) cura, in accordo con i Comuni e con il coinvolgimento dei soggetti gestori ed erogatori di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, programmi di aggiornamento degli operatori sociali, socio-sanitari e sanitari sui temi legati alla valorizzazione dei caregiver familiare e sulla relazione e comunicazione con gli stessi.
3. I Comuni singoli o associati, nell'ambito dei Piani di Zona e le ASP, nei limiti delle risorse disponibili, assicurano al caregiver familiare:
- a) l'informazione e la formazione del caregiver attraverso un percorso educativo strutturato e documentato attraverso l'utilizzo di specifici strumenti condivisi tra i diversi setting di cura. È necessario prevedere dei momenti di addestramento, sia a livello ospedaliero sia domiciliare al fine di promuovere l'empowerment del caregiver familiare;
 - b) servizi sociali di sollievo quali: un servizio di sostituzione temporanea dei caregiver familiari, supporti utili ad evitare l'isolamento ed il rischio di burnout, come esito patologico di un processo stressogeno che può colpire le persone coinvolte nelle attività di cura, e nei casi più complessi, l'attivazione di reti solidali, supporto psicologico e partecipazione a gruppi di auto mutuo aiuto di caregiver familiari e degli altri congiunti coinvolti nelle attività di assistenza;
 - c) la definizione del responsabile delle cure nell'ambito del PAI della persona assistita;
 - d) l'individuazione di soluzioni condivise nelle situazioni di emergenza personale od assistenziale segnalate dal caregiver familiare, con possibile piano per fronteggiare l'emergenza o ridefinizione del PAI stesso qualora la situazione imprevista assuma carattere di stabilità;
 - e) il sollievo di emergenza e di tipo programmato;
 - f) la domiciliarizzazione delle visite specialistiche nei casi di difficoltà di spostamento dell'assistito, compatibilmente con la disponibilità del personale medico e l'organizzazione dei servizi sanitari.

Art. 5

Rete di sostegno al caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato dei servizi regionali

1. La rete di sostegno al caregiver familiare è costituita dal sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e da reti di solidarietà.
2. Sono elementi della rete di cui al comma 1:
 - a) il responsabile del caso, che nell'ambito del PAI è la figura di riferimento ed il referente del caregiver familiare;

- b) il medico di medicina generale, che è il referente terapeutico della persona assistita e l'infermiere referente o case manager;
- c) i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari ed i servizi specialistici sanitari, chiamati ad intervenire per particolari bisogni o specifiche necessità;
- d) le organizzazioni del terzo settore senza fini di lucro e in particolar modo il volontariato e la solidarietà di vicinato, che rappresentano un'ulteriore risorsa della rete e possono arricchire il PAI e contrastare i rischi di isolamento del caregiver familiare.

Art. 6

Riconoscimento delle competenze

Per favorire la valorizzazione delle competenze maturate, l'accesso o il reinserimento lavorativo del caregiver familiare, l'esperienza maturata nell'attività di assistenza e cura prestata in qualità di caregiver familiare operante nell'ambito del PAI potrà essere valutata sulla base dei criteri, delle modalità e delle procedure previste dal regolamento di cui all'articolo 8, ai fini di una formalizzazione o certificazione delle competenze, ovvero quale credito formativo per l'accesso ai percorsi formativi finalizzati all'acquisizione della qualifica di operatore socio-sanitario o di altre figure del repertorio regionale relative all'area socio-sanitaria.

Art. 7

Azioni di sensibilizzazione e partecipazione

1. Al fine di sensibilizzare la comunità sul valore sociale del caregiver familiare, la Regione Calabria, senza nuovi oneri a carico del bilancio regionale, istituisce il "Caregiver day", da celebrarsi indicativamente l'ultimo sabato di maggio di ogni anno, con la collaborazione degli enti locali e delle Aziende sanitarie, delle associazioni di tutela dei malati e delle persone con disabilità, del terzo settore, dei sindacati dei lavoratori e delle associazioni datoriali.
2. La Regione documenta e raccoglie i materiali e le esperienze provenienti dai singoli territori al fine della diffusione delle buone pratiche, della programmazione di iniziative e progetti di valorizzazione e supporto dei caregiver familiare.

Art. 8

Regolamento attuativo

1. La Giunta Regionale, entro centottanta giorni dall'approvazione della presente legge, approva il regolamento attuativo.

Art. 9

Clausola di invarianza finanziaria

1. All'attuazione della presente legge si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili nella legislazione vigente a valere sulle risorse nazionali, sulle risorse del PNRR e sulle risorse del POR e comunque senza nuovi o maggiori oneri per il bilancio regionale.

Art. 10

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale telematico della Regione Calabria.

F.to Consigliere
Giuseppe MATTIANI

**LEGGE 27 dicembre 2017 , n. 205**

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020. (17G00222)

Vigente al : 9-1-2023

Parte I

Sezione I

Misure quantitative per la realizzazione degli obiettivi
programmatici

201. Per le erogazioni relative ai progetti promossi dalle fondazioni di cui al [decreto legislativo 17 maggio 1999, n. 153](#), nel perseguimento dei propri scopi statutari, finalizzati, nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 2, del citato decreto, alla promozione di un welfare di comunita', attraverso interventi e misure di contrasto alle poverta', alle fragilita' sociali e al disagio giovanile, di tutela dell'infanzia, di cura e assistenza agli anziani e ai disabili, di inclusione socio-lavorativa e integrazione degli immigrati nonche' di dotazione di strumentazioni per le cure sanitarie, su richiesta degli enti di cui all'[articolo 114 della Costituzione](#), degli enti pubblici deputati all'erogazione di servizi sanitari e socio-assistenziali e, tramite selezione pubblica, degli enti del terzo settore previsti dal codice di cui al [decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117](#), e' riconosciuto alle fondazioni medesime un contributo, sotto forma di credito d'imposta, pari al 65 per cento delle erogazioni effettuate nei periodi d'imposta successivi a quello in corso al 31 dicembre 2017, a condizione che le predette erogazioni siano utilizzate dai soggetti richiedenti nell'ambito dell'attivita' non commerciale.

202. Il contributo di cui al comma 201 e' assegnato, fino a esaurimento delle risorse disponibili, pari a 60 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2019 al 2022 secondo l'ordine temporale con

cui le fondazioni comunicano all'Associazione di fondazioni e di casse di risparmio S.p.A. (ACRI) l'impegno a effettuare le erogazioni di cui al comma 201. Al fine di consentire la fruizione del credito d'imposta, l'ACRI trasmette all'Agenzia delle entrate l'elenco delle fondazioni finanziatrici per le quali sia stata riscontrata la corretta delibera d'impegno in ordine cronologico di presentazione. Il riconoscimento del credito d'imposta e' comunicato dall'Agenzia delle entrate a ogni fondazione finanziatrice e per conoscenza all'ACRI.

203. Il credito d'imposta e' riconosciuto fino ad esaurimento delle risorse annue disponibili, e' indicato nella dichiarazione dei redditi relativa al periodo d'imposta di spettanza e nelle dichiarazioni dei redditi relative ai periodi d'imposta successivi in cui il credito e' utilizzato e puo' essere utilizzato esclusivamente in compensazione ai sensi dell'[articolo 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241](#), a decorrere dal periodo d'imposta successivo a quello di maturazione. Al credito d'imposta non si applicano i limiti di cui all'[articolo 1, comma 53, della legge 24 dicembre 2007, n. 244](#), e all'[articolo 34 della legge 23 dicembre 2000, n. 388](#).

204. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite le disposizioni applicative necessarie, comprese le procedure per la concessione del contributo nel rispetto del limite di spesa stabilito.

205. Al fine di favorire e potenziare l'innovazione sociale secondo gli standard europei, e' istituito, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, il Fondo per l'innovazione sociale con una dotazione di 5 milioni di euro per l'anno 2018 e di 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2019 e 2020.

206. Il Fondo di cui al comma 205 e' finalizzato all'effettuazione di studi di fattibilita' e allo sviluppo di capacita' delle pubbliche amministrazioni sulla base dei risultati conseguibili. Gli interventi di cui al primo periodo hanno la durata massima di un anno.

207. Le modalita' di funzionamento e di accesso al Fondo di cui al comma 205, nonche' le relative aree di intervento sono stabilite con uno o piu' decreti del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro il 30 marzo 2018.

208. Alla [legge 19 agosto 2016, n. 166](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, comma 1, la lettera b) e' sostituita dalla seguente:

«b) favorire il recupero e la donazione di medicinali, di prodotti farmaceutici e di altri prodotti a fini di solidarieta' sociale »;

b) all'articolo 2, comma 1, dopo la lettera g), sono aggiunte le seguenti:

«g-bis) "medicinali destinati alla donazione": i medicinali inutilizzati dotati di autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), legittimamente in possesso del donatore, con confezionamento primario e secondario integro, in corso di validita', correttamente conservati secondo le indicazioni del produttore riportate negli stampati autorizzati del medicinale. Rientrano in questa categoria i medicinali soggetti a prescrizione, i medicinali senza obbligo di prescrizione, i medicinali da banco e i relativi campioni gratuiti. I farmaci che non sono commercializzati per imperfezioni, alterazioni, danni o vizi che non ne modificano l'idoneita' all'utilizzo o per altri motivi simili, tali in ogni caso da non compromettere l'idoneita' all'utilizzo con riguardo alla qualita', tracciabilita', sicurezza ed efficacia per il consumatore finale, possono essere donati alle associazioni che possono garantire, attraverso medici o farmacisti presso le stesse associazioni, l'efficacia dei medesimi medicinali. Possono altresì essere donati, nel rispetto dei principi stabiliti dal [decreto del Ministro della sanita' 11 febbraio 1997, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 72 del 27 marzo 1997](#), e con le modalita' previste dalla circolare del Ministro della salute del 23 marzo 2017, i medicinali per i quali non e' ancora stata autorizzata l'immissione in commercio in Italia;

g-ter) "soggetti donatori del farmaco": le farmacie, i grossisti, le parafarmacie, come individuate ai sensi dell'[articolo 5 del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 4 agosto 2006, n. 248](#), e le imprese titolari di AIC, i loro rappresentanti locali, i loro concessionari per la vendita e i loro distributori;

g-quater) "articoli di medicazione": gli articoli di cui al numero 114) della tabella A, parte III, allegata al [decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633](#);

g-quinquies) "altri prodotti": i prodotti che saranno individuati ai sensi dell'articolo 16, comma 1, lettera e) »;

c) all'articolo 8, dopo il comma 3 e' aggiunto il seguente:

«3-bis. Fermo restando quanto stabilito al comma 3, il Tavolo puo' avvalersi anche di gruppi di lavoro costituiti dai soggetti indicati dai componenti di cui al comma 1, lettera b), nonche' di altri esperti di settore »;

d) all'articolo 9, comma 2, e' aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Le campagne di promozione di modelli di consumo e di acquisto improntati a criteri di solidarieta' e di sostenibilita' e le campagne volte a sensibilizzare l'opinione pubblica e le imprese sulle conseguenze negative degli sprechi alimentari sono pianificate sentite le associazioni maggiormente rappresentative dei consumatori presenti nel Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti »;

e) all'articolo 11:

1) alla rubrica, dopo la parola: « innovativi » sono inserite le seguenti: « integrati o di rete, »;

2) al comma 2, dopo la parola: « innovativi » sono inserite le

seguenti: « integrati o di rete »;

f) all'articolo 16:

1) la rubrica e' sostituita dalla seguente: « Disposizioni fiscali per le cessioni gratuite di eccedenze alimentari, di medicinali e di altri prodotti a fini di solidarieta' sociale »;

2) i commi 1, 2 e 3 sono sostituiti dai seguenti:

«1. La presunzione di cessione di cui all'articolo 1 del regolamento di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1997, n. 441](#), non opera per le seguenti tipologie di beni, qualora la distruzione si realizzi con la loro cessione gratuita agli enti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b), della presente legge:

a) delle eccedenze alimentari di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c);

b) dei medicinali, di cui all'articolo 2, comma 1, lettera g-bis), donati secondo le modalita' individuate dal decreto del Ministro della salute adottato ai sensi dell'[articolo 157, comma 1-bis, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219](#), introdotto dall'articolo 15 della presente legge;

c) degli articoli di medicazione di cui le farmacie devono obbligatoriamente essere dotate secondo la farmacopea ufficiale, di cui al numero 114) della tabella A, parte III, allegata al [decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633](#), non piu' commercializzati, purché in confezioni integre, correttamente conservati e ancora nel periodo di validita', in modo tale da garantire la qualita', la sicurezza e l'efficacia originarie;

d) dei prodotti destinati all'igiene e alla cura della persona, dei prodotti per l'igiene e la pulizia della casa, degli integratori alimentari, dei biocidi, dei presidi medico chirurgici, dei prodotti di cartoleria e di cancelleria, non piu' commercializzati o non idonei alla commercializzazione per imperfezioni, alterazioni, danni o vizi che non ne modificano l'idoneita' all'utilizzo o per altri motivi simili;

e) degli altri prodotti individuati con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze adottato ai sensi del comma 7, non piu' commercializzati o non idonei alla commercializzazione per imperfezioni, alterazioni, danni o vizi che non ne modificano l'idoneita' all'utilizzo o per altri motivi simili.

2. I beni ceduti gratuitamente di cui al comma 1 non si considerano destinati a finalita' estranee all'esercizio dell'impresa ai sensi dell'articolo 85, comma 2, del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#).

3. Le disposizioni dei commi 1 e 2 si applicano a condizione che:

a) per ogni cessione gratuita sia emesso un documento di trasporto avente le caratteristiche determinate con il regolamento di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 14 agosto 1996, n.](#)

[472](#), ovvero un documento equipollente;

b) il donatore trasmetta agli uffici dell'Amministrazione finanziaria e ai comandi della Guardia di finanza competenti, per via telematica, una comunicazione riepilogativa delle cessioni effettuate in ciascun mese solare, con l'indicazione, per ognuna di esse, dei dati contenuti nel relativo documento di trasporto o nel documento equipollente nonché del valore dei beni ceduti, calcolato sulla base dell'ultimo prezzo di vendita. La comunicazione è trasmessa entro il giorno 5 del mese successivo a quello in cui sono state effettuate le cessioni secondo modalità stabilite con provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate. Il donatore è esonerato dall'obbligo di comunicazione di cui alla presente lettera per le cessioni di eccedenze alimentari facilmente deperibili, nonché per le cessioni che, singolarmente considerate, siano di valore non superiore a 15.000 euro;

c) l'ente donatario rilasci al donatore, entro la fine del mese successivo a ciascun trimestre, un'apposita dichiarazione trimestrale, recante gli estremi dei documenti di trasporto o dei documenti equipollenti relativi alle cessioni ricevute, nonché l'impegno ad utilizzare i beni medesimi in conformità alle proprie finalità istituzionali. Nel caso in cui sia accertato un utilizzo diverso, le operazioni realizzate dall'ente donatario si considerano effettuate, agli effetti dell'imposta sul valore aggiunto, delle imposte sui redditi e dell'imposta regionale sulle attività produttive, nell'esercizio di un'attività commerciale »;

3) il comma 4 è abrogato;

4) al comma 7, le parole: « destinati a fini di solidarietà sociale senza scopo di lucro, di cui all'[articolo 13, comma 2, del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460](#), e all'[articolo 6, comma 15, della legge 13 maggio 1999, n. 133](#), come modificati dal presente articolo » sono sostituite dalle seguenti: « di cui al comma 1, lettera e), del presente articolo »;

g) all'articolo 18, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

«1-bis. Sono fatte salve le disposizioni dell'[articolo 2, commi 350, 351 e 352, della legge 24 dicembre 2007, n. 244](#) »;

h) dopo l'articolo 18 è aggiunto il seguente:

«Art. 18-bis (Abrogazioni). - 1. Sono abrogati:

a) il comma 2 dell'articolo 2 del regolamento di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1997, n. 441](#);

b) i [commi 2, 3 e 4 dell'articolo 13 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460](#) ».

209. All'[articolo 2, comma 1, lettera b\), della legge 19 agosto 2016, n. 166](#), le parole: « gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, del codice del Terzo settore di cui all'[articolo 1, comma 2, lettera b\), della legge 6 giugno 2016, n. 106](#) » sono sostituite dalle seguenti: « gli enti del Terzo settore di cui al codice del Terzo settore, di cui al [decreto legislativo del 3 luglio 2017, n. 117](#) ».

210. All'[articolo 15, sesto comma, del decreto del Presidente della Repubblica 29 luglio 1982, n. 571](#), le parole: « gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, del codice del Terzo settore di cui all'[articolo 1, comma 2, lettera b\), della legge 6 giugno 2016, n. 106](#) » sono sostituite dalle seguenti: « gli enti del Terzo settore di cui al codice del Terzo settore, di cui al [decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117](#) ».

211. All'[articolo 1, comma 236, della legge 27 dicembre 2013, n. 147](#), le parole: « gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, del codice del Terzo settore di cui all'[articolo 1, comma 2, lettera b\), della legge 6 giugno 2016, n. 106](#), e successive modificazioni » sono sostituite dalle seguenti: « gli enti del Terzo settore di cui al codice del Terzo settore, di cui al [decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117](#) ».

212. All'[articolo 1, comma 1, della legge 25 giugno 2003, n. 155](#), le parole: « gli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, del codice del Terzo settore di cui all'[articolo 1, comma 2, lettera b\), della legge 6 giugno 2016, n. 106](#) » sono sostituite dalle seguenti: « gli enti del Terzo settore di cui al codice del Terzo settore, di cui al [decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117](#) ».

213. All'[articolo 157, comma 1-bis, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219](#), al primo periodo, le parole: « enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, del codice del Terzo settore di cui all'[articolo 1, comma 2, lettera b\), della legge 6 giugno 2016, n. 106](#) » sono sostituite dalle seguenti: «enti del Terzo settore di cui al codice del Terzo settore, di cui al [decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117](#),» e, al terzo periodo, le parole: « Agli enti del Terzo settore non commerciali di cui all'articolo 79, comma 5, del codice del Terzo settore di cui all'[articolo 1, comma 2, lettera b\), della legge 6 giugno 2016, n. 106](#) » sono sostituite dalle seguenti: « Agli enti del Terzo settore di cui al codice del Terzo settore, di cui al [decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117](#), ».

214. Al fine di contrastare le forme di esclusione sociale attraverso lo sviluppo delle iniziative finalizzate alla creazione di nuova autoimprenditorialita' e di lavoro autonomo mediante l'accesso agli strumenti di microfinanza, con particolare riguardo ai giovani e alle donne, e' assegnato all'Ente nazionale per il microcredito un contributo di 600.000 euro annui a decorrere dall'anno 2018.

215. Al fine di garantire la realizzazione delle attivita' istituzionali del Centro di cui all'articolo 3 del regolamento di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 14 maggio 2007, n. 103](#), nonche' la loro continuita', sono trasferiti annualmente 5 milioni di euro all'Azienda pubblica di servizi alla persona (ASP) - Istituto degli Innocenti di Firenze. Per lo svolgimento dei relativi piani di attivita', i Ministeri membri dell'Osservatorio di cui all'articolo 2 del citato [decreto legislativo n. 103 del 2007](#) possono stipulare

convenzioni, di norma di durata pluriennale, con il suddetto Istituto.

216. Per il soddisfacimento delle nuove e maggiori esigenze dell'Autorita' garante per l'infanzia e l'adolescenza connesse all'adempimento, anche in sede locale, dei compiti in materia di minori stranieri non accompagnati, previsti dall'[articolo 11 della legge 7 aprile 2017, n. 47](#), la stessa Autorita' garante e' autorizzata ad avvalersi di ulteriori 10 unita' di personale, collocate in posizione di comando obbligatorio ai sensi e per gli effetti dell'[articolo 5, comma 1, della legge 12 luglio 2011, n. 112](#), per gli anni 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023.

217. All'[articolo 24, comma 1, del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 80](#), le parole: « , con esclusione del lavoro domestico » sono soppresse.

218. All'articolo 26 del codice di cui al [decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 3, primo periodo, le parole:« commi 1 e 2 » sono sostituite dalle seguenti: « commi 1, 2 e 2-bis »;

b) dopo il comma 3 sono aggiunti i seguenti:

«3-bis. La lavoratrice o il lavoratore che agisce in giudizio per la dichiarazione delle discriminazioni per molestia o molestia sessuale poste in essere in violazione dei divieti di cui al presente capo non puo' essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro, determinati dalla denuncia stessa. Il licenziamento ritorsivo o discriminatorio del soggetto denunciante e' nullo. Sono altresì nulli il mutamento di mansioni ai sensi dell'[articolo 2103 del codice civile](#), nonché qualsiasi altra misura ritorsiva o discriminatoria adottata nei confronti del denunciante. Le tutele di cui al presente comma non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilita' penale del denunciante per i reati di calunnia o diffamazione ovvero l'infondatezza della denuncia.

3-ter. I datori di lavoro sono tenuti, ai sensi dell'[articolo 2087 del codice civile](#), ad assicurare condizioni di lavoro tali da garantire l'integrita' fisica e morale e la dignita' dei lavoratori, anche concordando con le organizzazioni sindacali dei lavoratori le iniziative, di natura informativa e formativa, piu' opportune al fine di prevenire il fenomeno delle molestie sessuali nei luoghi di lavoro. Le imprese, i sindacati, i datori di lavoro e i lavoratori e le lavoratrici si impegnano ad assicurare il mantenimento nei luoghi di lavoro di un ambiente di lavoro in cui sia rispettata la dignita' di ognuno e siano favorite le relazioni interpersonali, basate su principi di eguaglianza e di reciproca correttezza ».

219. Ai familiari delle vittime dell'attentato terroristico di Dacca del 1° luglio 2016 si applicano, anche in assenza di sentenza, le disposizioni di cui all'[articolo 5 della legge 3 agosto 2004, n. 206](#), nonché le disposizioni di cui all'[articolo 2 della legge 23](#)

[novembre 1998, n. 407](#), come modificato dal [decreto-legge 4 febbraio 2003, n. 13](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 2 aprile 2003, n. 56](#).

220. Alle cooperative sociali di cui alla [legge 8 novembre 1991, n. 381](#), con riferimento alle nuove assunzioni con contratto di lavoro a tempo indeterminato, decorrenti dal 1° gennaio 2018 con riferimento a contratti stipulati non oltre il 31 dicembre 2018, delle donne vittime di violenza di genere, debitamente certificati dai servizi sociali del comune di residenza o dai centri anti-violenza o dalle case rifugio, di cui all'[articolo 5-bis del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 15 ottobre 2013, n. 119](#), e' attribuito, per un periodo massimo di trentasei mesi, un contributo entro il limite di spesa di un milione di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020 a titolo di sgravio delle aliquote per l'assicurazione obbligatoria previdenziale e assistenziale dovute relativamente alle suddette lavoratrici assunte. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'interno, sono stabiliti i criteri di assegnazione e di ripartizione delle risorse di cui al periodo precedente. Il contributo di cui al presente comma e' attribuito anche, per un periodo massimo di dodici mesi ed entro il limite di spesa di 1 milione di euro per l'anno 2021, con riferimento alle nuove assunzioni con contratto di lavoro a tempo indeterminato a decorrere dal 1° gennaio 2021 e non oltre il 31 dicembre 2021.

221. Il Fondo sociale per occupazione e formazione di cui all'[articolo 18, comma 1, lettera a\), del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 gennaio 2009, n. 2](#), e' incrementato di 2 milioni di euro a decorrere dall'esercizio finanziario 2018 per la promozione e il coordinamento delle politiche di formazione e delle azioni rivolte all'integrazione dei sistemi della formazione, della scuola e del lavoro, nonche' per il cofinanziamento del Programma Erasmus+ per l'ambito dell'istruzione e formazione professionale ai sensi dell'[articolo 27, paragrafo 9, del regolamento \(UE\) n. 1288/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 dicembre 2013](#).

222. Dopo l'[articolo 4 della legge 14 febbraio 1987, n. 40](#), e' aggiunto il seguente:

«Art. 4-bis. - 1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, quantificati in 13 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018, si provvede a valere sulle risorse finanziarie del Fondo sociale per occupazione e formazione di cui all'[articolo 18, comma 1, lettera a\), del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 28 gennaio 2009, n. 2](#), mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 1, commi da 1 a 10, del decreto-legge 6 marzo 2006, n. 68](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 marzo 2006, n. 127](#), iscritta sul medesimo Fondo ».

223. Per le finalita' di cui all'[articolo 20, comma 14, del decreto](#)

[legislativo 25 maggio 2017, n. 75](#), sono prorogate al 31 dicembre 2018, nei limiti della spesa già sostenuta e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, le convenzioni sottoscritte per l'utilizzazione di lavoratori socialmente utili, di quelli di pubblica utilità e dei lavoratori impiegati in attività socialmente utili (ASU).

224. Per le finalità del comma 223 del presente articolo, le disposizioni dell'[articolo 16-quater del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 6 agosto 2015, n. 125](#), nonché quelle dell'[articolo 1, comma 163, della legge 11 dicembre 2016, n. 232](#), si applicano anche per l'anno 2018.

225. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge si provvede all'adozione del decreto di cui all'[articolo 1, comma 209, della legge 27 dicembre 2013, n. 147](#), e alla conseguente attuazione dei commi 211 e 212 del medesimo articolo 1, con riferimento all'entità della spesa sostenuta a livello statale.

226. All'[articolo 2 della legge 24 dicembre 2007, n. 244](#), il comma 511 è abrogato.

227. L'ISTAT effettua i seguenti censimenti:

a) dall'anno 2018, il censimento permanente della popolazione e delle abitazioni, ai sensi dell'[articolo 3 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 dicembre 2012, n. 221](#), e del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 maggio 2016 in materia di censimento della popolazione e archivio nazionale dei numeri civici e delle strade urbane, [pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 167 del 19 luglio 2016](#), e nel rispetto del [regolamento \(CE\) n. 763/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 luglio 2008](#), e dei relativi regolamenti di attuazione;

b) dall'anno 2018, i censimenti economici permanenti delle imprese, delle istituzioni no profit e delle istituzioni pubbliche;

c) nell'anno 2020, il 7° censimento generale dell'agricoltura;

d) dall'anno 2021, il censimento permanente dell'agricoltura.

228. I censimenti permanenti sono basati sull'utilizzo integrato di fonti amministrative e di altre fonti di dati utili a fini censuari e sullo svolgimento di rilevazioni periodiche. Ai fini dell'integrazione dei dati per l'effettuazione dei censimenti di cui al comma 227, ferme restando ulteriori previsioni nel Programma statistico nazionale, gli enti, le amministrazioni e gli organismi titolari delle basi di dati di seguito indicate sono tenuti a metterle a disposizione dell'ISTAT, secondo le modalità e i tempi stabiliti nei Piani generali di censimento, di cui al comma 232, e nei successivi atti d'istruzione:

a) archivi su lavoratori e pensionati dell'INPS;

b) archivio delle comunicazioni obbligatorie del Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

c) anagrafe nazionale degli studenti e Anagrafe nazionale degli

studenti e dei laureati delle universita' del Ministero dell'istruzione, dell'universita' e della ricerca;

d) archivi sui flussi migratori del Ministero dell'interno;

e) Sistema informativo integrato di Acquirente unico S.p.A. sui consumi di energia elettrica e gas, previa stipulazione di un protocollo d'intesa tra l'ISTAT e l'Acquirente unico S.p.A., sentiti l'Autorita' per l'energia elettrica, il gas e il settore idrico, ridenominata ai sensi del comma 528, il Garante per la protezione dei dati personali e l'Autorita' garante della concorrenza e del mercato;

f) archivi amministrativi sulle aziende agricole e dati geografici di AGEA;

g) anagrafe tributaria, archivi dei modelli fiscali, catasto edilizio, catasto terreni e immobili, comprensivi della componente geografica, archivi sui contratti di locazione e compravendita dei terreni e degli immobili dell'Agenzia delle entrate.

229. La mancata fornitura delle basi di dati di cui al comma 228 costituisce violazione dell'obbligo di risposta, ai sensi dell'[articolo 7 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322](#).

230. Al fine di realizzare specifici interventi educativi urgenti volti al contrasto della poverta' educativa minorile nel territorio nazionale, l'ISTAT, sulla base delle basi di dati di cui al comma 228, definisce i parametri e gli indicatori misurabili con l'obiettivo di individuare le zone oggetto di intervento prioritario di cui al presente comma.

231. Qualora la pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica di approvazione del Programma statistico nazionale triennale e dei relativi aggiornamenti annuali di cui all'[articolo 13 del decreto legislativo n. 322 del 1989](#) non intervenga entro il 31 dicembre di ciascun anno di riferimento, e' prorogata l'efficacia del Programma statistico nazionale precedente e degli atti ad esso collegati fino all'adozione del nuovo decreto.

232. Ai sensi dell'[articolo 15, comma 1, lettere b\), c\) ed e\), del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322](#), l'ISTAT effettua le operazioni di ciascun censimento attraverso i Piani generali di censimento, circolari e istruzioni tecniche, nonche' mediante specifiche intese con le province autonome di Trento e di Bolzano per i territori di competenza, e ne disciplina l'organizzazione. Nei Piani generali di censimento sono definiti: la data di riferimento dei dati, gli obiettivi, il campo di osservazione, le metodologie di indagine e le modalita' di organizzazione ed esecuzione delle operazioni censuarie, i compiti e gli adempimenti cui sono tenuti gli organi intermedi di rilevazione, nonche' le modalita' di svolgimento delle procedure sanzionatorie per mancata o erronea risposta di cui agli [articoli 7 e 11 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322](#). L'ISTAT, attraverso i Piani generali di censimento e proprie circolari, stabilisce altresì:

a) i criteri e le modalita' per l'affidamento, anche mediante specifici accordi, di fasi della rilevazione censuaria a enti e

organismi pubblici e privati, l'organizzazione degli uffici preposti allo svolgimento delle operazioni censuarie, anche in forma associata, e i criteri di determinazione e ripartizione dei contributi agli organi di censimento, d'intesa con la Conferenza unificata, sentito il Ministero dell'economia e delle finanze;

b) le modalita' e i tempi di fornitura e utilizzo dei dati da archivi amministrativi e da altre fonti necessarie allo svolgimento delle operazioni censuarie;

c) i soggetti tenuti a fornire i dati richiesti, le misure per la protezione dei dati personali e la tutela del segreto statistico di cui all'[articolo 9 del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322](#), le modalita' di diffusione dei dati anche in forma disaggregata e con frequenza inferiore alle tre unita', in conformita' all'articolo 13 del medesimo decreto; le modalita' della comunicazione dei dati elementari, privi di identificativi, agli enti e organismi pubblici di cui alla lettera a), anche se non facenti parte del Sistema statistico nazionale, necessari per trattamenti statistici strumentali al perseguimento delle rispettive finalita' istituzionali, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

233. L'ISTAT, d'intesa con il Ministero dell'interno, definisce, tramite il Piano generale del censimento permanente della popolazione e delle abitazioni, le circolari e istruzioni tecniche, le modalita' di restituzione in forma aggregata ai comuni delle informazioni raccolte nell'ambito del censimento, necessarie ai fini della revisione delle anagrafi della popolazione residente di cui all'articolo 46 del regolamento di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223](#), nonche' le modalita' tecniche e la periodicita' di tale revisione.

234. Nelle more dell'adozione dei Piani generali di censimento di cui al comma 232, l'ISTAT assume, mediante circolari e istruzioni, le iniziative necessarie e urgenti per l'aggiornamento delle basi territoriali e dell'ordinamento ecografico.

235. Per far fronte alle esigenze connesse all'esecuzione dei censimenti, gli enti e gli organismi pubblici, indicati nei Piani di cui al comma 232, possono procedere all'eventuale utilizzo di risorse esterne, nei limiti delle risorse finanziarie proprie dell'ente e del contributo onnicomprensivo e forfettario erogato dall'ISTAT, secondo le modalita' indicate nei medesimi Piani.

236. La popolazione legale e' determinata con decreto del Presidente della Repubblica, sulla base dei risultati del censimento permanente della popolazione e delle abitazioni, secondo la metodologia e la cadenza temporale indicate nel Piano generale di censimento.

237. Per il concorso alle spese per i censimenti di cui ai commi da 227 a 236 e' autorizzata la spesa di euro 5.000.000 per l'anno 2018, di euro 46.881.600 per ciascuno degli anni 2019 e 2020, di euro 51.881.600 per l'anno 2021 e di euro 26.881.600 annui a decorrere

dall'anno 2022. Alla restante spesa di euro 74.707.968 per l'anno 2018, euro 35.742.291 per l'anno 2019 ed euro 20.768.941 per l'anno 2020, si provvede mediante utilizzo delle risorse derivanti dal processo di riaccertamento straordinario dei residui passivi da parte dell'ISTAT, delle risorse vincolate agli obblighi comunitari disponibili, nonché a valere sugli stanziamenti già autorizzati dalle disposizioni di seguito riportate, da destinare alla finalità dei censimenti di cui ai [commi da 227 a 236](#):

a) [articolo 50 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 30 luglio 2010, n. 122](#), anche con riferimento all'[articolo 3, comma 3, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 dicembre 2012, n. 221](#);

b) [articolo 17 del decreto-legge 25 settembre 2009, n. 135](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 20 novembre 2009, n. 166](#).

238. Le società cooperative che ricorrono al prestito sociale sono tenute a impiegare le somme raccolte in operazioni strettamente funzionali al perseguimento dell'oggetto o scopo sociale.

239. L'[articolo 2467 del codice civile](#) non si applica alle somme versate dai soci alle cooperative a titolo di prestito sociale.

240. Con delibera da adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Comitato interministeriale per il credito e il risparmio (CICR) definisce i limiti alla raccolta del prestito sociale nelle società cooperative e le relative forme di garanzia, attenendosi ai seguenti criteri:

a) prevedere che l'ammontare complessivo del prestito sociale non possa eccedere, a regime, il limite del triplo del patrimonio netto risultante dall'ultimo bilancio di esercizio approvato, disciplinando un regime transitorio che preveda il graduale adeguamento delle cooperative a tale limite, nel termine di tre anni, con facoltà di estendere tale termine in casi eccezionali motivati in ragione dell'interesse dei soci prestatori;

b) prevedere che, durante il periodo transitorio, il rispetto del limite di cui alla lettera a) costituisca condizione per la raccolta di prestito ulteriore rispetto all'ammontare risultante dall'ultimo bilancio approvato alla data di entrata in vigore della presente legge;

c) prevedere che, ove l'indebitamento nei confronti dei soci ecceda i 300.000 euro e risulti superiore all'ammontare del patrimonio netto della società, il complesso dei prestiti sociali sia coperto fino al 30 per cento da garanzie reali o personali rilasciate da soggetti vigilati o con la costituzione di un patrimonio separato con deliberazione iscritta ai sensi dell'[articolo 2436 del codice civile](#), oppure mediante adesione della cooperativa a uno schema di garanzia dei prestiti sociali che garantisca il rimborso di almeno il 30 per cento del prestito, disciplinando un regime transitorio che preveda il graduale adeguamento delle cooperative alle nuove prescrizioni nei due esercizi successivi alla data di adozione della delibera;

d) definire i maggiori obblighi di informazione e di pubblicita' cui sono tenute le societa' cooperative che ricorrono al prestito sociale in misura eccedente i limiti indicati alla lettera c), al fine di assicurare la tutela dei soci, dei creditori e dei terzi;

e) definire modelli organizzativi e procedure per la gestione del rischio da adottare da parte delle societa' cooperative nei casi in cui il ricorso all'indebitamento verso i soci a titolo di prestito sociale assuma significativo rilievo in valore assoluto o comunque ecceda il limite del doppio del patrimonio netto risultante dall'ultimo bilancio di esercizio approvato.

241. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da adottare entro sessanta giorni dall'adozione della delibera di cui al comma 240, sono definite forme e modalita' del controllo e del monitoraggio in ordine all'adeguamento e al rispetto delle prescrizioni in materia di prestito sociale da parte delle societa' cooperative di cui al comma 240, lettera c).

242. All'[articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 2 agosto 2002, n. 220](#), dopo la lettera b) e' aggiunta la seguente:

«b-bis) accertare l'osservanza delle disposizioni in tema di prestito sociale ».

243. Il Comitato di cui all'articolo 4, comma 4, del regolamento di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 14 maggio 2007, n. 78](#), e' integrato da un rappresentante della Banca d'Italia con riferimento ai temi concernenti il prestito sociale nelle cooperative.

244. La lettera b) del comma 2 dell'articolo 85 del codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, di cui al [decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159](#), e' sostituita dalla seguente:

«b) per le societa' di capitali, anche consortili ai sensi dell'[articolo 2615-ter del codice civile](#), per le societa' cooperative, per i consorzi di cooperative, per i consorzi di cui al libro quinto, titolo X, capo II, sezione II, del [codice civile](#), al legale rappresentante e agli eventuali altri componenti l'organo di amministrazione nonche' a ciascuno dei consorziati che nei consorzi e nelle societa' consortili detenga, anche indirettamente, una partecipazione pari almeno al 5 per cento ».

245. Ai sensi dell'[articolo 252 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152](#), in considerazione della rilevanza del rischio sanitario e ambientale derivante dalla presenza di amianto, confermata anche da evidenze epidemiologiche, il sito Officina Grande Riparazione ETR di Bologna e' qualificato come sito di interesse nazionale. Agli interventi urgenti di competenza pubblica di messa in sicurezza dell'area e' destinata la somma di 1.000.000 di euro per l'anno 2018 a valere sull'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 1, comma 476, della legge 28 dicembre 2015, n. 208](#). Con decreto da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare provvede alla perimetrazione del sito di interesse nazionale.

All'[articolo 1, comma 476, della legge 28 dicembre 2015, n. 208](#), le parole: « di bonifica e messa in sicurezza » sono sostituite dalle seguenti: « urgenti di messa in sicurezza e bonifica, per garantire la maggior tutela dell'ambiente e della salute pubblica, ».

246. All'[articolo 1, comma 277, della legge 28 dicembre 2015, n. 208](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, le parole: « per l'intero periodo di durata delle operazioni di bonifica » sono sostituite dalle seguenti: « durante le operazioni di bonifica » e dopo le parole: « per il periodo corrispondente alla medesima bonifica » sono aggiunte le seguenti: « e per i dieci anni successivi al termine dei lavori di bonifica, a condizione della continuita' del rapporto di lavoro in essere al momento delle suddette operazioni di bonifica »;

b) al secondo periodo:

1) dopo le parole: « entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, » sono inserite le seguenti: « corredata della dichiarazione del datore di lavoro che attesti la sola presenza del richiedente nel sito produttivo nel periodo di effettuazione dei lavori di sostituzione del tetto. I benefici sono riconosciuti »;

2) le parole: « 7,5 milioni di euro per l'anno 2018 e 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2019 » sono sostituite dalle seguenti: « 10,2 milioni di euro per l'anno 2018, 12,8 milioni di euro per l'anno 2019, 12,7 milioni di euro per l'anno 2020, 12,6 milioni di euro per l'anno 2021, 12,2 milioni di euro per l'anno 2022, 11,6 milioni di euro per l'anno 2023, 8,3 milioni di euro per l'anno 2024 e 2,1 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025 ».

247. I benefici previdenziali di cui all'[articolo 13, comma 8, della legge 27 marzo 1992, n. 257](#), sono estesi, a decorrere dall'anno 2018, anche ai lavoratori che abbiano prestato la loro attivita' nei reparti di produzione degli stabilimenti di fabbricazione di fibre ceramiche refrattarie. Ai fini dell'attuazione del periodo precedente e' autorizzata la spesa di un milione di euro annui a decorrere dall'anno 2018.

248. L'assegno di cui all'[articolo 1, comma 125, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#), e' riconosciuto anche per ogni figlio nato o adottato dal 1° gennaio 2018 al 31 dicembre 2018 e, con riferimento a tali soggetti, e' corrisposto esclusivamente fino al compimento del primo anno di eta' ovvero del primo anno di ingresso nel nucleo familiare a seguito dell'adozione. (70)

249. L'INPS provvede, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, al monitoraggio dei maggiori oneri derivanti dall'attuazione della disposizione del comma 248, inviando relazioni mensili al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero dell'economia e delle finanze. Nel caso in cui, in sede di attuazione del comma 248, si verificano o siano in procinto di verificarsi scostamenti rispetto alle previsioni di spesa di 185 milioni di euro per l'anno 2018 e di 218 milioni di euro per

l'anno 2019, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della salute, si provvede a rideterminare l'importo annuo dell'assegno e i valori dell'ISEE di cui all'[articolo 1, comma 125, della legge 23 dicembre 2014, n. 190](#).

250. Al fine di prevenire condizioni di povertà ed esclusione sociale di coloro che, al compimento della maggiore età, vivano fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria, nell'ambito della quota del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, di cui all'[articolo 7, comma 2, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147](#), è riservato, in via sperimentale, un ammontare di 5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020, per interventi, da effettuare anche in un numero limitato di ambiti territoriali, volti a permettere di completare il percorso di crescita verso l'autonomia garantendo la continuità dell'assistenza nei confronti degli interessati, sino al compimento del ventunesimo anno d'età.

251. Con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, sentito il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, previa intesa in sede di Conferenza unificata, sono stabilite le modalità di attuazione del comma 250.

252. All'articolo 12, comma 2, del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), relativo alle detrazioni per carichi di famiglia, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: « Per i figli di età non superiore a ventiquattro anni il limite di reddito complessivo di cui al primo periodo è elevato a 4.000 euro ».

253. La disposizione di cui al comma 252 acquista efficacia a decorrere dal 1° gennaio 2019.

254. È istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, con una dotazione iniziale di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020. Il Fondo è destinato alla copertura finanziaria di interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare, come definito al comma 255. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri ovvero del Ministro delegato per la famiglia e le disabilità, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentita la Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), sono definiti i criteri e le modalità di utilizzo del Fondo. (13)

255. Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della [legge 20 maggio 2016, n. 76](#), di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'[articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche

croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di se', sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'[articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), o sia titolare di indennita' di accompagnamento ai sensi della [legge 11 febbraio 1980, n. 18](#).

256. Al fine dell'attuazione delle disposizioni di cui al comma 254, il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare con propri decreti le occorrenti variazioni di bilancio.

257. Per fare fronte agli impegni derivanti dalla presidenza italiana dell'Organizzazione per la sicurezza e la cooperazione in Europa, e' autorizzata la spesa di 3 milioni di euro per l'anno 2018.

258. Per avviare la preparazione della partecipazione italiana all'Expo 2020 Dubai e' autorizzata la spesa di 3 milioni di euro per l'anno 2018.

259. Per assicurare il tempestivo adempimento degli impegni internazionali derivanti dagli accordi di sede con le organizzazioni internazionali site in Italia, e' istituito, nello stato di previsione del Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, un fondo con dotazione di euro 5 milioni per l'anno 2018, 10 milioni per l'anno 2019 e 20 milioni per ciascuno degli anni dal 2020 al 2022, per la partecipazione italiana alle spese di costruzione e di manutenzione di immobili di proprieta' pubblica in uso alle predette organizzazioni internazionali.

260. Al fine di promuovere lo sviluppo delle esportazioni e dell'internazionalizzazione dell'economia italiana in Paesi qualificati ad alto rischio dal Gruppo di Azione Finanziaria Internazionale (GAFI-FATF), l'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa Spa-Invitalia puo' operare quale istituzione finanziaria, anche mediante la costituzione di una nuova societa' da essa interamente controllata o attraverso una sua societa' gia' esistente, il cui capitale puo' essere sottoscritto ovvero incrementato con eventuale utilizzo delle risorse finanziarie disponibili in virtu' dell'[articolo 25, comma 2, della legge 24 giugno 1997, n. 196](#), autorizzata a effettuare finanziamenti e al rilascio di garanzie e all'assunzione in assicurazione di rischi non di mercato ai quali sono esposti, direttamente o indirettamente, gli operatori nazionali nella loro attivita' nei predetti Paesi. Le garanzie e le assicurazioni possono essere rilasciate anche in favore di banche per crediti da esse concessi ad operatori nazionali o alla controparte estera, destinati al finanziamento delle suddette attivita'. Allo scopo Invitalia puo' avvalersi del supporto tecnico di SACE S.p.a. sulla base di apposita convenzione dalle medesime stipulata.

261. Le operazioni e le categorie di rischi assicurabili da Invitalia nei Paesi di cui al comma 260 sono definite con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) su proposta del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto

con il Ministero dello sviluppo economico, sentito il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, nel pieno rispetto dei vincoli derivanti dagli obblighi internazionali, in particolare delle sanzioni imposte dal Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite, ai sensi del capitolo VII della Carta delle Nazioni Unite, delle misure restrittive adottate dall'Unione europea, sulla base dell'articolo 75 del Trattato sull'Unione europea e dell'[articolo 215 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea](#), ai sensi degli articoli 60 e 301 del Trattato che istituisce la Comunità europea, delle indicazioni fornite a livello internazionale dal GAFI-FATF, nonché della normativa e degli indirizzi dell'Unione europea in materia di privatizzazione dei rischi di mercato e di armonizzazione dei sistemi comunitari di assicurazione dei crediti all'esportazione gestiti con il sostegno dello Stato.

262. I crediti vantati e gli impegni assunti da Invitalia a seguito dell'esercizio delle attività di cui al comma 260 sono garantiti dallo Stato. La garanzia dello Stato è rilasciata a prima domanda, con rinuncia all'azione di regresso su Invitalia, e onerosa e conforme con la normativa di riferimento dell'Unione europea in materia di assicurazione e garanzia per rischi non di mercato. Su istanza di Invitalia, la garanzia è rilasciata con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) con riferimento, tra l'altro, alla sussistenza di un elevato rischio di concentrazione e alla congruità del premio riconosciuto allo Stato; il parere dell'IVASS è espresso entro quindici giorni dalla relativa richiesta.

263. Entro il 30 giugno di ciascun anno il CIPE, su proposta del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero dello sviluppo economico, sentito il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, delibera il piano previsionale degli impegni finanziari e assicurativi assumibili da Invitalia ai sensi dei commi da 260 a 266, nonché i limiti globali degli impegni assumibili in garanzia dallo Stato, tenendo conto delle esigenze di internazionalizzazione e dei flussi di esportazione, della rischiosità dei mercati e dell'incidenza sul bilancio dello Stato nel limite delle risorse allo scopo previste a legislazione vigente.

264. È istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un fondo a copertura della garanzia dello Stato concessa ai sensi dei commi da 260 a 266, con una dotazione iniziale di 120 milioni di euro per l'anno 2018. Le risorse sono accreditate su un apposito conto corrente infruttifero aperto presso la Tesoreria centrale. Al relativo onere si provvede mediante versamento all'entrata del bilancio dello Stato per un corrispondente importo delle somme di cui al [decreto-legge 23 giugno 1995, n. 244](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 8 agosto 1995, n. 341](#), giacenti sull'apposito conto di Tesoreria centrale, per la successiva riassegnazione ad apposito capitolo dello stato di previsione della

spesa del Ministero dell'economia e delle finanze. Il fondo e' altresì alimentato dalle commissioni corrisposte per l'accesso alla garanzia.

265. Per le iniziative conseguenti all'eventuale attivazione della garanzia dello Stato, il Ministero dell'economia e delle finanze puo' avvalersi di SACE S.p.a., come mero agente, sulla base di quanto stabilito in apposita convenzione ed a fronte del riconoscimento dei soli costi vivi documentati, a valere sul fondo di cui al comma 264.

266. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, sentito il Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale, e' definito l'ambito di applicazione dei commi da 260 a 265, con particolare riferimento al funzionamento della garanzia di cui al comma 264, nonché all'operativita' di Invitalia quale istituzione finanziaria, tenuto anche conto delle funzioni e delle operativita' svolte da SACE S.p.a.

267. All'[articolo 6 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 novembre 2003, n. 326](#), dopo il comma 9-ter sono inseriti i seguenti:

«9-quater. Al fine di rafforzare il supporto alle esportazioni e all'internazionalizzazione dell'economia italiana, gli impegni assunti dalla societa' SACE S.p.A. relativi alle operazioni riguardanti settori strategici per l'economia italiana, Paesi strategici di destinazione ovvero societa' di rilevante interesse nazionale in termini di livelli occupazionali, di entita' di fatturato o di ricadute per il sistema economico produttivo del Paese e per l'indotto di riferimento, effettuate anche nell'ambito delle operazioni di "export banca" di cui all'[articolo 8 del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 3 agosto 2009, n. 102](#), sono garantiti dallo Stato, nei limiti di cui al comma 9 e secondo le modalita' di cui ai commi 9-quinquies e 9-sexies.

9-quinquies. Le operazioni e le categorie di rischi assicurabili di cui al comma 9-quater, nonché l'ambito di applicazione del medesimo comma e le modalita' di funzionamento della garanzia dello Stato, sono definiti con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con Ministro dello sviluppo economico, tenuto anche conto delle deliberazioni gia' assunte dal CIPE con riferimento ad operazioni e categorie di rischi assicurabili dalla societa' SACE S.p.A., degli accordi internazionali, nonché della normativa e degli indirizzi dell'Unione europea in materia di privatizzazione dei rischi di mercato e di armonizzazione dei sistemi comunitari di assicurazione dei crediti all'esportazione gestiti con il sostegno dello Stato.

9-sexies. La garanzia dello Stato di cui al comma 9-quater e' rilasciata a prima domanda e con rinuncia all'azione di regresso

verso la società SACE S.p.A., e' onerosa e conforme con la normativa di riferimento dell'Unione europea in materia di assicurazione e garanzia per rischi non di mercato. Su istanza della SACE S.p.A., la garanzia e' rilasciata con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS). In virtu' della garanzia dello Stato di cui al comma 9-quater, per gli impegni assunti in relazione alle operazioni di cui al medesimo comma, la SACE S.p.A. riceve una remunerazione calcolata sulla base di quanto previsto dall'accordo "Arrangement on Officially Supported Export Credits" dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Tale remunerazione verra' retrocessa allo Stato secondo le modalita' di cui al comma 9-octies.

9-septies. Alle operazioni di cui al comma 9-quater non si applica quanto previsto ai commi 9-bis e 9-ter.

9-octies. Per le finalita' di cui ai commi 9-quater, 9-quinquies e 9-sexies, e' istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un Fondo a copertura della garanzia dello Stato concessa ai sensi dei medesimi commi, con una dotazione iniziale di 40 milioni di euro per l'anno 2018. Tale Fondo verra' ulteriormente alimentato con i premi corrisposti dalla SACE S.p.A., al netto delle commissioni trattenute per coprire i costi di gestione derivanti dalle operazioni di cui al comma 9-quater, che a tal fine sono versati all'entrata del bilancio dello Stato per la successiva riassegnazione. Al relativo onere, pari a 40 milioni di euro per l'anno 2018, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo da ripartire per l'integrazione delle risorse destinate alla concessione di garanzie rilasciate dallo Stato, di cui all'[articolo 37, comma 6, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 23 giugno 2014, n. 89](#). Con le delibere assunte ai sensi del comma 9-quinquies, il CIPE incrementa la dotazione del Fondo di cui al primo periodo, tenuto anche conto delle risorse disponibili del Fondo finalizzato ad integrare le risorse iscritte sul bilancio statale destinate alle garanzie rilasciate dallo Stato di cui all'[articolo 37, comma 6, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 23 giugno 2014, n. 89](#), nonche' delle risorse disponibili ai sensi dell'[articolo 1, comma 876, della legge 28 dicembre 2015, n. 208](#) ».

268. COMMA ABROGATO DAL [D.L. 30 DICEMBRE 2019, N. 162](#).

269. Al [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 143](#), sono apportate le seguenti modifiche:

a) all'articolo 16, dopo il comma 1 e' inserito il seguente:

«1-bis. Al fine di garantire una piu' efficiente gestione delle risorse disponibili per l'operativita' del Fondo di cui all'[articolo 3 della legge 28 maggio 1973, n. 295](#), il soggetto gestore provvede ad effettuare, con riferimento agli impegni assunti e a quelli da assumere annualmente, accantonamenti pari al costo atteso di mercato per la copertura dei rischi di variazione dei tassi di interesse e di cambio, nonche' gli ulteriori accantonamenti necessari ai fini della

copertura dei rischi di maggiori uscite di cassa almeno nel biennio successivo, connessi ad eventuali ulteriori variazioni dei predetti tassi, quantificati applicando la metodologia adottata dall'organo competente all'amministrazione del Fondo su proposta del soggetto gestore e approvata con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico. Ai fini della definizione e della verifica della suddetta metodologia, il soggetto gestore del Fondo puo' conferire, con oneri a carico del Fondo, incarichi a soggetti di provata esperienza e capacita' operativa »;

b) all'articolo 17, il comma 1 e' sostituito dal seguente:

«1. Entro il 30 giugno di ciascun anno il CIPE, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico:

a) stabilisce la tipologia e le caratteristiche delle operazioni di cui all'articolo 14, i criteri di priorita' nell'utilizzo delle risorse del Fondo e la misura massima del contributo da destinare alle diverse tipologie di operazioni, tenendo conto delle risorse disponibili sulla base della metodologia di cui all'articolo 16, comma 1-bis, nonche' delle caratteristiche dell'esportazione, del settore del Paese di destinazione, della durata dell'intervento, degli impatti economici ed occupazionali in Italia;

b) delibera il piano previsionale dei fabbisogni finanziari del Fondo di cui all'[articolo 3 della legge 28 maggio 1973, n. 295](#), per l'anno successivo, comprensivi degli accantonamenti volti ad assicurare la copertura dei rischi di ulteriori uscite di cassa, quantificati sulla base della metodologia di cui all'articolo 16, comma 1-bis »;

c) all'articolo 14, comma 3, il primo periodo e' soppresso.

270. L'organo competente ad amministrare il Fondo di cui all'[articolo 3 della legge 28 maggio 1973, n. 295](#), nonche' il fondo rotativo di cui all'[articolo 2 del decreto-legge 28 maggio 1981, n. 251](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 29 luglio 1981, n. 394](#), e' il Comitato agevolazioni, composto da due rappresentanti del Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, di cui uno con funzioni di presidente, da un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, da un rappresentante del Ministero dello sviluppo economico e da un rappresentante designato dalle regioni, nominati con decreto del Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Con decreto di natura non regolamentare del Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono disciplinati competenze e funzionamento del predetto Comitato.

271. L'articolo 51, comma 8, primo periodo, del testo unico di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917](#), si interpreta nel senso che le retribuzioni del personale di cui

all'[articolo 152 del decreto del Presidente della Repubblica 5 gennaio 1967, n. 18](#), e agli [articoli da 31 a 33 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 64](#), costituiscono reddito nella misura del 50 per cento, anche ai fini della determinazione dei contributi e dei premi previdenziali dovuti ai sensi dell'[articolo 158, primo e secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 5 gennaio 1967, n. 18](#), e fermo restando quanto disposto dall'[articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 7 aprile 2000, n. 103](#). A decorrere dal 1° aprile 2018, fermo restando quanto disposto dal primo periodo agli effetti della determinazione dell'imposta sui redditi, i contributi e i premi previdenziali dovuti ai sensi dell'[articolo 158, primo e secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 5 gennaio 1967, n. 18](#), sono determinati sulla base dell'intera retribuzione e, all'articolo 2, comma 3, secondo periodo, del [decreto legislativo 7 aprile 2000, n. 103](#), le parole da: « ad una retribuzione » fino alla fine del periodo sono sostituite dalle seguenti: « all'intera retribuzione ».

272. A decorrere dall'anno 2018, all'[articolo 152 del decreto del Presidente della Repubblica 5 gennaio 1967, n. 18](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo comma, le parole da: « nel limite di » fino alla fine del primo periodo sono sostituite dalle seguenti: « nel limite di un contingente complessivo pari a 2.820 unita' »;

b) dopo il secondo comma e' aggiunto il seguente:

«Il contingente di cui al primo comma e' comprensivo di quello di cui all'[articolo 14, comma 1, del decreto-legge 17 febbraio 2017, n. 13](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 13 aprile 2017, n. 46](#) ».

273. Ai fini dell'incremento del contingente, come rideterminato dal comma 272, lettera a), e' autorizzata la spesa pari a euro 3.870.000 per l'anno 2018, euro 3.947.400 per l'anno 2019, euro 4.026.348 per l'anno 2020, euro 4.106.875 per l'anno 2021, euro 4.189.012 per l'anno 2022, euro 4.272.793 per l'anno 2023, euro 4.358.249 per l'anno 2024, euro 4.445.414 per l'anno 2025, euro 4.534.322 per l'anno 2026 ed euro 4.625.008 a decorrere dall'anno 2027.

274. Il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale e' autorizzato a bandire concorsi per titoli ed esami per l'assunzione a tempo indeterminato fino a 75 unita' di personale appartenente alla terza area funzionale, posizione economica F1, ivi inclusa l'area della promozione culturale, per ciascuno degli anni 2018 e 2019. Per l'attuazione del presente comma e' autorizzata la spesa di euro 1.462.500 per l'anno 2018 e di euro 5.850.000 a decorrere dall'anno 2019.

275. Le dotazioni destinate all'erogazione delle indennita' di cui all'[articolo 171 del decreto del Presidente della Repubblica 5 gennaio 1967, n. 18](#), sono ridotte di euro 5.332.500 per l'anno 2018, euro 9.797.400 per l'anno 2019, euro 9.876.348 per l'anno 2020, euro

9.956.875 per l'anno 2021, euro 10.039.012 per l'anno 2022, euro 10.122.793 per l'anno 2023, euro 10.208.249 per l'anno 2024, euro 10.295.414 per l'anno 2025, euro 10.384.322 per l'anno 2026 ed euro 10.475.008 a decorrere dall'anno 2027.

276. A favore degli italiani nel mondo e per rafforzare gli interessi italiani all'estero, sono autorizzati i seguenti interventi:

a) la spesa di 2 milioni di euro a decorrere dall'anno 2018, per la promozione della lingua e cultura italiane all'estero, con particolare riferimento al sostegno degli enti gestori di corsi di lingua e cultura italiane all'estero;

b) la spesa di 200.000 euro annui a decorrere dall'anno 2018, per il finanziamento di dottorati di lingua italiana presso istituzioni universitarie estere, da conferire in via preferenziale a personale che abbia conseguito un dottorato di ricerca;

c) la spesa di 400.000 euro per l'anno 2018, a favore del Consiglio generale degli italiani all'estero. All'[articolo 19-bis, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 23 giugno 2014, n. 89, la lettera e\)](#) e' abrogata;

d) la spesa di un milione di euro per l'anno 2018, a favore dei Comitati degli italiani all'estero;

e) la spesa di 600.000 euro per l'anno 2018 e di euro 1.000.000 annui per l'anno 2019, nonche' di euro 1.200.000 per l'anno 2020 e di euro 1.400.000 annui a decorrere dall'anno 2021, per adeguare le retribuzioni del personale di cui all'[articolo 152 del decreto del Presidente della Repubblica 5 gennaio 1967, n. 18](#), ai parametri di riferimento di cui all'articolo 157 del medesimo decreto;

f) la spesa di 400.000 euro a decorrere dall'anno 2018, a favore delle agenzie di stampa specializzate per gli italiani all'estero che abbiano svolto tale servizio per il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale da almeno cinque anni;

g) la spesa di un milione di euro per l'anno 2018, a integrazione della dotazione finanziaria per contributi diretti in favore della stampa italiana all'estero di cui all'[articolo 1-bis del decreto-legge 18 maggio 2012, n. 63](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 16 luglio 2012, n. 103](#);

h) la spesa di 1,5 milioni di euro per l'anno 2018, di 1,5 milioni di euro per l'anno 2019 e di 2 milioni di euro per l'anno 2020 a favore delle camere di commercio italiane all'estero;

i) la spesa di un milione di euro per l'anno 2018, ad integrazione delle misure in corso di applicazione a sostegno della particolare condizione di emergenza riguardante gli italiani residenti in Venezuela, con particolare considerazione per quelli esposti a situazioni di disagio sociale;

l) la spesa di 272.000 euro per l'anno 2018 e di 22.000 euro annui a decorrere dall'anno 2019 per la ristrutturazione, la manutenzione e la guardiania del cimitero italiano di Hammangi nella citta' di Tripoli in Libia.

277. Al fine di consentire la realizzazione e la manutenzione di opere pubbliche negli enti locali che si trovano nella condizione di scioglimento ai sensi dell'articolo 143 del testo unico di cui al [decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267](#), nello stato di previsione del Ministero dell'interno e' istituito un fondo con una dotazione iniziale di 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018. Con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definiti i criteri e le modalita' di riparto del fondo, attribuendo prioritari agli enti con popolazione residente fino a 15.000 abitanti. Ai relativi oneri si provvede mediante corrispondente utilizzo delle risorse del Fondo ordinario per il finanziamento dei bilanci degli enti locali iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'interno, stanziato ai sensi dell'[articolo 1-bis del decreto-legge 25 novembre 1996, n. 599](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 gennaio 1997, n. 5](#).

278. La dotazione del fondo di cui al comma 277 e' annualmente incrementata con le risorse non utilizzate in ciascun anno, rivenienti dal medesimo Fondo ordinario per il finanziamento dei bilanci degli enti locali ai sensi dell'[articolo 1-bis del decreto-legge 25 novembre 1996, n. 599](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 24 gennaio 1997, n. 5](#), le quali sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate al fondo di cui al comma 277. Il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

279. La dotazione del Fondo di cui all'[articolo 2, comma 6-sexies, del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 26 febbraio 2011, n. 10](#), come modificato ai sensi dell'[articolo 14 della legge 7 luglio 2016, n. 122](#), e' incrementata di ulteriori 2,5 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020. Tale somma e' destinata all'erogazione di borse di studio, spese mediche e assistenziali in favore degli orfani per crimini domestici e degli orfani di madre a seguito del delitto di cui all'articolo 576, primo comma, numero 5.1), ovvero per omicidio a seguito dei delitti di cui agli [articoli 609-bis](#) e [609-octies del codice penale](#), nonche' al finanziamento di iniziative di orientamento, di formazione e di sostegno per l'inserimento dei medesimi nell'attivita' lavorativa. Almeno il 70 per cento di tale somma e' destinato agli interventi in favore dei minori; la quota restante e' destinata, ove ne ricorrano i presupposti, agli interventi in favore dei soggetti maggiorenni economicamente non autosufficienti.

280. Con regolamento da adottare con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dell'istruzione, dell'universita' e della ricerca, con il Ministro dell'interno, con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della salute, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri e le modalita'

per l'utilizzazione delle risorse di cui al comma 279 e per l'accesso agli interventi finanziati mediante le stesse. Lo schema del regolamento di cui al presente comma, corredato di relazione tecnica, e' trasmesso alle Camere per il parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili di carattere finanziario.

281. E' autorizzata, in favore del Ministero della difesa, la spesa di 600.000 euro per l'anno 2018 per le operazioni di messa in sicurezza, trasporto e installazione presso l'universita' degli studi di Milano del relitto del naufragio avvenuto il 18 aprile 2015 nel canale di Sicilia.

282. L'Agenzia italiana per la cooperazione allo sviluppo e' autorizzata, nei limiti dell'attuale dotazione organica, ad assumere fino a 10 unita' di livello dirigenziale non generale, con reclutamento mediante concorso pubblico per titoli ed esami, comprendente una prova scritta di carattere tecnico. A tal fine e' autorizzata la spesa di 1.427.390 euro annui a decorrere dall'anno 2019.

283. Alla [legge 11 agosto 2014, n. 125](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 21, comma 2:

1) al primo periodo, dopo le parole: « dal direttore dell'Agenzia » sono aggiunte le seguenti: « , nonche', limitatamente alle questioni concernenti le iniziative di cui agli articoli 8 e 27, dal direttore generale del tesoro del Ministero dell'economia e delle finanze »;

2) al secondo periodo, dopo le parole: « all'ordine del giorno e » sono inserite le seguenti: « , salvo quanto disposto al primo periodo, »;

b) all'articolo 26, comma 4, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: « I finanziamenti sono erogati per stati di avanzamento, previa rendicontazione delle spese effettivamente sostenute, oppure anticipatamente, dietro presentazione, per il 30 per cento dell'importo anticipato, di idonea garanzia ai sensi dell'articolo 35, comma 18, terzo, quarto, quinto, sesto e settimo periodo, del [codice dei contratti pubblici](#), di cui al [decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50](#). La garanzia e' svincolata in seguito all'approvazione della rendicontazione finale dell'iniziativa »;

c) all'articolo 27, comma 3, le lettere a) e b) sono sostituite dalle seguenti:

« a) concedere prestiti, anche in via anticipata, ad imprese per la partecipazione al capitale di rischio di imprese miste in Paesi partner, individuati con delibera del CICS, con particolare riferimento alle piccole e medie imprese;

b) concedere prestiti ad investitori pubblici o privati o ad organizzazioni internazionali, affinche' finanzino, secondo modalita' identificate dal CICS, imprese miste in Paesi partner che promuovano lo sviluppo dei Paesi medesimi ».

284. All'articolo 18, comma 2, del regolamento di cui al [decreto del Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale](#)

[22 luglio 2015, n. 113, la lettera e\)](#) e' abrogata.

285. Agli oneri di cui al comma 282, pari ad euro 1.427.390 annui a decorrere dall'anno 2019, si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'[articolo 1, comma 375, della legge 28 dicembre 2015, n. 208](#).

286. All'[articolo 4 del decreto-legge 1° gennaio 2010, n. 1](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 5 marzo 2010, n. 30](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 3, primo periodo, le parole: « nel triennio 2016-2018 » sono sostituite dalle seguenti: « nel quadriennio 2016-2019 »;

b) al comma 6, le parole: « e di euro 6.205.577 a decorrere dall'anno 2018 » sono sostituite dalle seguenti: « , di euro 6.205.577 per l'anno 2018, di euro 6.488.245 per l'anno 2019 e di euro 8.147.805 a decorrere dall'anno 2020 ».

287. Al fine di incrementare i servizi di prevenzione e di controllo del territorio e di tutela dell'ordine e della sicurezza pubblica, connessi, in particolare, alle esigenze di contrasto al terrorismo internazionale, nonche' i servizi di soccorso pubblico, di prevenzione incendi e di lotta attiva agli incendi boschivi, fermo restando quanto previsto dagli [articoli 703 e 2199 del codice dell'ordinamento militare](#), di cui al [decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66](#), e' autorizzata con apposito decreto del Presidente del Consiglio dei ministri o con le modalita' di cui all'[articolo 66, comma 9-bis, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 6 agosto 2008, n. 133](#), l'assunzione straordinaria per un contingente massimo di 7.394 unita' delle Forze di polizia e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, nel limite della dotazione organica, in aggiunta alle facolta' assunzionali previste a legislazione vigente, nei rispettivi ruoli iniziali, a decorrere dal 1° ottobre di ciascun anno, nel limite della dotazione del fondo di cui al comma 299, per un numero massimo di:

a) 350 unita' per l'anno 2018, di cui 100 nella Polizia di Stato, 100 nell'Arma dei carabinieri, 50 nel Corpo della guardia di finanza, 50 nel Corpo di polizia penitenziaria e 50 nel Corpo nazionale dei vigili del fuoco;

b) 700 unita' per l'anno 2019, di cui 200 nella Polizia di Stato, 200 nell'Arma dei carabinieri, 100 nel Corpo della guardia di finanza, 100 nel Corpo di polizia penitenziaria e 100 nel Corpo nazionale dei vigili del fuoco;

c) 2.112 unita' per l'anno 2020, di cui 550 nella Polizia di Stato, 618 nell'Arma dei carabinieri, 325 nel Corpo della guardia di finanza, 236 nel Corpo di polizia penitenziaria e 383 nel Corpo nazionale dei vigili del fuoco; (37)

d) 2.114 unita' per l'anno 2021, di cui 551 nella Polizia di Stato, 618 nell'Arma dei carabinieri, 325 nel Corpo della guardia di finanza, 237 nel Corpo di polizia penitenziaria e 383 nel Corpo nazionale dei vigili del fuoco;

e) 2.118 unita' per l'anno 2022, di cui 552 nella Polizia di Stato,

619 nell'Arma dei carabinieri, 325 nel Corpo della guardia di finanza, 238 nel Corpo di polizia penitenziaria e 384 nel Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

288. Per assicurare la piena efficienza organizzativa del dispositivo di soccorso pubblico del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, anche in occasione di situazioni emergenziali, e' autorizzata l'assunzione dal mese di maggio del 2018 nei ruoli iniziali del Corpo nazionale dei vigili del fuoco di 400 unita', a valere sulle facolta' assunzionali del 2018 relative al 100 per cento delle cessazioni avvenute, nei ruoli operativi dei vigili del fuoco, nell'anno 2017, attingendo dalla graduatoria relativa al concorso pubblico a 814 posti di vigile del fuoco indetto con [decreto del Ministero dell'interno n. 5140 del 6 novembre 2008](#), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - 4^a serie speciale - n. 90 del 18 novembre 2008. Le residue facolta' assunzionali relative all'anno 2018, tenuto conto delle assunzioni di cui al presente comma, sono esercitate non prima del 15 dicembre 2018, con scorrimento della graduatoria.

289. Per garantire gli standard operativi e i livelli di efficienza e di efficacia del Corpo nazionale dei vigili del fuoco in relazione alla crescente richiesta di sicurezza proveniente dal territorio nazionale, la dotazione organica della qualifica di vigile del fuoco del predetto Corpo e' incrementata di 300 unita'. Conseguentemente la dotazione organica del ruolo dei vigili del fuoco di cui alla Tabella A allegata al [decreto legislativo 13 ottobre 2005, n. 217](#), e successive modificazioni, e' incrementata di 300 unita'. Per la copertura dei posti nella qualifica di vigile del fuoco, con decorrenza 1° ottobre 2018, ai sensi del presente comma, si applica quanto previsto dal comma 295.

290. Ai fini dell'attuazione dei commi 288 e 289 e' autorizzata la spesa di euro 2.945.854 per l'anno 2018 e di euro 12.124.370 annui a decorrere dall'anno 2019.

291. COMMA ABROGATO DAL [D.L. 4 OTTOBRE 2018, N. 113](#), CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA [L. 1 DICEMBRE 2018, N. 132](#).

292. L'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalita' organizzata svolge le funzioni e i compiti previsti dall'articolo 110, comma 2, del codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, di cui al [decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159](#). Fino all'adeguamento della pianta organica dell'Agenzia alle disposizioni dell'articolo 113-bis, comma 1, del citato codice di cui al [decreto legislativo n. 159 del 2011](#), continuano a operare le sedi secondarie gia' istituite.

293. Allo scopo di assicurare il rispetto delle norme in materia di bilinguismo, al personale di cui all'[articolo 33 del decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 1988, n. 574](#), e' riservata un'aliquota di posti pari all'1 per cento, con arrotondamento all'unita' superiore, del totale dei posti messi a concorso ai sensi del comma 287, per ciascun ruolo, dalle rispettive Forze di polizia.

294. Al fine di rafforzare la sicurezza nei musei e negli altri istituti e luoghi di cultura dello Stato, il contingente di personale dell'Arma dei carabinieri di cui all'articolo 827, comma 1, del codice di cui al [decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66](#), e' incrementato, nell'ambito delle unita' autorizzate per l'Arma dei carabinieri dal comma 287, lettera a), di 40 unita' in soprannumero rispetto all'organico. Conseguentemente, all'articolo 827, comma 1, del citato [decreto legislativo n. 66 del 2010](#) sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) all'alinea, il numero: « 88 » e' sostituito dal seguente: « 128 »;
- b) alla lettera e), il numero: « 18 » e' sostituito dal seguente: « 22 »;
- c) alla lettera f), il numero: « 24 » e' sostituito dal seguente: « 28 »;
- d) alla lettera g), il numero: « 21 » e' sostituito dal seguente: « 53 ».

295. Le assunzioni straordinarie di cui ai commi 287, 289 e 299, relative al Corpo nazionale dei vigili del fuoco, sono riservate, nel limite massimo del 30 per cento dei contingenti annuali, al personale volontario di cui all'[articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 8 marzo 2006, n. 139](#), e successive modificazioni, che risulti iscritto nell'apposito elenco istituito per le necessita' delle strutture centrali e periferiche del Corpo medesimo da almeno tre anni e che abbia effettuato non meno di centoventi giorni di servizio. Ai fini delle predette assunzioni, nonche' di quelle di cui all'[articolo 19-bis del decreto-legge 9 febbraio 2017 n. 8](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 7 aprile 2017, n. 45](#), il limite di eta' previsto dalle disposizioni vigenti per l'assunzione del personale volontario del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, e' eccezionalmente derogato. Per il personale volontario di eta' fino a 40 anni sono necessari i soli requisiti gia' richiesti per l'iscrizione nell'apposito elenco istituito per le necessita' delle strutture centrali e periferiche del Corpo medesimo. Per il personale volontario con eta' ricompresa tra i 40 anni compiuti e i 45 anni compiuti, il requisito relativo ai giorni di servizio e' elevato a 250 giorni, ad eccezione del personale volontario femminile per cui lo stesso requisito e' elevato a 150 giorni; tale personale volontario, di sesso sia maschile che femminile, deve avere altresì effettuato complessivamente non meno di un richiamo di 14 giorni nell'ultimo quadriennio. Per il personale con eta' superiore ai 46 anni compiuti il requisito relativo ai giorni di servizio e' elevato a 400 giorni, ad eccezione del personale volontario femminile per cui lo stesso requisito e' elevato a 200 giorni; tale personale volontario, di sesso sia maschile che femminile, deve avere altresì effettuato complessivamente non meno di due richiami di 14 giorni nell'ultimo quadriennio. Resta fermo il possesso degli altri requisiti ordinari per l'accesso alla qualifica di vigile del fuoco

previsti dalla normativa vigente. Con decreto del Ministro dell'interno sono stabiliti per le assunzioni di cui al presente comma i criteri di verifica dell'idoneità psico-fisica, nonché modalità abbreviate per il corso di formazione. Al personale volontario in possesso dei requisiti di cui al presente comma, ai fini dell'assunzione per lo svolgimento delle funzioni di addetto antincendio anche ai sensi del [decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81](#), viene rilasciato, a domanda, dal comando dei vigili del fuoco competente per territorio, l'attestato di idoneità per addetto antincendio in attività a rischio elevato.

296. Le assunzioni nelle carriere iniziali del Corpo della guardia di finanza autorizzate con il decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione 4 agosto 2017, [pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 233 del 5 ottobre 2017](#), possono essere effettuate, in deroga all'[articolo 2199 del codice dell'ordinamento militare](#), di cui al [decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66](#), e fino ad esaurimento delle stesse, attingendo alle graduatorie degli idonei non vincitori del concorso bandito per l'anno 2012 ai sensi del medesimo articolo 2199.

297. All'[articolo 55 del decreto del Presidente della Repubblica 24 aprile 1982, n. 335](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo comma, le parole: « quattro anni » sono sostituite dalle seguenti: « due anni »;

b) al secondo comma, le parole: « due anni » sono sostituite dalle seguenti: « un anno ».

298. All'[articolo 52-quater, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 21 giugno 2017, n. 96](#), sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, dopo le parole: « l'ordinamento giuridico » sono inserite le seguenti: « ed economico »;

b) al secondo periodo, alle parole: « Il trattamento economico del personale » sono premesse le seguenti: « In sede di prima applicazione, e comunque per un periodo di un anno dalla data di entrata in vigore del regolamento che disciplina l'ordinamento giuridico ed economico del personale, »;

c) dopo il terzo periodo è inserito il seguente: «A decorrere dal secondo anno successivo alla data di entrata in vigore dei predetti regolamenti l'Autorità nazionale anticorruzione, tenuto conto delle proprie specifiche esigenze funzionali e organizzative, può adeguare il trattamento economico del personale, nei limiti delle risorse disponibili per tale finalità, sulla base dei criteri fissati dal contratto collettivo di lavoro in vigore per l'Autorità garante della concorrenza e del mercato ».

299. Ai fini dell'attuazione del comma 287, nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito un fondo, da ripartire con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 287, con una dotazione di 1.729.659 euro per l'anno 2018, di 16.165.500 euro per l'anno 2019, di 50.622.455

euro per l'anno 2020, di 130.399.030 euro per l'anno 2021, di 216.151.028 euro per l'anno 2022, di 291.118.527 euro per l'anno 2023, di 300.599.231 euro per l'anno 2024, di 301.977.895 euro per l'anno 2025, di 304.717.770 euro per l'anno 2026, di 307.461.018 euro per l'anno 2027, di 309.524.488 euro per l'anno 2028, di 309.540.559 euro per l'anno 2029 e di 309.855.555 euro a regime.

300. Il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio in termini di residui, competenza e cassa.

**LEGGE 20 maggio 2016 , n. 76**

Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze.

(16G00082)

Vigente al : 9-1-2023

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
Promulga

la seguente legge:

Art. 1

1. La presente legge istituisce l'unione civile tra persone dello stesso sesso quale specifica formazione sociale ai sensi degli [articoli 2 e 3 della Costituzione](#) e reca la disciplina delle convivenze di fatto.

2. Due persone maggiorenni dello stesso sesso costituiscono un'unione civile mediante dichiarazione di fronte all'ufficiale di stato civile ed alla presenza di due testimoni.

3. L'ufficiale di stato civile provvede alla registrazione degli atti di unione civile tra persone dello stesso sesso nell'archivio dello stato civile.

4. Sono cause impeditive per la costituzione dell'unione civile tra persone dello stesso sesso:

a) la sussistenza, per una delle parti, di un vincolo matrimoniale o di un'unione civile tra persone dello stesso sesso;

b) l'interdizione di una delle parti per infermità di mente; se l'istanza d'interdizione è soltanto promossa, il pubblico ministero può chiedere che si sospenda la costituzione dell'unione civile; in tal caso il procedimento non può aver luogo finché la sentenza che ha pronunciato sull'istanza non sia passata in giudicato;

c) la sussistenza tra le parti dei rapporti di cui all'[articolo 87, primo comma, del codice civile](#); non possono altresì contrarre unione civile tra persone dello stesso sesso lo zio e il nipote e la zia e la nipote; si applicano le disposizioni di cui al medesimo articolo 87;

d) la condanna definitiva di un contraente per omicidio consumato o tentato nei confronti di chi sia coniugato o unito civilmente con l'altra parte; se è stato disposto soltanto rinvio a giudizio ovvero sentenza di condanna di primo o secondo grado ovvero una misura cautelare la costituzione dell'unione civile tra persone dello stesso sesso è sospesa sino a quando non è pronunciata sentenza di proscioglimento.

5. La sussistenza di una delle cause impeditive di cui al comma 4 comporta la nullità dell'unione civile tra persone dello stesso sesso. All'unione civile tra persone dello stesso sesso si applicano gli articoli 65 e 68, nonché le disposizioni di cui agli [articoli 119, 120, 123, 125, 126, 127, 128, 129 e 129-bis del codice civile](#).

6. L'unione civile costituita in violazione di una delle cause impeditive di cui al comma 4, ovvero in violazione dell'[articolo 68 del codice civile](#), può essere impugnata da ciascuna delle parti dell'unione civile, dagli ascendenti prossimi, dal pubblico ministero e da tutti coloro che abbiano per impugnarla un interesse legittimo e attuale. L'unione civile costituita da una parte durante l'assenza dell'altra non può essere impugnata finché dura l'assenza.

7. L'unione civile può essere impugnata dalla parte il cui consenso è stato estorto con violenza o determinato da timore di eccezionale gravità determinato da cause esterne alla parte stessa. Può essere altresì impugnata dalla parte il cui consenso è stato dato per effetto di errore sull'identità della persona o di errore essenziale su qualità personali dell'altra parte. L'azione non può essere proposta se vi è stata coabitazione per un anno dopo che è cessata la violenza o le cause che hanno determinato il timore ovvero sia stato scoperto l'errore. L'errore sulle qualità personali è essenziale qualora, tenute presenti le condizioni dell'altra parte, si accerti che la stessa non avrebbe prestato il suo consenso se le avesse esattamente conosciute e purché l'errore riguardi:

a) l'esistenza di una malattia fisica o psichica, tale da impedire lo svolgimento della vita comune;

b) le circostanze di cui all'[articolo 122, terzo comma, numeri 2\), 3\) e 4\), del codice civile](#).

8. La parte può in qualunque tempo impugnare il matrimonio o l'unione civile dell'altra parte. Se si oppone la nullità della prima unione civile, tale questione deve essere preventivamente giudicata.

9. L'unione civile tra persone dello stesso sesso è certificata dal relativo documento attestante la costituzione dell'unione, che deve contenere i dati anagrafici delle parti, l'indicazione del loro regime patrimoniale e della loro residenza, oltre ai dati anagrafici

e alla residenza dei testimoni.

10. Mediante dichiarazione all'ufficiale di stato civile le parti possono stabilire di assumere, per la durata dell'unione civile tra persone dello stesso sesso, un cognome comune scegliendolo tra i loro cognomi. La parte puo' anteporre o posporre al cognome comune il proprio cognome, se diverso, facendone dichiarazione all'ufficiale di stato civile.

11. Con la costituzione dell'unione civile tra persone dello stesso sesso le parti acquistano gli stessi diritti e assumono i medesimi doveri; dall'unione civile deriva l'obbligo reciproco all'assistenza morale e materiale e alla coabitazione. Entrambe le parti sono tenute, ciascuna in relazione alle proprie sostanze e alla propria capacita' di lavoro professionale e casalingo, a contribuire ai bisogni comuni.

12. Le parti concordano tra loro l'indirizzo della vita familiare e fissano la residenza comune; a ciascuna delle parti spetta il potere di attuare l'indirizzo concordato.

13. Il regime patrimoniale dell'unione civile tra persone dello stesso sesso, in mancanza di diversa convenzione patrimoniale, e' costituito dalla comunione dei beni. In materia di forma, modifica, simulazione e capacita' per la stipula delle convenzioni patrimoniali si applicano gli [articoli 162, 163, 164 e 166 del codice civile](#). Le parti non possono derogare ne' ai diritti ne' ai doveri previsti dalla legge per effetto dell'unione civile. Si applicano le disposizioni di cui alle sezioni II, III, IV, V e VI del capo VI del titolo VI del libro primo del [codice civile](#).

14. Quando la condotta della parte dell'unione civile e' causa di grave pregiudizio all'integrita' fisica o morale ovvero alla liberta' dell'altra parte, il giudice, su istanza di parte, puo' adottare con decreto uno o piu' dei provvedimenti di cui all'[articolo 342-ter del codice civile](#).

15. Nella scelta dell'amministratore di sostegno il giudice tutelare preferisce, ove possibile, la parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso. L'interdizione o l'inabilitazione possono essere promosse anche dalla parte dell'unione civile, la quale puo' presentare istanza di revoca quando ne cessa la causa.

16. La violenza e' causa di annullamento del contratto anche quando il male minacciato riguarda la persona o i beni dell'altra parte dell'unione civile costituita dal contraente o da un discendente o ascendente di lui.

17. In caso di morte del prestatore di lavoro, le indennita' indicate dagli [articoli 2118 e 2120 del codice civile](#) devono corrisondersi anche alla parte dell'unione civile.

18. La prescrizione rimane sospesa tra le parti dell'unione civile.

19. All'unione civile tra persone dello stesso sesso si applicano le disposizioni di cui al titolo XIII del libro primo del [codice civile, nonche' gli articoli 116, primo comma, 146, 2647, 2653, primo comma, numero 4\), e 2659 del codice civile](#).

20. Al solo fine di assicurare l'effettività della tutela dei diritti e il pieno adempimento degli obblighi derivanti dall'unione civile tra persone dello stesso sesso, le disposizioni che si riferiscono al matrimonio e le disposizioni contenenti le parole «coniuge», «coniugi» o termini equivalenti, ovunque ricorrono nelle leggi, negli atti aventi forza di legge, nei regolamenti nonché negli atti amministrativi e nei contratti collettivi, si applicano anche ad ognuna delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso. La disposizione di cui al periodo precedente non si applica alle norme del [codice civile](#) non richiamate espressamente nella presente legge, nonché alle disposizioni di cui alla [legge 4 maggio 1983, n. 184](#). Resta fermo quanto previsto e consentito in materia di adozione dalle norme vigenti.

21. Alle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso si applicano le disposizioni previste dal capo III e dal capo X del titolo I, dal titolo II e dal capo II e dal capo V-bis del titolo IV del libro secondo del [codice civile](#).

22. La morte o la dichiarazione di morte presunta di una delle parti dell'unione civile ne determina lo scioglimento.

23. L'unione civile si scioglie altresì nei casi previsti dall'[articolo 3, numero 1\) e numero 2\), lettere a\), c\), d\) ed e\), della legge 1° dicembre 1970, n. 898](#).

24. L'unione civile si scioglie, inoltre, quando le parti hanno manifestato anche disgiuntamente la volontà di scioglimento dinanzi all'ufficiale dello stato civile. In tale caso la domanda di scioglimento dell'unione civile è proposta decorsi tre mesi dalla data della manifestazione di volontà di scioglimento dell'unione.

25. **((Si applicano, in quanto compatibili, gli articoli 5, primo, quinto, sesto, settimo, ottavo, decimo e undicesimo comma, 9 secondo comma, 9-bis, 10 secondo comma, 12-bis, 12-ter, 12-quater e 12-quinquies della [legge 1° dicembre 1970, n. 898](#), nonché le disposizioni di cui al Titolo IV-bis del libro secondo del [codice di procedura civile ed agli articoli 6 e 12 del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 132, convertito, con modificazioni, dalla \[legge 10 novembre 2014, n. 162\]\(#\).\)\) \(\(1\)\)](#)**

26. La sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso determina lo scioglimento dell'unione civile tra persone dello stesso sesso.

27. Alla rettificazione anagrafica di sesso, ove i coniugi abbiano manifestato la volontà di non sciogliere il matrimonio o di non cessarne gli effetti civili, consegue l'automatica instaurazione dell'unione civile tra persone dello stesso sesso.

28. Fatte salve le disposizioni di cui alla presente legge, il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi in materia di unione civile tra persone dello stesso sesso nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) adeguamento alle previsioni della presente legge delle

disposizioni dell'ordinamento dello stato civile in materia di iscrizioni, trascrizioni e annotazioni;

b) modifica e riordino delle norme in materia di diritto internazionale privato, prevedendo l'applicazione della disciplina dell'unione civile tra persone dello stesso sesso regolata dalle leggi italiane alle coppie formate da persone dello stesso sesso che abbiano contratto all'estero matrimonio, unione civile o altro istituto analogo;

c) modificazioni ed integrazioni normative per il necessario coordinamento con la presente legge delle disposizioni contenute nelle leggi, negli atti aventi forza di legge, nei regolamenti e nei decreti.

29. I decreti legislativi di cui al comma 28 sono adottati su proposta del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'interno, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e il Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

30. Ciascuno schema di decreto legislativo di cui al comma 28, a seguito della deliberazione del Consiglio dei ministri, e' trasmesso alla Camera dei deputati e al Senato della Repubblica perche' su di esso siano espressi, entro sessanta giorni dalla trasmissione, i pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia. Decorso tale termine il decreto puo' essere comunque adottato, anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine per l'espressione dei pareri parlamentari scada nei trenta giorni che precedono la scadenza del termine previsto dal comma 28, quest'ultimo termine e' prorogato di tre mesi. Il Governo, qualora non intenda conformarsi ai pareri parlamentari, trasmette nuovamente i testi alle Camere con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, corredate dei necessari elementi integrativi di informazione e motivazione. I pareri definitivi delle Commissioni competenti per materia sono espressi entro il termine di dieci giorni dalla data della nuova trasmissione. Decorso tale termine, i decreti possono essere comunque adottati.

31. Entro due anni dalla data di entrata in vigore di ciascun decreto legislativo adottato ai sensi del comma 28, il Governo puo' adottare disposizioni integrative e correttive del decreto medesimo, nel rispetto dei principi e criteri direttivi di cui al citato comma 28, con la procedura prevista nei commi 29 e 30.

32. All'[articolo 86 del codice civile](#), dopo le parole: «da un matrimonio» sono inserite le seguenti: «o da un'unione civile tra persone dello stesso sesso».

33. All'[articolo 124 del codice civile](#), dopo le parole: «impugnare il matrimonio» sono inserite le seguenti: «o l'unione civile tra persone dello stesso sesso».

34. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'interno, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le disposizioni transitorie necessarie per la tenuta dei registri nell'archivio dello stato civile nelle more dell'entrata in vigore

dei decreti legislativi adottati ai sensi del comma 28, lettera a).

35. Le disposizioni di cui ai commi da 1 a 34 acquistano efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge.

36. Ai fini delle disposizioni di cui ai commi da 37 a 67 si intendono per «conviventi di fatto» due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile.

37. Ferma restando la sussistenza dei presupposti di cui al comma 36, per l'accertamento della stabile convivenza si fa riferimento alla dichiarazione anagrafica di cui all'articolo 4 e alla lettera b) del comma 1 dell'articolo 13 del regolamento di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223](#).

38. I conviventi di fatto hanno gli stessi diritti spettanti al coniuge nei casi previsti dall'ordinamento penitenziario.

39. In caso di malattia o di ricovero, i conviventi di fatto hanno diritto reciproco di visita, di assistenza nonché di accesso alle informazioni personali, secondo le regole di organizzazione delle strutture ospedaliere o di assistenza pubbliche, private o convenzionate, previste per i coniugi e i familiari.

40. Ciascun convivente di fatto può designare l'altro quale suo rappresentante con poteri pieni o limitati:

a) in caso di malattia che comporta incapacità di intendere e di volere, per le decisioni in materia di salute;

b) in caso di morte, per quanto riguarda la donazione di organi, le modalità di trattamento del corpo e le celebrazioni funerarie.

41. La designazione di cui al comma 40 è effettuata in forma scritta e autografa oppure, in caso di impossibilità di redigerla, alla presenza di un testimone.

42. Salvo quanto previsto dall'[articolo 337-sexies del codice civile](#), in caso di morte del proprietario della casa di comune residenza il convivente di fatto superstite ha diritto di continuare ad abitare nella stessa per due anni o per un periodo pari alla convivenza se superiore a due anni e comunque non oltre i cinque anni. Ove nella stessa coabitino figli minori o figli disabili del convivente superstite, il medesimo ha diritto di continuare ad abitare nella casa di comune residenza per un periodo non inferiore a tre anni.

43. Il diritto di cui al comma 42 viene meno nel caso in cui il convivente superstite cessa di abitare stabilmente nella casa di comune residenza o in caso di matrimonio, di unione civile o di nuova convivenza di fatto.

44. Nei casi di morte del conduttore o di suo recesso dal contratto di locazione della casa di comune residenza, il convivente di fatto ha facoltà di succedergli nel contratto.

45. Nel caso in cui l'appartenenza ad un nucleo familiare costituisca titolo o causa di preferenza nelle graduatorie per l'assegnazione di alloggi di edilizia popolare, di tale titolo o

causa di preferenza possono godere, a parità di condizioni, i conviventi di fatto.

46. Nella sezione VI del capo VI del titolo VI del libro primo del [codice civile](#), dopo l'articolo 230-bis e' aggiunto il seguente:

«Art. 230-ter (Diritti del convivente). - Al convivente di fatto che presti stabilmente la propria opera all'interno dell'impresa dell'altro convivente spetta una partecipazione agli utili dell'impresa familiare ed ai beni acquistati con essi nonche' agli incrementi dell'azienda, anche in ordine all'avviamento, commisurata al lavoro prestato. Il diritto di partecipazione non spetta qualora tra i conviventi esista un rapporto di società o di lavoro subordinato».

47. All'[articolo 712, secondo comma, del codice di procedura civile](#), dopo le parole: «del coniuge» sono inserite le seguenti: «o del convivente di fatto».

48. Il convivente di fatto puo' essere nominato tutore, curatore o amministratore di sostegno, qualora l'altra parte sia dichiarata interdetta o inabilitata ai sensi delle norme vigenti ovvero ricorrano i presupposti di cui all'[articolo 404 del codice civile](#).

49. In caso di decesso del convivente di fatto, derivante da fatto illecito di un terzo, nell'individuazione del danno risarcibile alla parte superstite si applicano i medesimi criteri individuati per il risarcimento del danno al coniuge superstite.

50. I conviventi di fatto possono disciplinare i rapporti patrimoniali relativi alla loro vita in comune con la sottoscrizione di un contratto di convivenza.

51. Il contratto di cui al comma 50, le sue modifiche e la sua risoluzione sono redatti in forma scritta, a pena di nullità, con atto pubblico o scrittura privata con sottoscrizione autenticata da un notaio o da un avvocato che ne attestano la conformità alle norme imperative e all'ordine pubblico.

52. Ai fini dell'opponibilità ai terzi, il professionista che ha ricevuto l'atto in forma pubblica o che ne ha autenticato la sottoscrizione ai sensi del comma 51 deve provvedere entro i successivi dieci giorni a trasmetterne copia al comune di residenza dei conviventi per l'iscrizione all'anagrafe ai sensi degli articoli 5 e 7 del regolamento di cui al [decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223](#).

53. Il contratto di cui al comma 50 reca l'indicazione dell'indirizzo indicato da ciascuna parte al quale sono effettuate le comunicazioni inerenti al contratto medesimo. Il contratto puo' contenere:

- a) l'indicazione della residenza;
- b) le modalità di contribuzione alle necessita' della vita in comune, in relazione alle sostanze di ciascuno e alla capacità di lavoro professionale o casalingo;
- c) il regime patrimoniale della comunione dei beni, di cui alla sezione III del capo VI del titolo VI del libro primo del [codice](#)

civile.

54. Il regime patrimoniale scelto nel contratto di convivenza puo' essere modificato in qualunque momento nel corso della convivenza con le modalita' di cui al comma 51.

55. Il trattamento dei dati personali contenuti nelle certificazioni anagrafiche deve avvenire conformemente alla normativa prevista dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, garantendo il rispetto della dignita' degli appartenenti al contratto di convivenza. I dati personali contenuti nelle certificazioni anagrafiche non possono costituire elemento di discriminazione a carico delle parti del contratto di convivenza.

56. Il contratto di convivenza non puo' essere sottoposto a termine o condizione. Nel caso in cui le parti inseriscano termini o condizioni, questi si hanno per non apposti.

57. Il contratto di convivenza e' affetto da nullita' insanabile che puo' essere fatta valere da chiunque vi abbia interesse se concluso:

- a) in presenza di un vincolo matrimoniale, di un'unione civile o di un altro contratto di convivenza;
- b) in violazione del comma 36;
- c) da persona minore di eta';
- d) da persona interdetta giudizialmente;
- e) in caso di condanna per il delitto di cui all'articolo 88 del codice civile.

58. Gli effetti del contratto di convivenza restano sospesi in pendenza del procedimento di interdizione giudiziale o nel caso di rinvio a giudizio o di misura cautelare disposti per il delitto di cui all'articolo 88 del codice civile, fino a quando non sia pronunciata sentenza di proscioglimento.

59. Il contratto di convivenza si risolve per:

- a) accordo delle parti;
- b) recesso unilaterale;
- c) matrimonio o unione civile tra i conviventi o tra un convivente ed altra persona;
- d) morte di uno dei contraenti.

60. La risoluzione del contratto di convivenza per accordo delle parti o per recesso unilaterale deve essere redatta nelle forme di cui al comma 51. Qualora il contratto di convivenza preveda, a norma del comma 53, lettera c), il regime patrimoniale della comunione dei beni, la sua risoluzione determina lo scioglimento della comunione medesima e si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui alla sezione III del capo VI del titolo VI del libro primo del codice civile. Resta in ogni caso ferma la competenza del notaio per gli atti di trasferimento di diritti reali immobiliari comunque discendenti dal contratto di convivenza.

61. Nel caso di recesso unilaterale da un contratto di convivenza il professionista che riceve o che autentica l'atto e' tenuto, oltre

che agli adempimenti di cui al comma 52, a notificarne copia all'altro contraente all'indirizzo risultante dal contratto. Nel caso in cui la casa familiare sia nella disponibilit  esclusiva del recedente, la dichiarazione di recesso, a pena di nullit , deve contenere il termine, non inferiore a novanta giorni, concesso al convivente per lasciare l'abitazione.

62. Nel caso di cui alla lettera c) del comma 59, il contraente che ha contratto matrimonio o unione civile deve notificare all'altro contraente, nonch  al professionista che ha ricevuto o autenticato il contratto di convivenza, l'estratto di matrimonio o di unione civile.

63. Nel caso di cui alla lettera d) del comma 59, il contraente superstite o gli eredi del contraente deceduto devono notificare al professionista che ha ricevuto o autenticato il contratto di convivenza l'estratto dell'atto di morte affinche' provveda ad annotare a margine del contratto di convivenza l'avvenuta risoluzione del contratto e a notificarlo all'anagrafe del comune di residenza.

64. Dopo l'[articolo 30 della legge 31 maggio 1995, n. 218](#), e' inserito il seguente:

«Art. 30-bis (Contratti di convivenza). - 1. Ai contratti di convivenza si applica la legge nazionale comune dei contraenti. Ai contraenti di diversa cittadinanza si applica la legge del luogo in cui la convivenza e' prevalentemente localizzata.

2. Sono fatte salve le norme nazionali, europee ed internazionali che regolano il caso di cittadinanza plurima».

65. In caso di cessazione della convivenza di fatto, il giudice stabilisce il diritto del convivente di ricevere dall'altro convivente e gli alimenti qualora versi in stato di bisogno e non sia in grado di provvedere al proprio mantenimento. In tali casi, gli alimenti sono assegnati per un periodo proporzionale alla durata della convivenza e nella misura determinata ai sensi dell'[articolo 438, secondo comma, del codice civile](#). Ai fini della determinazione dell'ordine degli obbligati ai sensi dell'[articolo 433 del codice civile](#), l'obbligo alimentare del convivente di cui al presente comma e' adempiuto con precedenza sui fratelli e sorelle.

66. Agli oneri derivanti dall'attuazione dei commi da 1 a 35 del presente articolo, valutati complessivamente in 3,7 milioni di euro per l'anno 2016, in 6,7 milioni di euro per l'anno 2017, in 8 milioni di euro per l'anno 2018, in 9,8 milioni di euro per l'anno 2019, in 11,7 milioni di euro per l'anno 2020, in 13,7 milioni di euro per l'anno 2021, in 15,8 milioni di euro per l'anno 2022, in 17,9 milioni di euro per l'anno 2023, in 20,3 milioni di euro per l'anno 2024 e in 22,7 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede:

a) quanto a 3,7 milioni di euro per l'anno 2016, a 1,3 milioni di euro per l'anno 2018, a 3,1 milioni di euro per l'anno 2019, a 5 milioni di euro per l'anno 2020, a 7 milioni di euro per l'anno 2021, a 9,1 milioni di euro per l'anno 2022, a 11,2 milioni di euro per l'anno 2023, a 13,6 milioni di euro per l'anno 2024 e a 16 milioni di

euro annui a decorrere dall'anno 2025, mediante riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'[articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 27 dicembre 2004, n. 307](#);

b) quanto a 6,7 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2017, mediante corrispondente riduzione delle proiezioni, per gli anni 2017 e 2018, dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2016-2018, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2016, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

67. Ai sensi dell'[articolo 17, comma 12, della legge 31 dicembre 2009, n. 196](#), il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sulla base dei dati comunicati dall'INPS, provvede al monitoraggio degli oneri di natura previdenziale ed assistenziale di cui ai commi da 11 a 20 del presente articolo e riferisce in merito al Ministro dell'economia e delle finanze. Nel caso si verificano o siano in procinto di verificarsi scostamenti rispetto alle previsioni di cui al comma 66, il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, provvede, con proprio decreto, alla riduzione, nella misura necessaria alla copertura finanziaria del maggior onere risultante dall'attività di monitoraggio, delle dotazioni finanziarie di parte corrente aventi la natura di spese rimodulabili, ai sensi dell'[articolo 21, comma 5, lettera b\), della legge 31 dicembre 2009, n. 196](#), nell'ambito dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

68. Il Ministro dell'economia e delle finanze riferisce senza ritardo alle Camere con apposita relazione in merito alle cause degli scostamenti e all'adozione delle misure di cui al comma 67.

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

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 20 maggio 2016

MATTARELLA

Renzi, Presidente del Consiglio dei ministri

Visto, il Guardasigilli: Orlando

AGGIORNAMENTO (1)

Il [D.Lgs. 10 ottobre 2022, n. 149](#) ha disposto (con l'art. 35, comma 1) che "Le disposizioni del presente decreto, salvo che non sia diversamente disposto, hanno effetto a decorrere dal 30 giugno 2023 e si applicano ai procedimenti instaurati successivamente a tale data. Ai procedimenti pendenti alla data del 30 giugno 2023 si applicano le disposizioni anteriormente vigenti".

**LEGGE 8 novembre 2000 , n. 328**

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Vigente al : 9-1-2023

Capo I

PRINCIPI GENERALI DEL SISTEMA

INTEGRATO DI INTERVENTI E

SERVIZI SOCIALI

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;
IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
Promulga

la seguente legge:

Art. 1.

(Principi generali e finalita')

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualita' della vita, pari opportunita', non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilita', di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficolta' sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.

2. Ai sensi della presente legge, per "interventi e servizi sociali" si intendono tutte le attivita' previste dall'[articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#).

3. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), e della presente legge, secondo i principi di sussidiarieta', cooperazione, efficacia, efficienza ed economicita', omogeneita', copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilita' ed unicita'

dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.

4. Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

5. Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.

6. La presente 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 di cui al comma 1.

7. Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, nell'ambito delle competenze loro attribuite, ad adeguare i propri ordinamenti alle disposizioni contenute nella presente legge, secondo quanto previsto dai rispettivi statuti.

Art. 2.

(Diritto alle prestazioni).

1. Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri, individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico di cui al [decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286](#). Ai profughi, agli stranieri ed agli apolidi sono garantite le misure di prima assistenza, di cui all'[articolo 129, comma 1, lettera h\), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#).

2. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, sono tenuti a realizzare il sistema di cui alla presente legge che garantisce i livelli essenziali di prestazioni, ai sensi

dell'articolo 22, e a consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle prestazioni economiche di cui all'articolo 24 della presente legge, nonché delle pensioni sociali di cui all'[articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153](#), e successive modificazioni, e degli assegni erogati ai sensi dell'[articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335](#).

3. I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.

4. I parametri per la valutazione delle condizioni di cui al comma 3 sono definiti dai comuni, sulla base dei criteri generali stabiliti dal Piano nazionale di cui all'articolo 18.

5. Gli erogatori dei servizi e delle prestazioni sono tenuti, ai sensi dell'[articolo 8, comma 3, della legge 7 agosto 1990, n. 241](#), ad informare i destinatari degli stessi sulle diverse prestazioni di cui possono usufruire, sui requisiti per l'accesso e sulle modalità di erogazione per effettuare le scelte più appropriate.

Art. 3.

(Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema

integrato di interventi e servizi sociali).

1. Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere.

2. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi:

a) coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro;

b) concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale.

3. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, per le finalità della

presente legge, possono avvalersi degli accordi previsti dall'[articolo 2, comma 203, della legge 23 dicembre 1996, n. 662](#), anche al fine di garantire un'adeguata partecipazione alle iniziative ed ai finanziamenti dell'Unione europea.

4. I comuni, le regioni e lo Stato promuovono azioni per favorire la pluralita' di offerta dei servizi garantendo il diritto di scelta fra gli stessi servizi e per consentire, in via sperimentale, su richiesta degli interessati, l'eventuale scelta di servizi sociali in alternativa alle prestazioni economiche, ad esclusione di quelle di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a), numeri 1) e 2), della presente legge, nonche' delle pensioni sociali di cui all'[articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153](#), e successive modificazioni, e degli assegni erogati ai sensi dell'[articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335](#).

Art. 4.

(Sistema di finanziamento delle politiche sociali).

1. La realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali si avvale di un finanziamento plurimo a cui concorrono, secondo competenze differenziate e con dotazioni finanziarie afferenti ai rispettivi bilanci, i soggetti di cui all'articolo 1, comma 3.

2. Sono a carico dei comuni, singoli e associati, le spese di attivazione degli interventi e dei servizi sociali a favore della persona e della comunita', fatto salvo quanto previsto ai commi 3 e 5.

3. Le regioni, secondo le competenze trasferite ai sensi dell'[articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), nonche' in attuazione della presente legge, provvedono alla ripartizione dei finanziamenti assegnati dallo Stato per obiettivi ed interventi di settore, nonche', in forma sussidiaria, a cofinanziare interventi e servizi sociali derivanti dai provvedimenti regionali di trasferimento agli enti locali delle materie individuate dal citato articolo 132.

4. Le spese da sostenere da parte dei comuni e delle regioni sono a carico, sulla base dei piani di cui agli articoli 18 e 19, delle risorse loro assegnate del Fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'[articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449](#), e successive modificazioni, nonche' degli autonomi stanziamenti a carico dei propri bilanci.

5. Ai sensi dell'[articolo 129 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), competono allo Stato la definizione e la ripartizione del Fondo nazionale per le politiche sociali, la spesa per pensioni, assegni e indennita' considerati a carico del comparto assistenziale quali le indennita' spettanti agli invalidi civili, l'assegno sociale di cui all'[articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335](#), il reddito minimo di inserimento di cui all'[articolo 59, comma 47, della legge 27 dicembre 1997, n. 449](#), nonche' eventuali progetti di settore

individuati ai sensi del Piano nazionale di cui all'articolo 18 della presente legge.

Art. 5.

(Ruolo del terzo settore).

1. Per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea.

2. Ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dalla presente legge, gli enti pubblici, fermo restando quanto stabilito dall'articolo 11, promuovono azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa nonché il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale.

3. Le regioni, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 4, e sulla base di un atto di indirizzo e coordinamento del Governo, ai sensi dell'[articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59](#), da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con le modalità previste dall'articolo 8, comma 2, della presente legge, adottano specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona.

4. Le regioni disciplinano altresì, sulla base dei principi della presente legge e degli indirizzi assunti con le modalità previste al comma 3, le modalità per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi.

Capo II

ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZAZIONE

DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E

SERVIZI SOCIALI

Art. 6.

(Funzioni dei comuni)

1. I comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. Tali funzioni sono esercitate dai comuni adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dalla [legge 8 giugno 1990, n. 142](#), come da ultimo

modificata dalla [legge 3 agosto 1999, n. 265](#).

2. Ai comuni, oltre ai compiti già trasferiti a norma del [decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616](#), ed alle funzioni attribuite ai sensi dell'[articolo 132, comma 1, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), spetta, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19 e secondo la disciplina adottata dalle regioni, l'esercizio delle seguenti attività':

a) programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5;

b) erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche diverse da quelle disciplinate dall'articolo 22, e dei titoli di cui all'articolo 17, nonché delle attività assistenziali già di competenza delle province, con le modalità stabilite dalla legge regionale di cui all'articolo 8, comma 5;

c) autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, secondo quanto stabilito ai sensi degli articoli 8, comma 3, lettera f), e 9, comma 1, lettera c);

d) partecipazione al procedimento per l'individuazione degli ambiti territoriali, di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a); e) definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3, ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi.

3. Nell'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1 e 2 i comuni provvedono a:

a) promuovere, nell'ambito del sistema locale dei servizi sociali a rete, risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria;

b) coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'ambito di competenza, secondo le modalità fissate dalla regione, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale ed intese con le aziende unità sanitarie locali per le attività socio-sanitarie e per i piani di zona;

c) adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia ed i risultati delle prestazioni, in base alla programmazione di cui al comma 2, lettera a);

d) effettuare forme di consultazione dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 5 e 6, per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi e formulare proposte ai fini della predisposizione dei programmi;

e) garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali.

4. Per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica.

Art. 7.

(Funzioni delle province)

1. Le province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per i compiti previsti dall'[articolo 15 della legge 8 giugno 1990, n. 142](#), nonché dall'[articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), secondo le modalità definite dalle regioni che disciplinano il ruolo delle province in ordine:

a) alla raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai comuni e da altri soggetti istituzionali presenti in ambito provinciale per concorrere all'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali;

b) all'analisi dell'offerta assistenziale per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti in ambito provinciale fornendo, su richiesta dei comuni e degli enti locali interessati, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali;

c) alla promozione, d'intesa con i comuni, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento;

d) alla partecipazione alla definizione e all'attuazione dei piani di zona.

Art. 8.

(Funzioni delle regioni)

1. Le regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria di cui all'[articolo 2, comma 1, lettera n\), della legge 30 novembre 1998, n. 419](#).

2. Allo scopo di garantire il costante adeguamento alle esigenze delle comunità locali, le regioni programmano gli interventi sociali secondo le indicazioni di cui all'[articolo 3, commi 2 e 5, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), promuovendo, nell'ambito delle rispettive competenze, modalità di collaborazione e azioni coordinate con gli enti locali, adottando strumenti e procedure di raccordo e di concertazione, anche permanenti, per dare luogo a forme di cooperazione. Le regioni provvedono altresì alla consultazione

dei soggetti di cui agli articoli 1, commi 5 e 6, e 10 della presente legge.

3. Alle regioni, nel rispetto di quanto previsto dal [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), spetta in particolare l'esercizio delle seguenti funzioni:

- a) determinazione, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalita' e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Nella determinazione degli ambiti territoriali, le regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari gia' operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge;
- b) definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanita', istituzioni scolastiche, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attivita' lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni;
- c) promozione e coordinamento delle azioni di assistenza tecnica per la istituzione e la gestione degli interventi sociali da parte degli enti locali;
- d) promozione della sperimentazione di modelli innovativi di servizi in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale e di collegarsi altresì alle esperienze effettuate a livello europeo;
- e) promozione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi ed i risultati delle azioni previste;
- f) definizione, sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 4 e 5;
- g) istituzione, secondo le modalita' definite con legge regionale, sulla base di indicatori oggettivi di qualita', di registri dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attivita' disciplinate dalla presente legge;
- h) definizione dei requisiti di qualita' per la gestione dei servizi e per la erogazione delle prestazioni;
- i) definizione dei criteri per la concessione dei titoli di cui all'articolo 17 da parte dei comuni, secondo i criteri generali adottati in sede nazionale;
- l) definizione dei criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, sulla base dei criteri determinati ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera g);
- m) predisposizione e finanziamento dei piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attivita' sociali;
- n) determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati;

o) esercizio dei poteri sostitutivi, secondo le modalita' indicate dalla legge regionale di cui all'[articolo 3 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), nei confronti degli enti locali inadempienti rispetto a quanto stabilito dagli articoli 6, comma 2, lettere a), b) e c), e 19.

4. Fermi restando i principi di cui alla [legge 7 agosto 1990, n. 241](#), le regioni disciplinano le procedure amministrative, le modalita' per la presentazione dei reclami da parte degli utenti delle prestazioni sociali e l'eventuale istituzione di uffici di tutela degli utenti stessi che assicurino adeguate forme di indipendenza nei confronti degli enti erogatori.

5. La legge regionale di cui all'[articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), disciplina il trasferimento ai comuni o agli enti locali delle funzioni indicate dal [regio decreto - legge 8 maggio 1927, n. 798](#), convertito dalla [legge 6 dicembre 1928, n. 2838](#), e dal [decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 18 marzo 1993, n. 67](#). Con la medesima legge, le regioni disciplinano, con le modalita' stabilite dall'articolo 3 del citato [decreto legislativo n. 112 del 1998](#), il trasferimento ai comuni e agli enti locali delle risorse umane, finanziarie e patrimoniali per assicurare la copertura degli oneri derivanti dall'esercizio delle funzioni sociali trasferite utilizzate alla data di entrata in vigore della presente legge per l'esercizio delle funzioni stesse.

Art. 9.

(Funzioni dello Stato)

1. Allo Stato spetta l'esercizio delle funzioni di cui all'[articolo 129 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), nonche' dei poteri di indirizzo e coordinamento e di regolazione delle politiche sociali per i seguenti aspetti:

a) determinazione dei principi e degli obiettivi della politica sociale attraverso il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali di cui all'articolo 18;

b) individuazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni, comprese le funzioni in materia assistenziale, svolte per minori ed adulti dal Ministero della giustizia, all'interno del settore penale;

c) fissazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale; previsione di requisiti specifici per le comunita' di tipo familiare con sede nelle civili abitazioni;

d) determinazione dei requisiti e dei profili professionali in materia di professioni sociali, nonche' dei requisiti di accesso e di durata dei percorsi formativi;

e) esercizio dei poteri sostitutivi in caso di riscontrata inadempienza delle regioni, ai sensi dell'[articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59](#), e dell'[articolo 5 del decreto legislativo 31 marzo](#)

[1998, n. 112](#);

f) ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali secondo i criteri stabiliti dall'articolo 20, comma 7.

2. Le competenze statali di cui al comma 1, lettere b) e c), del presente articolo sono esercitate sentita la Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#); le restanti competenze sono esercitate secondo i criteri stabiliti dall'[articolo 129, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#).

Art. 10.

(Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza)

1. Il Governo e' delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, un decreto legislativo recante una nuova disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) di cui alla [legge 17 luglio 1890, n. 6972](#), e successive modificazioni, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) definire l'inserimento delle IPAB che operano in campo socio-assistenziale nella programmazione regionale del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui all'articolo 22, prevedendo anche modalita' per la partecipazione alla programmazione, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, lettera b);

b) prevedere, nell'ambito del riordino della disciplina, la trasformazione della forma giuridica delle IPAB al fine di garantire l'obiettivo di un'efficace ed efficiente gestione, assicurando autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica compatibile con il mantenimento della personalita' giuridica pubblica;

c) prevedere l'applicazione ai soggetti di cui alla lettera b): 1) di un regime giuridico del personale di tipo privatistico e di forme contrattuali coerenti con la loro autonomia; 2) di forme di controllo relative all'approvazione degli statuti, dei bilanci annuali e pluriennali, delle spese di gestione del patrimonio in materia di investimenti, delle alienazioni, cessioni e permuta, nonché di forme di verifica dei risultati di gestione, coerenti con la loro autonomia;

d) prevedere la possibilita' della trasformazione delle IPAB in associazioni o in fondazioni di diritto privato fermo restando il rispetto dei vincoli posti dalle tavole di fondazione e dagli statuti, tenuto conto della normativa vigente che regola la trasformazione dei fini e la privatizzazione delle IPAB, nei casi di particolari condizioni statutarie e patrimoniali;

e) prevedere che le IPAB che svolgono esclusivamente attivita' di amministrazione del proprio patrimonio adeguino gli statuti, entro due anni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, nel rispetto delle tavole di fondazione, a principi di efficienza,

efficacia e trasparenza ai fini del potenziamento dei servizi; prevedere che negli statuti siano inseriti appositi strumenti di verifica della attivita' di amministrazione dei patrimoni;

f) prevedere linee di indirizzo e criteri che incentivino l'accorpamento e la fusione delle IPAB ai fini della loro riorganizzazione secondo gli indirizzi di cui alle lettere b) e c);

g) prevedere la possibilita' di separare la gestione dei servizi da quella dei patrimoni garantendo comunque la finalizzazione degli stessi allo sviluppo e al potenziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

h) prevedere la possibilita' di scioglimento delle IPAB nei casi in cui, a seguito di verifica da parte delle regioni o degli enti locali, risultino essere inattive nel campo sociale da almeno due anni ovvero risultino esaurite le finalita' previste nelle tavole di fondazione o negli statuti; salvaguardare, nel caso di scioglimento delle IPAB, l'effettiva destinazione dei patrimoni alle stesse appartenenti, nel rispetto degli interessi originari e delle tavole di fondazione o, in mancanza di disposizioni specifiche nelle stesse, a favore, prioritariamente, di altre IPAB del territorio o dei comuni territorialmente competenti, allo scopo di promuovere e potenziare il sistema integrato di interventi e servizi sociali;

i) esclusione di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Sullo schema di decreto legislativo di cui al comma 1 sono acquisiti i pareri della Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), e delle rappresentanze delle IPAB. Lo schema di decreto legislativo e' successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

3. Le regioni adeguano la propria disciplina ai principi del decreto legislativo di cui al comma 1 entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del medesimo decreto legislativo.

Art. 11.

(Autorizzazione e accreditamento)

1. I servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, sono autorizzati dai comuni. L'autorizzazione e' rilasciata in conformita' ai requisiti stabiliti dalla legge regionale, che recepisce e integra, in relazione alle esigenze locali, i requisiti minimi nazionali determinati ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera c), con decreto del Ministro per la solidarieta' sociale, sentiti i Ministri interessati e la Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#).

2. I requisiti minimi nazionali trovano immediata applicazione per servizi e strutture di nuova istituzione; per i servizi e le strutture operanti alla data di entrata in vigore della presente

legge, i comuni provvedono a concedere autorizzazioni provvisorie, prevedendo l'adeguamento ai requisiti regionali e nazionali nel termine stabilito da ciascuna regione e in ogni caso non oltre il termine di cinque anni.

3. I comuni provvedono all'accreditamento, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, lettera c), e corrispondono ai soggetti accreditati tariffe per le prestazioni erogate nell'ambito della programmazione regionale e locale sulla base delle determinazioni di cui all'articolo 8, comma 3, lettera n).

4. Le regioni, nell'ambito degli indirizzi definiti dal Piano nazionale ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera e), disciplinano le modalita' per il rilascio da parte dei comuni ai soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, delle autorizzazioni alla erogazione di servizi sperimentali e innovativi, per un periodo massimo di tre anni, in deroga ai requisiti di cui al comma 1. Le regioni, con il medesimo provvedimento di cui al comma 1, definiscono gli strumenti per la verifica dei risultati.

Art. 12.

(Figure professionali sociali)

1. Con decreto del Ministro per la solidarieta' sociale, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della sanita', del lavoro e della previdenza sociale, della pubblica istruzione e dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica, sulla base dei criteri e dei parametri individuati dalla Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), ai sensi dell'[articolo 129, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), sono definiti i profili professionali delle figure professionali sociali.

2. Con regolamento del Ministro per la solidarieta' sociale, da emanare di concerto con i Ministri della sanita' e dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica e d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), sono definiti:

a) le figure professionali di cui al comma 1 da formare con i corsi di laurea di cui all'articolo 6 del regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, adottato con [decreto del Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509](#);

b) le figure professionali di cui al comma 1 da formare in corsi di formazione organizzati dalle regioni, nonche' i criteri generali riguardanti i requisiti per l'accesso, la durata e l'ordinamento didattico dei medesimi corsi di formazione;

c) i criteri per il riconoscimento e la equiparazione dei profili professionali esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 2,

lettera a), sono definiti dall'universita' ai sensi dell'articolo 11 del citato regolamento adottato con [decreto del Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509](#).

4. Restano ferme le disposizioni di cui all'[articolo 3-octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), introdotto dall'[articolo 3 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#), relative ai profili professionali dell'area socio-sanitaria ad elevata integrazione socio-sanitaria.

5. Ai sensi del [decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29](#), e successive modificazioni, con decreto dei Ministri per la solidarieta' sociale, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e per la funzione pubblica, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuate, per le figure professionali sociali, le modalita' di accesso alla dirigenza, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

6. Le risorse economiche per finanziare le iniziative di cui al comma 2 sono reperite dalle amministrazioni responsabili delle attivita' formative negli stanziamenti previsti per i programmi di formazione, avvalendosi anche del concorso del Fondo sociale europeo e senza oneri aggiuntivi a carico dello Stato.

Art. 13.

(Carta dei servizi sociali)

1. Al fine di tutelare le posizioni soggettive degli utenti, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarieta' sociale, d'intesa con i Ministri interessati, e' adottato lo schema generale di riferimento della carta dei servizi sociali. Entro sei mesi dalla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, ciascun ente erogatore di servizi adotta una carta dei servizi sociali ed e' tenuto a darne adeguata pubblicita' agli utenti.

2. Nella carta dei servizi sociali sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi, le modalita' del relativo funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, nonche' le procedure per assicurare la tutela degli utenti. Al fine di tutelare le posizioni soggettive e di rendere immediatamente esigibili i diritti soggettivi riconosciuti, la carta dei servizi sociali, ferma restando la tutela per via giurisdizionale, prevede per gli utenti la possibilita' di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

3. L'adozione della carta dei servizi sociali da parte degli erogatori delle prestazioni e dei servizi sociali costituisce requisito necessario ai fini dell'accreditamento.

Capo III

DISPOSIZIONI PER LA REALIZZAZIONE DI PARTICOLARI

INTERVENTI DI INTEGRAZIONE E

SOSTEGNO SOCIALE

Art. 14.

(Progetti individuali per le persone disabili)

1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'[articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unite sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.

2. Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale o al Profilo di funzionamento, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, il Piano educativo individualizzato a cura delle istituzioni scolastiche, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare. (3) (5) ((6))

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite, nel rispetto dei principi di tutela della riservatezza previsti dalla normativa vigente, le modalità per indicare nella tessera sanitaria, su richiesta dell'interessato, i dati relativi alle condizioni di non autosufficienza o di dipendenza per facilitare la persona disabile nell'accesso ai servizi ed alle prestazioni sociali.

AGGIORNAMENTO (3)

Il [D.Lgs. 13 aprile 2017, n. 66](#) ha disposto (con l'art. 19, comma 6) che le presenti modifiche si applicano a decorrere dal 1° gennaio 2019.

AGGIORNAMENTO (5)

Il [D.Lgs. 13 aprile 2017, n. 66](#), come modificato dalla [L. 30 dicembre 2018, n. 145](#), ha disposto (con l'art. 19, comma 6) che le

modifiche di cui al comma 2 si applicano a decorrere dal 1° settembre 2019.

AGGIORNAMENTO (6)

Il [D.Lgs. 13 aprile 2017, n. 66](#), come modificato dal [D.Lgs. 7 agosto 2019, n. 96](#), ha disposto (con l'art. 19, comma 2) che le modifiche di cui al comma 2 del presente articolo si applicano a decorrere dal 1° settembre 2019.

Art. 15.

(Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti)

1. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti, nell'ambito del Fondo nazionale per le politiche sociali il Ministro per la solidarieta' sociale, con proprio decreto, emanato di concerto con i Ministri della sanita' e per le pari opportunita', sentita la Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta.

2. Il Ministro per la solidarieta' sociale, con il medesimo decreto di cui al comma 1, stabilisce annualmente le modalita' di ripartizione dei finanziamenti in base a criteri ponderati per quantita' di popolazione, classi di eta' e incidenza degli anziani, valutando altresì la posizione delle regioni e delle province autonome in rapporto ad indicatori nazionali di non autosufficienza e di reddito. In sede di prima applicazione della presente legge, il decreto di cui al comma 1 e' emanato entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore.

3. Una quota dei finanziamenti di cui al comma 1 e' riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanita', realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare secondo gli indirizzi indicati dalla presente legge. In sede di prima applicazione della presente legge le risorse individuate ai sensi del comma 1 sono finalizzate al potenziamento delle attivita' di assistenza domiciliare integrata.

4. Entro il 30 giugno di ogni anno le regioni destinatarie dei finanziamenti di cui al comma 1 trasmettono una relazione al Ministro per la solidarieta' sociale e al Ministro della sanita' in cui espongono lo stato di attuazione degli interventi e gli obiettivi conseguiti nelle attivita' svolte ai sensi del presente articolo, formulando anche eventuali proposte per interventi innovativi. Qualora una o piu' regioni non provvedano all'impegno contabile delle quote di competenza entro i tempi indicati nel riparto di cui al

comma 2, il Ministro per la solidarieta' sociale, di concerto con il Ministro della sanita', sentita la Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), provvede alla rideterminazione e riassegnazione dei finanziamenti alle regioni.

Art. 16.

(Valorizzazione e sostegno
delle responsabilita' familiari)

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale; sostiene e valorizza i molteplici compiti che le famiglie svolgono sia nei momenti critici e di disagio, sia nello sviluppo della vita quotidiana; sostiene la cooperazione, il mutuo aiuto e l'associazionismo delle famiglie; valorizza il ruolo attivo delle famiglie nella formazione di proposte e di progetti per l'offerta dei servizi e nella valutazione dei medesimi. Al fine di migliorare la qualita' e l'efficienza degli interventi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi.

2. I livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili nel territorio nazionale, di cui all'articolo 22, e i progetti obiettivo, di cui all'articolo 18, comma 3, lettera b), tengono conto dell'esigenza di favorire le relazioni, la corresponsabilita' e la solidarieta' fra generazioni, di sostenere le responsabilita' genitoriali, di promuovere le pari opportunita' e la condivisione di responsabilita' tra donne e uomini, di riconoscere l'autonomia di ciascun componente della famiglia.

3. Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali hanno prioritari:

a) l'erogazione di assegni di cura e altri interventi a sostegno della maternita' e della paternita' responsabile, ulteriori rispetto agli assegni e agli interventi di cui agli [articoli 65 e 66 della legge 23 dicembre 1998, n. 448](#), alla [legge 6 dicembre 1971, n. 1044](#), e alla [legge 28 agosto 1997, n. 285](#), da realizzare in collaborazione con i servizi sanitari e con i servizi socio - educativi della prima infanzia;

b) politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura, promosse anche dagli enti locali ai sensi della legislazione vigente;

c) servizi formativi ed informativi di sostegno alla genitorialita', anche attraverso la promozione del mutuo aiuto tra le famiglie;

d) prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura di disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltata', di minori in affidamento, di anziani;

e) servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilita' del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti piu' impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilita' di cura durante l'orario di lavoro;

f) servizi per l'affido familiare, per sostenere, con qualificati interventi e percorsi formativi, i compiti educativi delle famiglie interessate.

4. Per sostenere le responsabilita' individuali e familiari e agevolare l'autonomia finanziaria di nuclei monoparentali, di coppie giovani con figli, di gestanti in difficolta', di famiglie che hanno a carico soggetti non autosufficienti con problemi di grave e temporanea difficolta' economica, di famiglie di recente immigrazione che presentino gravi difficolta' di inserimento sociale, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, i comuni, in alternativa a contributi assistenziali in denaro, possono concedere prestiti sull'onore, consistenti in finanziamenti a tasso zero secondo piani di restituzione concordati con il destinatario del prestito. L'onere dell'interesse sui prestiti e' a carico del comune; all'interno del Fondo nazionale per le politiche sociali e' riservata una quota per il concorso alla spesa destinata a promuovere il prestito sull'onore in sede locale.

5. I comuni possono prevedere agevolazioni fiscali e tariffarie rivolte alle famiglie con specifiche responsabilita' di cura. I comuni possono, altresì, deliberare ulteriori riduzioni dell'aliquota dell'imposta comunale sugli immobili (ICI) per la prima casa, nonché tariffe ridotte per l'accesso a piu' servizi educativi e sociali.

6. Con la legge finanziaria per il 2001 sono determinate misure fiscali di agevolazione per le spese sostenute per la tutela e la cura dei componenti del nucleo familiare non autosufficienti o disabili. Ulteriori risorse possono essere attribuite per la realizzazione di tali finalita' in presenza di modifiche normative comportanti corrispondenti riduzioni nette permanenti del livello della spesa di carattere corrente.

Art. 17.

(Titoli per l'acquisto di servizi sociali)

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, i comuni possono prevedere la concessione, su richiesta dell'interessato, di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema integrato di interventi e servizi sociali ovvero come sostitutivi delle prestazioni economiche diverse da quelle correlate al minimo vitale previste dall'articolo 24, comma 1, lettera a), numeri 1) e 2), della presente legge, nonché dalle pensioni sociali di cui all'[articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153](#), e successive modificazioni, e dagli assegni erogati ai sensi dell'[articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335](#).

2. Le regioni, in attuazione di quanto stabilito ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera i), disciplinano i criteri e le modalita' per la concessione dei titoli di cui al comma 1 nell'ambito di un percorso assistenziale attivo per la integrazione o la reintegrazione sociale dei soggetti beneficiari, sulla base degli indirizzi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.

Capo IV

STRUMENTI PER FAVORIRE IL RIORDINO DEL SISTEMA

INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Art. 18.

(Piano nazionale e piani regionali
degli interventi e dei servizi sociali)

1. Il Governo predispone ogni tre anni il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, di seguito denominato "Piano nazionale", tenendo conto delle risorse finanziarie individuate ai sensi dell'articolo 4 nonche' delle risorse ordinarie gia' destinate alla spesa sociale dagli enti locali.

2. Il Piano nazionale e' adottato previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarieta' sociale, sentiti i Ministri interessati. Sullo schema di piano sono acquisiti l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), nonche' i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'[articolo 1, comma 1, lettere a\) e b\), della legge 19 novembre 1987, n. 476](#), e successive modificazioni, maggiormente rappresentativi, delle associazioni di rilievo nazionale che operano nel settore dei servizi sociali, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti. Lo schema di piano e' successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

3. Il Piano nazionale indica:

- a) le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali previsti dall'articolo 22;
- b) le prioritari di intervento attraverso l'individuazione di progetti obiettivo e di azioni programmate, con particolare riferimento alla realizzazione di percorsi attivi nei confronti delle persone in condizione di poverta' o di difficolta' psico-fisica;
- c) le modalita' di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro;
- d) gli indirizzi per la diffusione dei servizi di informazione al cittadino e alle famiglie;

- e) gli indirizzi per le sperimentazioni innovative, comprese quelle indicate dall'articolo 3, comma 4, e per le azioni di promozione della concertazione delle risorse umane, economiche, finanziarie, pubbliche e private, per la costruzione di reti integrate di interventi e servizi sociali;
- f) gli indicatori ed i parametri per la verifica dei livelli di integrazione sociale effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti nonché gli indicatori per la verifica del rapporto costi - benefici degli interventi e dei servizi sociali;
- g) i criteri generali per la disciplina del concorso al costo dei servizi sociali da parte degli utenti, tenuto conto dei principi stabiliti dal [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109](#);
- h) i criteri generali per la determinazione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3;
- i) gli indirizzi ed i criteri generali per la concessione dei prestiti sull'onore di cui all'articolo 16, comma 4, e dei titoli di cui all'articolo 17;
- l) gli indirizzi per la predisposizione di interventi e servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti e per i soggetti disabili, in base a quanto previsto dall'articolo 14;
- m) gli indirizzi relativi alla formazione di base e all'aggiornamento del personale;
- n) i finanziamenti relativi a ciascun anno di vigenza del Piano nazionale in coerenza con i livelli essenziali previsti dall'articolo 22, secondo parametri basati sulla struttura demografica, sui livelli di reddito e sulle condizioni occupazionali della popolazione;
- o) gli indirizzi per la predisposizione di programmi integrati per obiettivi di tutela e qualità della vita rivolti ai minori, ai giovani e agli anziani, per il sostegno alle responsabilità familiari, anche in riferimento all'obbligo scolastico, per l'inserimento sociale delle persone con disabilità e limitazione dell'autonomia fisica e psichica, per l'integrazione degli immigrati, nonché per la prevenzione, il recupero e il reinserimento dei tossicodipendenti e degli alcolodipendenti.

4. Il primo Piano nazionale è adottato entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

5. Il Ministro per la solidarietà sociale predispone annualmente una relazione al Parlamento sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano nazionale, con particolare riferimento ai costi e all'efficacia degli interventi, e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione. La relazione indica i risultati conseguiti nelle regioni in attuazione dei piani regionali. La relazione dà conto altresì dei risultati conseguiti nei servizi sociali con l'utilizzo dei finanziamenti dei fondi europei, tenuto conto dei dati e delle valutazioni forniti dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale.

6. Le regioni, nell'esercizio delle funzioni conferite dagli [articoli 131 e 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112](#), e dalla

presente legge, in relazione alle indicazioni del Piano nazionale di cui al comma 3 del presente articolo, entro centoventi giorni dall'adozione del Piano stesso adottano nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, attraverso forme di intesa con i comuni interessati ai sensi dell'[articolo 3 della legge 8 giugno 1990, n. 142](#), e successive modificazioni, il piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, provvedendo in particolare all'integrazione socio-sanitaria in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro.

Art. 19.

(Piano di zona)

1. I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unita' sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:

- a) gli obiettivi strategici e le priorit  di intervento nonch  gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;
- b) le modalita' organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualita' in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h);
- c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;
- d) le modalita' per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
- e) le modalita' per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
- f) le modalita' per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarieta' sociale a livello locale e con le altre risorse della comunita';
- g) le forme di concertazione con l'azienda unita' sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.

2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'[articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142](#), e successive modificazioni, e' volto a:

- a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarieta' e di auto-aiuto, nonch  a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);

- c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unita' sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
- d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.
3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonche' i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

Art. 20

Fondo nazionale per le politiche sociali

1. Per la promozione e il raggiungimento degli obiettivi di politica sociale, lo Stato ripartisce le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali.

2. Per le finalita' della presente legge il Fondo di cui al comma 1 e' incrementato di lire 106.700 milioni per l'anno 2000, di lire 761.500 milioni per l'anno 2001 e di lire 922.500 milioni a decorrere dall'anno 2002. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unita' previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2000, allo scopo utilizzando quanto a lire 56.700 milioni per l'anno 2000, a lire 591.500 milioni per l'anno 2001 e a lire 752.500 milioni per l'anno 2002, l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica; quanto a lire 50.000 milioni per l'anno 2000 e a lire 149.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, l'accantonamento relativo al Ministero della pubblica istruzione; quanto a lire 1.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, le proiezioni dell'accantonamento relativo al Ministero dell'interno; quanto a lire 20.000 milioni per ciascuno degli anni 2001 e 2002, le proiezioni dell'accantonamento relativo al Ministero del commercio con l'estero.

3. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

4. La definizione dei livelli essenziali di cui all'articolo 22 e' effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo nazionale per le politiche sociali tenuto conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle regioni e dagli enti locali, nel rispetto delle compatibilita' finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal Documento di programmazione

economico-finanziaria.

5. Con regolamento, da emanare ai sensi dell'[articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400](#), il Governo provvede a disciplinare modalita' e procedure uniformi per la ripartizione delle risorse finanziarie confluite nel Fondo di cui al comma 1 ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

- a) razionalizzare e armonizzare le procedure medesime ed evitare sovrapposizioni e diseconomie nell'allocazione delle risorse;
- b) prevedere quote percentuali di risorse aggiuntive a favore dei comuni associati ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera a);
- c) garantire che gli stanziamenti a favore delle regioni e degli enti locali costituiscano quote di cofinanziamento dei programmi e dei relativi interventi e prevedere modalita' di accertamento delle spese al fine di realizzare un sistema di progressiva perequazione della spesa in ambito nazionale per il perseguimento degli obiettivi del Piano nazionale;
- d) prevedere forme di monitoraggio, verifica e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati degli interventi, nonche' modalita' per la revoca dei finanziamenti in caso di mancato impegno da parte degli enti destinatari entro periodi determinati;
- e) individuare le norme di legge abrogate dalla data di entrata in vigore del regolamento.

6. Lo schema di regolamento di cui al comma 5, previa deliberazione preliminare del Consiglio dei ministri, acquisito il parere della Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), e' trasmesso successivamente alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione. Decorso inutilmente tale termine, il regolamento puo' essere emanato.

7. Il Ministro per la solidarieta' sociale, sentiti i Ministri interessati, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), provvede, con proprio decreto, annualmente alla ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto della quota riservata di cui all'articolo 15, sulla base delle linee contenute nel Piano nazionale e dei parametri di cui all'articolo 18, comma 3, lettera n). In sede di prima applicazione della presente legge, entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore, il Ministro per la solidarieta' sociale, sentiti i Ministri interessati, d'intesa con la Conferenza unificata di cui al citato [articolo 8 del decreto legislativo n. 281 del 1997](#), adotta il decreto di cui al presente comma sulla base dei parametri di cui all'articolo 18, comma 3, lettera n). La ripartizione garantisce le risorse necessarie per l'adempimento delle prestazioni di cui all'articolo 24.

8. A decorrere dall'anno 2002 lo stanziamento complessivo del Fondo nazionale per le politiche sociali e' determinato dalla legge

finanziaria con le modalita' di cui all'[articolo 11, comma 3, lettera d\), della legge 5 agosto 1978, n. 468](#), e successive modificazioni, assicurando comunque la copertura delle prestazioni di cui all'articolo 24 della presente legge.(1) ((2))

9. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 24, confluiscono con specifica finalizzazione nel Fondo nazionale per le politiche sociali anche le risorse finanziarie destinate al finanziamento delle prestazioni individuate dal medesimo decreto legislativo.

10. Al Fondo nazionale per le politiche sociali affluiscono, altresì, somme derivanti da contributi e donazioni eventualmente disposti da privati, enti, fondazioni, organizzazioni, anche internazionali, da organismi dell'Unione europea, che sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere assegnate al citato Fondo nazionale.

11. Qualora le regioni ed i comuni non provvedano all'impegno contabile della quota non specificamente finalizzata ai sensi del comma 9 delle risorse ricevute nei tempi indicati dal decreto di riparto di cui al comma 7, il Ministro per la solidarieta' sociale, con le modalita' di cui al medesimo comma 7, provvede alla rideterminazione e alla riassegnazione delle risorse, fermo restando l'obbligo di mantenere invariata nel triennio la quota complessiva dei trasferimenti a ciascun comune o a ciascuna regione.

AGGIORNAMENTO (1)

La [L. 24 dicembre 2012, n. 228](#) ha disposto (con l'art. 1, comma 271) che "Lo stanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all'[articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328](#), e' incrementato di 300 milioni di euro per l'anno 2013."

AGGIORNAMENTO (2)

La [L. 23 dicembre 2014, n. 190](#) ha disposto (con l'art. 1, comma 158) che "Lo stanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all'[articolo 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328](#), e' incrementato di 300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2015".

Art. 21.

((**ARTICOLO ABROGATO DAL [D.LGS. 15 SETTEMBRE 2017, N. 147](#)**))

Capo V

INTERVENTI, SERVIZI ED EMOLUMENTI ECONOMICI

DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI

E SERVIZI SOCIALI

Sezione I

Disposizioni generali

Art. 22.

(Definizione del sistema integrato
di interventi e servizi sociali)

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

- a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
- b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal [regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798](#), convertito dalla [legge 6 dicembre 1928, n. 2838](#), e dalla [legge 10 dicembre 1925, n. 2277](#), e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;
- f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'[articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui

all'articolo 10 della citata [legge n. 104 del 1992](#), e dei servizi di comunita' e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonche' erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;

g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonche' per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilita' personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;

h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;

i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

3. Gli interventi del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui al comma 2, lettera c), sono realizzati, in particolare, secondo le finalita' delle [leggi 4 maggio 1983, n. 184](#), [27 maggio 1991, n. 176](#), [15 febbraio 1996, n. 66](#), [28 agosto 1997, n. 285](#), [23 dicembre 1997, n. 451](#), [3 agosto 1998, n. 296](#), [31 dicembre 1998, n. 476](#), del testo unico di cui al [decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286](#), e delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, approvate con [decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448](#), nonche' della [legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), per i minori disabili. Ai fini di cui all'articolo 11 e per favorire la deistituzionalizzazione, i servizi e le strutture a ciclo residenziale destinati all'accoglienza dei minori devono essere organizzati esclusivamente nella forma di strutture comunitarie di tipo familiare.

4. In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;

b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;

c) assistenza domiciliare;

d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilita' sociali;

e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Sezione II

Misure di contrasto alla poverta' e riordino degli emolumenti economici

assistenziali

Art. 23.

((ARTICOLO ABROGATO DAL [D.LGS. 15 SETTEMBRE 2017, N. 147](#)))

Art. 24.

(Delega al Governo per il riordino degli emolumenti derivanti da invalidita' civile, cecita' e sordomutismo)

1. Il Governo e' delegato ad emanare, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto del principio della separazione tra spesa assistenziale e spesa previdenziale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un decreto legislativo recante norme per il riordino degli assegni e delle indennita' spettanti ai sensi delle [leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27 maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18](#), e successive modificazioni, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) riclassificazione delle indennita' e degli assegni, e dei relativi importi, che non determini una riduzione degli attuali trattamenti e, nel complesso, oneri aggiuntivi rispetto a quelli determinati dall'andamento tendenziale degli attuali trattamenti previsti dalle disposizioni richiamate dal presente comma.

La riclassificazione tiene inoltre conto delle funzioni a cui gli emolumenti assolvono, come misure di contrasto alla poverta' o come incentivi per la rimozione delle limitazioni personali, familiari e sociali dei portatori di handicap, per la valorizzazione delle capacita' funzionali del disabile e della sua potenziale autonomia psico-fisica, prevedendo le seguenti forme di sostegno economico:

1) reddito minimo per la disabilita' totale a cui fare afferire pensioni e assegni che hanno la funzione di integrare, a seguito della minorazione, la mancata produzione di reddito. Il reddito minimo, nel caso di grave disabilita', e' cumulabile con l'indennita' di cui al numero 3.1) della presente lettera;

2) reddito minimo per la disabilita' parziale, a cui fare afferire indennita' e assegni concessi alle persone con diversi gradi di minorazione fisica e psichica per favorire percorsi formativi, l'accesso ai contratti di formazione e lavoro di cui al [decreto-legge 30 ottobre 1984, n. 726](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 19 dicembre 1984, n. 863](#), e successive modificazioni, alla [legge 29 dicembre 1990, n. 407](#), e al [decreto-legge 16 maggio 1994, n. 299](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 19 luglio 1994, n. 451](#), ed a borse di lavoro di cui al [decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 280](#), da utilizzare anche temporaneamente nella fase di avvio al lavoro e da revocare al momento dell'inserimento definitivo;

3) indennita' per favorire la vita autonoma e la comunicazione, commisurata alla gravita', nonche' per consentire assistenza e

sorveglianza continue a soggetti con gravi limitazioni dell'autonomia. A tale indennita' afferiscono gli emolumenti concessi, alla data di entrata in vigore della presente legge, per gravi disabilita', totale non autosufficienza e non deambulazione, con lo scopo di rimuovere l'esclusione sociale, favorire la comunicazione e la permanenza delle persone con disabilita' grave o totale non autosufficienza a domicilio, anche in presenza di spese personali aggiuntive. L'indennita' puo' essere concessa secondo le seguenti modalita' tra loro non cumulabili:

3.1) indennita' per l'autonomia di disabili gravi o pluriminorati, concessa a titolo della minorazione;

3.2) indennita' di cura e di assistenza per ultrasessantacinquenni totalmente dipendenti;

b) cumulabilita' dell'indennita' di cura e di assistenza di cui alla lettera a), numero 3.2), con il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23;

c) fissazione dei requisiti psico-fisici e reddituali individuali che danno luogo alla concessione degli emolumenti di cui ai numeri 1) e 2) della lettera a) del presente comma secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, secondo periodo, del [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109](#);

d) corresponsione dei nuovi trattamenti per coloro che non sono titolari di pensioni e indennita' dopo centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo, prevedendo nello stesso la equiparazione tra gli emolumenti richiesti nella domanda presentata alle sedi competenti ed i nuovi trattamenti;

e) equiparazione e ricollocazione delle indennita' gia' percepite e in atto nel termine massimo di un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo;

f) disciplina del regime transitorio, fatti salvi i diritti acquisiti per coloro che gia' fruiscono di assegni e indennita';

g) riconoscimento degli emolumenti anche ai disabili o agli anziani ospitati in strutture residenziali, in termini di pari opportunita' con i soggetti non ricoverati, prevedendo l'utilizzo di parte degli emolumenti come partecipazione alla spesa per l'assistenza fornita, ferma restando la conservazione di una quota, pari al 50 per cento del reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23, a diretto beneficio dell'assistito;

h) revisione e snellimento delle procedure relative all'accertamento dell'invalidita' civile e alla concessione delle prestazioni spettanti, secondo il principio della unificazione delle competenze, anche prevedendo l'istituzione di uno sportello unico; revisione dei criteri e dei requisiti che danno titolo alle prestazioni di cui al presente articolo, tenuto conto di quanto previsto dall'[articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), dal [decreto legislativo 30 aprile 1997, n. 157](#), nonche' dalla Classificazione internazionale dei disturbi, disabilita' ed handicap - International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH), adottata

dall'Organizzazione mondiale della sanità'; definizione delle modalità per la verifica della sussistenza dei requisiti medesimi.

2. Sullo schema di decreto legislativo di cui al comma 1 sono acquisiti l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), nonché i pareri degli enti e delle associazioni nazionali di promozione sociale di cui all'[articolo 1, comma 1, lettere a\) e b\), della legge 19 novembre 1987, n. 476](#), e successive modificazioni, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale e delle associazioni di tutela degli utenti. Lo schema di decreto legislativo è successivamente trasmesso alle Camere per l'espressione del parere da parte delle competenti Commissioni parlamentari, che si pronunciano entro trenta giorni dalla data di assegnazione.

Art. 25.

(Accertamento della condizione economica del richiedente)

1. Ai fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica del richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109](#), come modificato dal [decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130](#).

Art. 26.

(Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali)

1. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi previsti dall'[articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), e successive modificazioni, comprende le spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili.

Capo VI

DISPOSIZIONI FINALI

Art. 27.

(Istituzione della Commissione di indagine sulla esclusione sociale)

1. È istituita, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, la Commissione di indagine sulla esclusione sociale, di seguito denominata "Commissione". 2. La Commissione ha il compito di effettuare, anche in collegamento con analoghe iniziative nell'ambito dell'Unione europea, le ricerche e le rilevazioni occorrenti per indagini sulla povertà e sull'emarginazione in Italia, di promuoverne la conoscenza nelle istituzioni e nell'opinione pubblica, di formulare proposte per rimuoverne le cause e le conseguenze, di promuovere valutazioni sull'effetto dei fenomeni di esclusione

sociale. La Commissione predispone per il Governo rapporti e relazioni ed annualmente una relazione nella quale illustra le indagini svolte, le conclusioni raggiunte e le proposte formulate.

3. Il Governo, entro il 30 giugno di ciascun anno, riferisce al Parlamento sull'andamento del fenomeno dell'esclusione sociale, sulla base della relazione della Commissione di cui al comma 2, secondo periodo.

4. La Commissione e' composta da studiosi ed esperti con qualificata esperienza nel campo dell'analisi e della pratica sociale, nominati, per un periodo di tre anni, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarieta' sociale. Le funzioni di segreteria della Commissione sono assicurate dal personale del Dipartimento per gli affari sociali o da personale di altre pubbliche amministrazioni, collocato in posizione di comando o di fuori ruolo nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti. Per l'adempimento dei propri compiti la Commissione puo' avvalersi della collaborazione di tutte le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, degli enti pubblici, delle regioni e degli enti locali. La Commissione puo' avvalersi altresì della collaborazione di esperti e puo' affidare la effettuazione di studi e ricerche ad istituzioni pubbliche o private, a gruppi o a singoli ricercatori mediante convenzioni.

5. Gli oneri derivanti dal funzionamento della Commissione, determinati nel limite massimo di lire 250 milioni annue, sono a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali.

Art. 28.

(Interventi urgenti per le situazioni
di poverta' estrema)

1. Allo scopo di garantire il potenziamento degli interventi volti ad assicurare i servizi destinati alle persone che versano in situazioni di poverta' estrema e alle persone senza fissa dimora, il Fondo nazionale per le politiche sociali e' incrementato di una somma pari a lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002.

2. Ai fini di cui al comma 1, gli enti locali, le organizzazioni di volontariato e gli organismi non lucrativi di utilita' sociale nonche' le IPAB possono presentare alle regioni, secondo le modalita' e i termini definiti ai sensi del comma 3, progetti concernenti la realizzazione di centri e di servizi di pronta accoglienza, interventi socio-sanitari, servizi per l'accompagnamento e il reinserimento sociale.

3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con atto di indirizzo e coordinamento deliberato dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la solidarieta' sociale, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'[articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281](#), sono definiti i criteri di riparto tra le regioni dei finanziamenti di cui al comma 1, i termini per la presentazione delle richieste di finanziamento

dei progetti di cui al comma 2, i requisiti per l'accesso ai finanziamenti, i criteri generali di valutazione dei progetti, le modalita' per il monitoraggio degli interventi realizzati, i comuni delle grandi aree urbane per i quali gli interventi di cui al presente articolo sono considerati prioritari.

4. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a lire 20 miliardi per ciascuno degli anni 2001 e 2002, si provvede mediante corrispondente riduzione delle proiezioni per gli anni 2001 e 2002 dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2000-2002, nell'ambito dell'unita' previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 2000, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica.

Art. 29.

(Disposizioni sul personale)

1. La Presidenza del Consiglio dei ministri e' autorizzata a bandire concorsi pubblici per il reclutamento di cento unita' di personale dotate di professionalita' ed esperienza in materia di politiche sociali, per lo svolgimento, in particolare, delle funzioni statali previste dalla presente legge, nonche' in materia di adozioni internazionali, politiche di integrazione degli immigrati e tutela dei minori non accompagnati. Al predetto personale non si applica la disposizione di cui all'[articolo 12, comma 1, lettera c\), della legge 15 marzo 1997, n. 59](#). Le assunzioni avvengono in deroga ai termini ed alle modalita' di cui all'[articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449](#), e successive modificazioni.

2. All'onere derivante dall'attuazione del comma 1, pari a lire 2 miliardi per l'anno 2000 e a lire 7 miliardi annue a decorrere dall'anno 2001, si provvede a valere sul Fondo nazionale per le politiche sociali, come rifinanziato ai sensi dell'articolo 20 della presente legge.

Art. 30.

(Abrogazioni)

1. Alla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati l'[articolo 72 della legge 17 luglio 1890, n. 6972](#), e il [comma 45 dell'articolo 59 della legge 27 dicembre 1997, n. 449](#).

2. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 10 e' abrogata la disciplina relativa alle IPAB prevista dalla [legge 17 luglio 1890, n. 6972](#). Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 24 sono abrogate le disposizioni sugli emolumenti economici previste dalle [leggi 10 febbraio 1962, n. 66, 26 maggio 1970, n. 381, 27 maggio 1970, n. 382, 30 marzo 1971, n. 118, e 11 febbraio 1980, n. 18](#), e successive modificazioni.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 8 novembre 2000

CIAMPI

Amato, Presidente del Consiglio dei Ministri

Turco, Ministro per la solidarietà sociale

Visto, il Guardasigilli: Fassino

**LEGGE 5 febbraio 1992 , n. 104**

Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

Vigente al : 9-1-2023

Art. 33.
Agevolazioni

1. COMMA ABROGATO DAL [D.LGS. 26 MARZO 2001, N. 151](#).

((2. La lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, anche adottivi, di minore con disabilita' in situazione di gravita' accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, possono chiedere ai rispettivi datori di lavoro di usufruire, in alternativa al prolungamento fino a 3 anni del congedo parentale di cui all'[articolo 33 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151](#), di due ore di permesso giornaliero retribuito fino al compimento del terzo anno di vita del bambino.))

((3. Il lavoratore dipendente, pubblico o privato, ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa, per assistere una persona con disabilita' in situazione di gravita', che non sia ricoverata a tempo pieno, rispetto alla quale il lavoratore sia coniuge, parte di un'unione civile ai sensi dell'[articolo 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76](#), convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36, della medesima legge, parente o affine entro il secondo grado. In caso di mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di eta', il diritto e' riconosciuto a parenti o affini entro il terzo grado della persona con disabilita' in situazione di gravita'. Fermo restando il limite complessivo di tre giorni, per l'assistenza allo stesso individuo con disabilita' in situazione di gravita', il diritto puo' essere riconosciuto, su richiesta, a piu' soggetti tra quelli sopra elencati, che possono fruirne in via alternativa tra loro. Il lavoratore ha diritto di prestare assistenza nei confronti di piu' persone con disabilita' in situazione di gravita', a

condizione che si tratti del coniuge o della parte di un'unione civile di cui all'[articolo 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76](#), o del convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36, della medesima legge o di un parente o affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con disabilita' in situazione di gravita' abbiano compiuto i 65 anni di eta' oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.)

3-bis. Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

((4. Ai permessi di cui ai commi 2 e 3, che si cumulano con quelli previsti agli [articoli 32 e 47 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151](#), si applicano le disposizioni di cui agli articoli 43, 44 e 56 del citato [decreto legislativo n. 151 del 2001](#).)

5. Il lavoratore di cui al comma 3 ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro piu' vicina al domicilio della persona da assistere e non puo' essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.

6. La persona handicappata maggiorenne in situazione di gravita' puo' usufruire alternativamente dei permessi di cui ai commi 2 e 3, ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro piu' vicina al proprio domicilio e non puo' essere trasferita in altra sede, senza il suo consenso.

((6-bis. I lavoratori che usufruiscono dei permessi di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo hanno diritto di prioritarieta' nell'accesso al lavoro agile ai sensi dell'[articolo 18, comma 3-bis, della legge 22 maggio 2017, n. 81](#) o ad altre forme di lavoro flessibile. Restano ferme le eventuali previsioni piu' favorevoli previste dalla contrattazione collettiva nel settore pubblico e privato.)

7. Le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 3, 4 e 5 si applicano anche agli affidatari di persone handicappate in situazione di gravita'.(11)

7-bis. Ferma restando la verifica dei presupposti per l'accertamento della responsabilita' disciplinare, il lavoratore di cui al comma 3 decade dai diritti di cui al presente articolo, qualora il datore di lavoro o l'INPS accerti l'insussistenza o il venir meno delle condizioni richieste per la legittima fruizione dei medesimi diritti. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

((7-ter. Il rifiuto, l'opposizione o l'ostacolo all'esercizio dei diritti di cui al presente articolo, ove rilevati nei due anni antecedenti alla richiesta della certificazione della parita' di genere di cui all'[articolo 46-bis del decreto legislativo 11 aprile](#)

2006, n. 198, o di analoghe certificazioni previste dalle regioni e dalle province autonome nei rispettivi ordinamenti, impediscono al datore di lavoro il conseguimento delle stesse certificazioni)).

AGGIORNAMENTO (2)

Il [D.L. 27 agosto 1993, n. 324](#), convertito con modificazioni dalla [L. 27 ottobre 1993, n. 423](#) ha disposto (con l'art. 2, comma 3-ter) che "Al [comma 3 dell'articolo 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), le parole 'hanno diritto a tre giorni di permesso mensile' devono interpretarsi nel senso che il permesso mensile deve essere comunque retribuito".

AGGIORNAMENTO (3)

La [L. 24 dicembre 1993, n. 537](#) ha disposto (con l'art. 3, comma 38) che "I tre giorni di permesso mensili di cui all'[articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), non sono computati al fine del raggiungimento del limite fissato dal terzo comma dell'articolo 37 del citato testo unico approvato con [decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3](#), come sostituito dal comma 37 del presente articolo".

AGGIORNAMENTO (11)

La [L. 8 marzo 2000, n. 53](#), ha disposto (con l'art. 20, comma 1) che "Le disposizioni dell'[articolo 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), come modificato dall'articolo 19 della presente legge, si applicano anche qualora l'altro genitore non ne abbia diritto nonche' ai genitori ed ai familiari lavoratori, con rapporto di lavoro pubblico o privato, che assistono con continuita' e in via esclusiva un parente o un affine entro il terzo grado portatore di handicap, ancorche' non convivente."

AGGIORNAMENTO (12a)

Il [D.P.R. 4 aprile 2008, n. 105](#), ha disposto (con l'art. 9, comma 4) che "Le assenze previste dall'[articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), e successive modifiche ed integrazioni, non sono computate ai fini del raggiungimento del limite fissato dai precedenti commi e non riducono le ferie."

AGGIORNAMENTO 15

La [L. 8 marzo 2000, n. 53](#), come modificata dalla [L. 4 novembre 2010, n. 183](#), ha disposto (con l'art. 20, comma 1) che "Le disposizioni dell'[articolo 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), come modificato dall'articolo 19 della presente legge, si applicano anche qualora l'altro genitore non ne abbia diritto".

AGGIORNAMENTO (21)

La Corte Costituzionale, con sentenza 5 luglio - 23 settembre 2016, n. 213 (in G.U. 1^a s.s. 28/09/2016 n. 39) ha dichiarato

l'illegittimità costituzionale "[dell'art. 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#) (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), come modificato dall'[art. 24, comma 1, lettera a\), della legge 4 novembre 2010, n. 183](#) (Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro) nella parte in cui non include il convivente - nei sensi di cui in motivazione - tra i soggetti legittimati a fruire del permesso mensile retribuito per l'assistenza alla persona con handicap in situazione di gravità, in alternativa al coniuge, parente o affine entro il secondo grado."

AGGIORNAMENTO (26)

Il [D.L. 17 marzo 2020, n. 18](#) ha disposto (con l'art. 24, comma 1) che "Il numero di giorni di permesso retribuito coperto da contribuzione figurativa di cui all'[articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), è incrementato di ulteriori complessive dodici giornate usufruibili nei mesi di marzo e aprile 2020".

AGGIORNAMENTO (27)

Il [D.L. 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito con modificazioni dalla [L. 24 aprile 2020, n. 27](#), come modificato dal [D.L. 19 maggio 2020, n. 34](#), ha disposto (con l'art. 24, comma 1) che "Il numero di giorni di permesso retribuito coperto da contribuzione figurativa di cui all'[articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104](#), è incrementato di ulteriori complessive dodici giornate usufruibili nei mesi di marzo e aprile 2020 e di ulteriori complessive dodici giornate usufruibili nei mesi di maggio e giugno 2020".

**LEGGE 11 febbraio 1980 , n. 18**

Indennita' di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili.

Vigente al : 9-1-2023

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli [articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118](#), nei cui confronti le apposite commissioni sanitarie, previste dall'articolo 7 e seguenti della legge citata, abbiano accertato che si trovano nella impossibilita' di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua, e concessa un'indennita' di accompagnamento, non reversibile, al solo titolo della minorazione, a totale carico dello Stato, dell'importo di lire 120.000 mensili a partire dal 1 gennaio 1980, elevate a lire 180.000 mensili dal 1 gennaio 1981 e a lire 232.000 mensili con decorrenza 1° gennaio 1982. Dal 1° gennaio 1983 l'indennita' di accompagnamento sara' equiparata a quella goduta dai grandi invalidi di guerra ai sensi della tabella E, lettera a-bis, n. 1, del decreto del Presidente, della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915.

La medesima indennita' e concessa agli invalidi civili minori di diciotto anni che si trovano nelle condizioni sopra indicate.

Sono esclusi dalle indennita' di cui ai precedenti commi gli invalidi civili gravi ricoverati gratuitamente in istituto. (1) ((2))

AGGIORNAMENTO (1)

La [L. 26 luglio 1984, n.392](#) ha disposto (con l'art. 1) che il presente articolo "deve intendersi nel senso che la equiparazione, a partire dal 1 gennaio 1983, della indennita' di accompagnamento istituita in favore degli invalidi civili totalmente inabili, non deambulanti o non autosufficienti a quella goduta dai grandi invalidi di guerra comporta la estensione, con la stessa decorrenza, della nuova misura di detta indennita' e delle relative modalita' di adeguamento automatico di cui agli articoli 1 e 6 e alla tabella E, lettera A-bis, [del decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 834](#), recante il definitivo riordinamento delle pensioni di guerra."

AGGIORNAMENTO (2)

La Corte Costituzionale, con sentenza 14 - 22 giugno 1989, n. 346 ha dichiarato l'illegittimita' costituzionale "del combinato disposto degli [artt. 1, primo comma, della legge 11 febbraio 1980, n. 18](#) (Indennita' di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili) e [2, quarto comma, della legge 30 marzo 1971, n. 118](#) (Conversione in legge del [decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5](#) e nuove norme in favore di mutilati ed invalidi civili) nella parte in cui esclude che ad integrare lo stato di totale inabilita' con diritto all'indennita' di accompagnamento possa concorrere, con altre minorazioni, la cecita' parziale."

Art. 2.

Il Ministro della sanita', entro e non oltre tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, determina con proprio decreto la tabella indicativa delle percentuali di invalidita' per le minorazioni e malattie invalidanti previste dalla [legge 30 marzo 1971, n. 118](#); eventuali modifiche e variazioni sono apportate con decreto del Ministro stesso entro il 31 dicembre di ogni anno successivo a quello di entrata in vigore della presente legge.

Art. 3.

Gli invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche di cui agli [articoli 2 e 12 della legge 30 marzo 1971, n. 118](#), gia' riconosciuti tali all'entrata in vigore della presente legge, i quali ritengano di essere nelle condizioni previste all'articolo 1, sono, a domanda, sottoposti a visita di accertamento, ai fini della concessione dell'indennita' di accompagnamento, dalle commissioni sanitarie provinciali, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

Per gli invalidi civili non ancora riconosciuti all'entrata in vigore della presente legge, all'atto dell'accertamento sanitario di cui all'[articolo 6 della legge 30 marzo 1971, n. 118](#), le commissioni

sanitarie accertano l'esistenza o meno dei requisiti che danno diritto all'indennita' di accompagnamento prevista dal precedente articolo 1.

I minori di anni 18 che si trovano nelle condizioni di cui all'articolo 1 della presente legge vengono sottoposti ad accertamento sanitario, presso le Commissioni sanitarie di cui all'articolo 7 e seguenti della citata [legge 30 marzo 1971, n. 118](#), entro sei mesi dalla presentazione della domanda prodotta da chi ne cura gli interessi.

Il diritto all'indennita' di accompagnamento decorre dal primo giorno del mese successivo a quello nel quale viene presentata la domanda.

Art. 4.

All'onere derivante dall'applicazione della presente legge, valutato in lire 15 miliardi per l'anno finanziario 1980, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto al capitolo 6856 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per l'anno finanziario medesimo, all'uopo parzialmente utilizzando l'accantonamento "sgravi contributivi disposti per il contenimento del costo del lavoro e dell'inflazione".

Il Ministro del tesoro e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sara' inserita nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addi' 11 febbraio 1980

PERTINI

COSSIGA - ROGNONI -
ALTISSIMO - SCOTTI -
PANDOLFI - ANDREATTA

Visto, il Guardasigilli: MORLINO

- e) aiuto familiare;
- f) telesoccorso;
- g) aiuto domiciliare;
- h) centri diurni;
- i) servizi semi residenziali;
- l) centri educativi e occupazionali;
- m) servizi di animazione e aggregazione sociale;
- n) servizi di promozione culturale e per il tempo libero;
- o) servizi di accoglienza residenziale e semiresidenziali;
- p) alloggi assistiti;
- q) comunità alloggio;
- r) altri servizi residenziali previsti dalla programmazione regionale;
- s) altri servizi di aiuto alla persona;
- t) servizi per l'inclusione sociale e contrasto alla povertà.

4. La Regione promuove sperimentazioni finalizzate allo sviluppo di nuove risposte ai bisogni nelle aree della domiciliarità, della solidarietà tra famiglie, degli interventi diurni e residenziali, dell'accompagnamento delle persone in difficoltà, degli interventi di comunità.

5. Le tipologie di servizio di cui al comma 3 sono definite dalla Giunta regionale con apposito regolamento anche al fine del loro accreditamento, sentita la competente Commissione Consiliare.

TITOLO III

I soggetti del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Art. 9

Competenze

1. La Regione programma, coordina e indirizza gli interventi sociali, ne verifica l'attuazione e disciplina l'integrazione degli interventi con particolare riferimento all'attività socio-sanitaria. La programmazione è effettuata sulla base dei Piani di Zona prodotti dagli ambiti territoriali, di cui al successivo articolo 17, che coincidono con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie e dove, in ciascuno di essi, dovranno essere istituite le unità operative servizi sociali che afferiscono al Dipartimento Area Servizi Sociali, delle rispettive Aziende Sanitarie Territoriali. In ciascun ambito gli Enti locali devono comunque assicurare le prestazioni di cui all'art. 22 comma 4, della legge 328/2000. A tale fine la Regione, di concerto con gli Enti locali, determina gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale integrato degli interventi dei servizi sociali a rete. La Regione programma gli interventi sociali ricorrendo a strumenti e procedure di programmazione in raccordo con gli Enti locali, attraverso la Conferenza Regionale permanente di programmazione socio-sanitaria e socio-assistenziale, anche al fine di sollecitare e favorire l'esercizio associato o consorziato delle funzioni sociali. La Regione, congiuntamente alla rappresentanza degli Enti Locali, provvede alle concertazioni con le Organizzazioni del Terzo settore, dei cittadini, dei sindacati e degli imprenditori.

2. I Comuni e gli Enti locali programmano, progettano e realizzano il sistema locale dei servizi sociali a rete, attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, coinvolgendo nella realizzazione concertata i soggetti previsti dall'articolo 1, comma 2, della presente legge.

3. I Comuni progettano e realizzano la rete o il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali ed erogano i servizi e le prestazioni sociali, in aderenza con la programmazione socio-sanitaria, come prevista dal Piano Sanitario regionale, a tutti i soggetti in bisogno, con particolare riferimento a quelli inseriti nei Progetti Obiettivo sanitari e sociali.

4. I Comuni e le Province, nel quadro delle rispettive competenze, svolgono le funzioni e i compiti relativi alla promozione, sostegno, sviluppo ed al coordinamento operativo dei soggetti e delle strutture che agiscono nell'ambito dei servizi sociali di cui all'art. 1 comma 5 Legge 328/2000.

Art. 10

Integrazione socio sanitaria

1. La Regione, in misura prioritaria, favorisce l'integrazione tra il sistema sanitario e quello sociale, nel rispetto delle indicazioni contenute nel D.lgs. 229/99, e più specificatamente contenuti nel Piano sanitario regionale e nel Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali.

2. Tale integrazione viene garantita attraverso l'applicazione dei livelli di assistenza socio sanitari più precisamente definiti nelle prestazioni, nelle fonti normative e nei relativi oneri finanziari, come dall'allegata tabella "A".

Art. 11

Funzioni della Regione

1. Nell'ambito delle proprie funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento, sono di competenza della Regione le seguenti funzioni amministrative:

a) l'adozione del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali provvedendo, in particolare, all'integrazione sociosanitaria e al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro;

b) la raccolta e l'elaborazione dei dati sui bisogni, sulle risorse e sull'offerta dei servizi socio-assistenziali, realizzando l'osservatorio regionale dei servizi sociali e delle condizioni di povertà e del disagio sociale, organizzato a livello provinciale ed in raccordo con il livello nazionale, provinciale e locale, attraverso l'utilizzo di una scheda tipo con indicatori omogenei per la valutazione dello stato sociale uniforme per tutto il territorio regionale;

c) la definizione, di concerto con gli Enti locali interessati, degli ambiti territoriali ottimali per la gestione dei servizi, nonché gli strumenti e le modalità di intervento per la creazione dei sistemi locali dei servizi sociali;

d) la definizione, sulla base dei requisiti minimi definiti dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi sociali a gestione pubblica, ONLUS e del Terzo settore e/o privata;

e) l'istituzione, sulla base di indicatori di qualità, del registro dei soggetti autorizzati all'erogazione di interventi e servizi sociali;

f) la definizione dei requisiti di qualità per gli interventi e le prestazioni sociali;



**REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione n.32 della seduta del 9 FEB. 2016

Oggetto: Integrazioni e modifica DGR n. 210/2015 – Riorganizzazione del Sistema dell’Offerta per la gestione dei servizi socio-assistenziali – Proroga termini”.

Presidente o Assessore/i Proponente/i: Dott.ssa Federica Roccisano

Relatore (se diverso dal proponente):

Dirigente/i Generale/i: Dott. Antonio Nicola De Marco

Alla trattazione dell’argomento in oggetto partecipano:

		Giunta	Presente	Assente
1	Gerardo Mario OLIVERIO	Presidente	X	
2	Antonio VISCOMI	Vice Presidente	X	
3	Carmela BARBALACE	Componente	X	
4	Roberto MUSMANNO	Componente	X	
5	Antonietta RIZZO	Componente	X	
6	Federica ROCCISANO	Componente	X	
7	Francesco ROSSI	Componente		X
8	Francesco RUSSO	Componente		X

Assiste il Segretario Generale della Giunta Regionale.

La delibera si compone di n. 4 pagine compreso il frontespizio e di n. / allegati.

Il dirigente di Settore

Si attesta che il provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio annuale e/o pluriennale della Regione)

(Il Dirigente Generale del Dipartimento del Bilancio)

(timbro e firma)

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- Il Dlgs n. 267/2000 “ Testo Unico delle Leggi sull’ordinamento degli Enti Locali” che demanda alle Regioni di individuare i livelli ottimali per l’esercizio associato di funzioni e servizi da parte dei Comuni”;
- La legge n. 328/2000 “ Legge quadro per la realizzazione del Sistema integrato di Interventi e servizi Sociali”;
- La Legge regionale 23 dicembre 2003, n. 23 “ Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella regione Calabria (in attuazione della legge n. 328/2000), che agli artt. 9 e 17 prevede la coincidenza dei Distretti socio-sanitari con i distretti Sanitari;
- L’art. 8, comma 5 della legge n. 328/2000 che disciplina il trasferimento ai Comuni delle funzioni indicate nell’art. 3 del D.L. 112/98 e relative risorse umane, finanziarie e patrimoniali necessarie ad assicurare la copertura degli oneri derivanti dall’esercizio delle funzioni stesse.
- L’art. 3 del D.L. 112/98, comma 2, che stabilisce che i Comuni debbano esercitare le funzioni loro conferite in forma singola o associata;
- Il Piano Regionale degli interventi e dei Servizi Sociali della Regione Calabria, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 364 del 6 agosto 2009;
- La legge regionale 11/2004;
- La DGR 78/2004 concernente, tra l’altro, la coincidenza dei Distretti Socio-sanitari con i Distretti Sanitari;
- La DGR 311/2013 e in particolare l’Allegato “A” concernente la definizione degli ambiti territoriali intercomunali di intervento per la pianificazione dei servizi socio-assistenziali e per l’integrazione socio-sanitaria;
- Le linee-guida per gli atti aziendali emanate con DPGR n. 97/2013, che hanno autorizzato le singole AA.SS.PP. a riorganizzare il territorio in nuovi distretti sanitari che, pertanto, non coincidono con quelli indicati nella DGR n. 78/2004 e nella citata DGR 311/2013;
- Il nuovo assetto territoriale che ogni A.S.P. si è data con gli atti aziendali;
- La citata L.R. n. 23/2003, in particolare l’Art. 11 e l’art. 13;
- La DGR n. 82 del 28/02/2014;
- La DGR n. 83 del 28/02/2014;
- La DGR n. 37 del 24/02/2015, istitutiva del Tavolo Tecnico per le problematiche del settore socio-assistenziale e socio-sanitario;

VISTA la D.G.R. n. 210 del 22/06/2015, con la quale sono stati ridefiniti gli ambiti territoriali e la riorganizzazione del Sistema dell’Offerta per la gestione dei Servizi socio-assistenziali;

ATTESO CHE :

- La D.G.R. n. 210/2015 disponeva che entro il 30/09/2015 il Dipartimento n. 7 doveva definire, attraverso appositi Regolamenti, i criteri per l’autorizzazione, l’accreditamento e la vigilanza delle Strutture e dei servizi Sociali, ed i criteri per la determinazione delle tariffe; che entro 90 (novanta) giorni dalla pubblicazione sul BURC, il Dipartimento n. 7 doveva pubblicare l’Albo Regionale delle Strutture autorizzate e di quelle accreditate;
- Che entro il 31/12/2015 il Dipartimento n. 7 doveva determinare il fabbisogno delle prestazioni socio-assistenziali per la verifica di compatibilità con il Territorio, nonché per il rilascio dell’accreditamento;
- La medesima D.G.R. n. 210/2015 disponeva altresì che a decorrere dal 2016, in attuazione alle disposizioni della Legge n. 328/ 2000 e della L.R. n. 23/2003 che disciplinano il trasferimento delle funzioni dei servizi Sociali ai Comuni, il Fondo Sociale Regionale e Nazionale doveva essere ripartito tra i Comuni Capofila dei Distretti socio-sanitari/Ambiti Territoriali per l’esercizio delle funzioni;
- La complessità delle procedure di trasferimento delle funzioni in materia socio-assistenziale ai Comuni Capofila dei Distretti socio-sanitari/Ambiti Territoriali, in assenza di un adeguato processo preventivo di accompagnamento ai Comuni e di potenziamento delle strutture di gestione dei Distretti socio-sanitari/Ambiti territoriali per lo svolgimento delle funzioni trasferite, ha impedito l’effettiva decorrenza dell’esercizio delle funzioni dall’01/01/2016 per come previsto;

- Il Dipartimento n. 7 “ Sviluppo Economico – Lavoro – Formazione e Politiche Sociali” ha definito con l’ANCI- FederSanità un percorso di effettivo accompagnamento e potenziamento dei comuni Capofila dei Distretti/Ambiti territoriali per l’avvio dell’esercizio delle funzioni socio-assistenziali;
- Il contestuale ritardo di avvio del Tavolo tecnico di concertazione, di cui alla D.G.R. n. 37 del 24/02/2015, non ha consentito di definire ed approvare, in via preventiva al trasferimento delle funzioni ai Comuni, il complesso dei Regolamenti previsti per i criteri di autorizzazione/accreditamento/vigilanza delle strutture, e di determinare il fabbisogno territoriale delle prestazioni;
- Il Tavolo tecnico di concertazione richiamato, con la presenza dell’ANCI Calabria, ha condiviso la necessità di procedere alla proroga dei termini previsti dalla D.G.R. n. 210/2015 per il trasferimento delle funzioni ai Comuni;
- Si rende quindi necessario procedere ad una rideterminazione delle scadenze temporali fissate dalla D.G.R. n. 210/2015, fermo restando l’effettività del trasferimento avviato delle funzioni socio-assistenziali ai Comuni Capofila dei Distretti Socio-sanitari/Ambiti territoriali ex-legge 328/2000 e L.R. n. 23/2003, al fine di garantire la piena e responsabile operatività della gestione decentrata delle funzioni;
- Si rende contestualmente necessario, nelle more dell’effettivo trasferimento delle funzioni ai Comuni, garantire la continuità convenzionale e finanziaria dei rapporti con le Strutture sociali a cura del Dipartimento n. 7 “ Sviluppo Economico- Lavoro – Formazione e Politiche Sociali”;

SU PROPOSTA dell’Assessore alle Politiche del Lavoro, Politiche Sociali, Welfare, Istruzione, dr.ssa Federica Roccisano, a voti unanimi,

DELIBERA

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

1. Di fissare al 30/06/2016 la data effettiva di avvio dell’esercizio delle funzioni in materia socio-assistenziale da parte dei Comuni Capofila dei Distretti socio-sanitari/ambiti territoriali, con la contestuale ripartizione del Fondo Sociale Regionale e Nazionale tra i Comuni stessi;
2. Di avviare il necessario processo di effettivo accompagnamento dei Comuni Capofila per l’esercizio delle funzioni, e di potenziamento dei sistemi di gestione dei Distretti Socio-sanitari/Ambiti territoriali ;
3. Di fissare al 31/03/2016 la scadenza per la definizione, a seguito di concertazione nel Tavolo Tecnico, e l’approvazione dell’apposito Regolamento per l’autorizzazione, l’accreditamento e la vigilanza delle Strutture socio-assistenziali, nonché per la pubblicazione sul BURC dell’Albo Regionale delle Strutture autorizzate e di quelle accreditate;
4. Di fissare al 31/05/2016 la scadenza per ultimare la determinazione del fabbisogno delle prestazioni socio-assistenziali per la verifica di compatibilità con il Territorio, nonché per il rilascio dell’accreditamento, anche al fine di pervenire al necessario riequilibrio territoriale delle rete dell’offerta dei servizi in relazione alla domanda effettiva rilevata e connessa all’esercizio delle funzioni da parte dei Comuni Capofila, definendo nel contempo il quadro delle Strutture di rilevanza regionale da consolidare, e finalizzata alla razionalizzazione delle strutture presenti sul Territorio, compatibilmente alle risorse finanziarie disponibili sul Bilancio Regionale;
5. Di confermare quanto già previsto nella D.G.R. n. 210/2015 circa i termini per la concessione di nuove autorizzazioni al funzionamento o accreditamento delle strutture socio-assistenziali con il conseguente slittamento dei termini derivanti dalla fissazione al 30/6/2015 della data effettiva di avvio dell’esercizio delle funzioni in materia socio-assistenziale da parte dei Comuni Capofila dei Distretti socio-sanitari/ambiti territoriali, ed in particolare:
 - a) Di stabilire che le domande di concessione di nuove autorizzazioni al funzionamento già esistenti presso il Dipartimento n. 7 alla data di pubblicazione sul BURC della presente Delibera, potranno essere regolarmente evase dai competenti uffici;

- b) Di confermare che le eventuali richieste di ammissione a retta o accreditamenti già presenti alla data di pubblicazione della presente Delibera nel BURC non potranno essere prese in considerazione prima dell'entrata in vigore dei citati Regolamenti;
6. Di precisare che, salvo i casi di autorizzazione al funzionamento delle Strutture, la cui realizzazione sia stata finanziata con specifici fondi regionali, nazionali e comunitari, dalla data di pubblicazione sul BURC della presente Delibera, e fino all'entrata in vigore dei nuovi Regolamenti prima citati, non potranno essere rilasciate nuove autorizzazioni al funzionamento, né accreditamenti da parte del Dipartimento competente, ad eccezione di quelle descritte al punto precedente;
 7. Di dare atto che il presente provvedimento non determina ulteriori oneri finanziari e impegni di spesa;
 8. Di demandare al Dipartimento n. 7 l'attuazione del presente provvedimento, e l'assunzione degli atti amministrativi conseguenti alla proroga dei termini di cui al punto 1), necessari per la continuità dei servizi socio-assistenziali;
 9. Di notificare il presente atto a cura del Dipartimento proponente ai Comuni Capofila dei Distretti/Ambiti territoriali di cui in premessa, nonché alla Segreteria del Consiglio Regionale;
 10. Di provvedere alla pubblicazione del provvedimento sul BURC ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011 n. 11 su richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento proponente, che provvederà contestualmente a trasmetterlo al Responsabile della Trasparenza (trasparenza@regcal.it) per la pubblicazione sul sito istituzionale della Regione, ai sensi del d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE

Del che è redatto processo verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:
Il Verbalizzante

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data al Dipartimento/i interessato/i al Consiglio Regionale

L'impiegato addetto

ORIGINALE



**REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione n. 210 della seduta del 22.06.2015.

Oggetto: Ridefinizione degli ambiti territoriali intercomunali e riorganizzazione del sistema dell'offerta per la gestione dei Servizi Socio-assistenziali;

Presidente o Assessore/i Proponente/i: On.le Carlo Guccione

Relatore (se diverso dal proponente): _____

Dirigente/i Generale/i: Dott. Antonio Nicola De Marco

Alla trattazione dell'argomento in oggetto partecipano:

		Giunta	Presente	Assente
1	Gerardo Mario OLIVERIO	Presidente	X	
2	Vincenzo Antonio Cicone	Vice Presidente	X	
3	Antonino De Gaetano	Componente	X	
4	Carlo Guccione	Componente	X	

Assiste il Segretario Generale Avv. Ennio Antonio Apicella.

La delibera si compone di n.4 pagine compreso il frontespizio e di n.2 allegati.

Il dirigente di Settore

LA GIUNTA REGIONALE

Visti:

- Il D. Lgs. n° 267/2000 *“Testo Unico delle leggi sull’ordinamento degli Enti Locali “* che demanda alle Regioni di individuare i livelli ottimali per l’esercizio associato di funzioni e servizi da parte dei comuni;
- La legge 328/2000 *“ Legge quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali”;*
- la legge regionale 23 dicembre 2003, n. 23, *Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali nella Regione Calabria (in attuazione della Legge n. 328/2000)*, che agli artt. 9 e 17 prevede la coincidenza dei Distretti socio-sanitari con i Distretti Sanitari;
- l’art. 8, comma 5 della L. n. 328/00 che disciplina il trasferimento ai Comuni delle funzioni indicate nell’art. 3 del D.L. 112/98 e relative risorse umane, finanziarie e patrimoniali necessarie ad assicurare la copertura degli oneri derivanti dall’esercizio delle funzioni stesse.
- L’art. 3 del D.L. 112/98, comma 2, che stabilisce che i Comuni debbano esercitare le funzioni loro conferite in forma singola o associata;
- Il Piano Regionale degli interventi e dei Servizi Sociali della Regione Calabria, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 364 del 6 agosto 2009;
- La L.R. 11/2004;
- la DGR 78/2004 concernente, tra l’altro, la coincidenza dei Distretti Socio-Sanitari con i Distretti Sanitari;
- la DGR 311/2013 e in particolare l’allegato *“A”* concernente la definizione degli ambiti territoriali intercomunali di intervento per la pianificazione dei servizi socio-assistenziali e per l’integrazione sociosanitaria;
- Le linee guida per gli atti aziendali emanate con DPGR n. 97/2013, che hanno autorizzato le singole ASP a riorganizzare il territorio in nuovi distretti sanitari che, pertanto, non coincidono con quelli indicati nella DGR 78/2004 e nella citata DGR 311/2013;
- Il nuovo assetto territoriale che ogni ASP si è data con gli Atti Aziendali;
- La citata L.R. 23/2003, in particolare l’art. 11 e l’art. 13;
- La DGR n. 82 del 28/02/2014;
- La DGR n. 83 del 28/02/2014;
- La DGR n. 37 del 24.02.2015, istitutiva del Tavolo Tecnico per le problematiche settore socio-sanitario e socio- assistenziale ;
- VISTI gli Allegati *“A”* e *“B”* contenenti, rispettivamente, i comuni ricadenti negli Ambiti territoriali intercomunali per la gestione degli interventi e dei servizi sociali, e il sistema dei servizi ammessi a retta attualmente presenti in ciascun ambito territoriale;

Ritenuto:

- Di dover definire, a parziale modifica della DGR 311/2013 e 78/2004, gli ambiti territoriali ottimali per la gestione dei Servizi socio-assistenziali con l’indicazione del Comune Capofila per ciascun ambito, come da Allegato *“A”*;
- Di dover evidenziare e descrivere, per ciascun ambito e per ciascun Comune in esso ricadente, l’offerta dei servizi socio assistenziali in essi presenti e ammessi a retta (Allegato *“B”*);
- Di dover procedere alla determinazione del fabbisogno delle prestazioni socio assistenziali per la verifica di compatibilità con il territorio nonché per il rilascio dell’accreditamento;
- Considerato:

- Che occorre, sulla base dei requisiti minimi previsti dal D.M. 308/2001, definire i criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi sociali a gestione pubblica, ONLUS e del Terzo Settore e/o privata;
- Che è necessario istituire l'Albo regionale dei soggetti autorizzati e di quelli accreditati all'erogazione degli interventi e dei Servizi Sociali;
- Che bisogna definire i criteri per le determinazioni delle tariffe che i Comuni dovranno corrispondere ai soggetti accreditati e contrattualizzati;
- Che le risorse del Fondo Sociale Regione Calabria, ad eccezione di quella parte che l'Assessorato decide di riservarsi per la realizzazione di programmi e modelli innovativi e sperimentali nella misura del 10% della somma totale assegnata nel bilancio annuale, dovranno essere trasferite ai Comuni Capofila degli ambiti territoriali descritti nell'Allegato "A", per il pagamento delle competenze conseguenti alle prestazioni rese dai soggetti regolarmente accreditati e contrattualizzati;
- Che il Fondo Sociale Nazionale dovrà essere ripartito ai già citati Comuni Capofila per gli oneri finanziari assunti con regolare contratto per le prestazioni rese dai soggetti regolarmente accreditati;
- Che il Fondo per la non autosufficienza sarà altresì ripartito secondo i criteri che verranno di volta in volta stabiliti con Deliberazione di Giunta Regionale in conformità a quanto previsto annualmente dal Ministero competente;
- Su conforme proposta dell'Assessore alle Politiche del Lavoro, Politiche della Famiglia, Formazione Professionale, Cooperazione e Volontariato, On. Carlo Guccione, formulata alla stregua dell'istruttoria compiuta dalle strutture interessate, nonché dall'espressa dichiarazione di regolarità dell'atto resa dal Dirigente del Settore Politiche Sociali;

DELIBERA

Per quanto esposto in premessa che qui si intende integralmente riportato

- Di approvare l'allegato "A" che definisce gli Ambiti territoriali ottimali per la gestione degli interventi e dei servizi sociali.
- Di approvare l'Allegato "B" contenente il sistema dei servizi ammessi a retta attualmente presenti in ciascun ambito territoriale.
- Di stabilire che entro il 30 settembre 2015 il Dipartimento n. 7 dovrà, sulla base dei requisiti minimi previsti dal D.M. 308/2001, definire, mediante appositi Regolamenti, i criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi sociali a gestione pubblica, ONLUS e del Terzo Settore e/o privata, definendo, nel contempo, i criteri per la determinazione delle tariffe;
- Di stabilire che dalla data di pubblicazione della presente DGR nel BUR Calabria, e fino all'entrata in vigore dei nuovi Regolamenti prima citati, non potranno essere concesse autorizzazioni al funzionamento (ad eccezione di quelle descritte al punto successivo), né accreditamenti;
- Di disporre che le domande di concessione di nuove autorizzazioni al funzionamento già esistenti presso il Dipartimento n. 7, alla data di pubblicazione della presente DGR nel BUR Calabria, potranno essere regolarmente evase dai competenti uffici;
- Di disporre che le eventuali richieste di ammissione a retta o accreditamenti già presenti alla data di pubblicazione della presente DGR nel BUR Calabria non potranno essere prese in considerazione prima dell'entrata in vigore dei citati Regolamenti;
- Di stabilire che entro 90 giorni dalla pubblicazione della presente DGR nel BUR Calabria il Dipartimento n. 7 dovrà pubblicare l'Albo Regionale delle Strutture autorizzate e di quelle accreditate. Lo stesso Dipartimento ne curerà l'aggiornamento con cadenza biennale;
- Di disporre che, entro il 31 dicembre 2015, a cura del Dipartimento competente n. 7, dovrà essere determinato il fabbisogno delle prestazioni socio assistenziali per la verifica di compatibilità con il territorio nonché per il rilascio dell'accreditamento.
- Di disporre che a decorrere dal 2016 il Fondo Sociale Regionale e il Fondo Sociale Nazionale verrà ripartito tra i Comuni Capofila degli Ambiti territoriali per l'esercizio delle funzioni descritte in

premessa, ad eccezione di quella parte che l'Assessorato decide di riservarsi per la realizzazione di programmi e modelli innovativi e sperimentali nella misura del 10% della somma totale assegnata nel bilancio annuale.

- Di prevedere e disporre che il Dipartimento competente, mediante il Settore Politiche Sociali curerà l'accompagnamento dei Comuni Capofila degli ambiti territoriali fino alla piena attuazione di quanto precedentemente espresso.
- Di notificare il presente provvedimento a cura del Dipartimento proponente ai Comuni capofila degli ambiti intercomunali di cui in premessa;
- di trasmettere la presente delibera al Consiglio Regionale a cura della Segreteria di Giunta;
- 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

IL PRESIDENTE

Del che è redatto processo verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:
Il Verbalizzante

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data _____ al Dipartimento interessato al Consiglio Regionale.

L'impiegato addetto



AMBITI TERRITORIALI DELLA REGIONE CALABRIA

Provincia: **CS** Comune capofila: **Praia a mare**

I comuni dell'ambito territoriale:

AIETA

BELVEDERE MARITTIMO

BUONVICINO

DIAMANTE

GRISOLIA

MAIERA

ORSOMARSO

PAPASIDERO

PRAIA A MARE

SAN NICOLA ARCELLA

SANTA DOMENICA TALAO

SANTA MARIA DEL CEDRO

SCALEA

TORTORA

VERBICARO

Provincia: **CS** Comune capofila: **Paola**

I comuni dell'ambito territoriale:

ACQUAPPESA

BONIFATI

CETRARO

FALCONARA

FUSCALDO

GUARDIA PIEMONTESE

PAOLA

SAN LUCIDO

SANGINETO

Provincia: **CS** Comune capofila: **Amantea**

I comuni dell'ambito territoriale:

AIELLO CALABRO

AMANTEA

BELMONTE

CLETO

FIUMEFREDDO BRUZIO

LAGO

LONGOBARDI

SAN PIETRO IN AMANTEA

SERRA D'AIELLO

Provincia: **CS** Comune capofila: **Castrovillari**

I comuni dell'ambito territoriale:

ACQUAFORMOSA

ALTOMONTE

CASTROVILLARI

CIVITA

FIRMO

FRASCINETO

LAINO BORGO

LAINO CASTELLO

LUNGRO

MORANO CALABRO

MORMANNO

SAN BASILE

SARACENA

Provincia: **CS** Comune capofila: **San Marco Argentano**

I comuni dell'ambito territoriale:

CERVICATI

FAGNANO CALABRO

MALVITO

MONGRASSANO

MOTTAFOLLONICA

ROGGIANO GRAVINA

SAN DONATO NINEA

SAN LORENZO DEL VALLO

SAN MARCO ARGENTANO

SAN SOSTI

SANT' AGATA D'ESARO

SANTA CATERINA ALBANESE

SPEZZANO ALBANESE

TARSIA

TERRANOVA DA SIBARI

Provincia: **CS** Comune capofila: **Rossano**

I comuni dell'ambito territoriale:

CALOPEZZATI

CALOVETO

CROPALATI

LONGOBUCCO

MIRTO CROSIA

PALUDI

ROSSANO

Provincia: **CS** Comune capofila: **Cariati**

I comuni dell'ambito territoriale:

BOCCHIGLIERO

CAMPANA

CARIATI

MANDATORICCIO

PIETRAPAOLA

SCALA COELI

TERRAVECCHIA

Provincia: CS	Comune capofila: Trebisacce I comuni dell'ambito territoriale: ALBIDONA ALESSANDRIA DEL CARRETTO AMENDOLARA CANNA CASSANO IONIO CASTROREGIO CERCHIARA DI CALABRIA FRANCAVILLA MARITTIMA MONTEGIORDANO	NOCARA ORIOLO PLATACI ROCCA IMPERIALE ROSETO CAPO SPULICO SAN LORENZO BELLIZZI TREBISACCE VILLAPIANA
Provincia: CS	Comune capofila: Corigliano I comuni dell'ambito territoriale: VACCARRIZZO ALBANESE SAN DEMETRIO CORONA SAN COSMO ALBANESE	CORIGLIANO SAN GIORGIO ALBANESE
Provincia: CS	Comune capofila: Cosenza I comuni dell'ambito territoriale: APRIGLIANO CAROLEI CASOLE BRUZIO CELICO CERISANO COSENZA DIPIGNANO DOMANICO LAPPANO MENDICINO	PEDACE PIETRAFITTA ROVITO SERRA PEDACE SPEZZANO DELLA SILA SPEZZANO PICCOLO TRENTA ZUMPANO
Provincia: CS	Comune capofila: Rende I comuni dell'ambito territoriale: CASTIGLIONE COSENTINO SAN VINCENZO LA COSTA SAN FILI SAN PIETRO IN GUARANO ROSE	RENDE MARANO PRINCIPATO MARANO MARCHESATO CASTROLIBERO
Provincia: CS	Comune capofila: Montalto Uffugo I comuni dell'ambito territoriale: BISIGNANO CERZETO LATTARICO LUZZI MONTALTO UFFUGO	ROTAGRECA SAN BENEDETTO ULLANO SAN MARTINO DI FINITA TORANO CASTELLO
Provincia: CS	Comune capofila: Rogliano I comuni dell'ambito territoriale: ALTILIA BELSITO BIANCHI CARPANZANO CELLARA COLOSIMI FIGLINE VEGLIATURO GRIMALDI MALITO MANGONE	MARZI PANETTIERI PARENTI PATERNO CALABRO PEDIVIGLIANO PIANECRATI ROGLIANO SANTO STEFANO DI ROGLIANO SCIGLIANO

Provincia: CS	Comune capofila: Acri I comuni dell'ambito territoriale: ACRI SANTA SOFIA D'EPIRO	
Provincia: CZ	Comune capofila: Lamezia Terme I comuni dell'ambito territoriale: CORTALE CURINGA FALERNA FEROLETO ANTICO GIZZERIA JACURSO LAMEZIA TERME	MAIDA NOCERA TERINESE PIANOPOLI PLATANIA SAN PIETRO A MAIDA
Provincia: CZ	Comune capofila: Soveria Mannelli I comuni dell'ambito territoriale: CARLOPOLI CONFLENTI DECOLLATURA MARTIRANO MARTIRANO LOMBARDO	MOTTA SANTA LUCIA SAN MANGO D'AQUINO SERRASTRETTA SOVERIA MANNELLI
Provincia: CZ	Comune capofila: Catanzaro Nord I comuni dell'ambito territoriale: ALBI AMATO CARAFFA DI CATANZARO CATANZARO NORD CICALA FOSSATO SERRALTA GIMIGLIANO MAGISANO MARCELLINARA	MIGLIERINA PENTONE SAN PIETRO APOSTOLO SELLIA SETTINGIANO SORBO SAN BASILE TAVERNA TIRIOLO
Provincia: CZ	Comune capofila: Soverato I comuni dell'ambito territoriale: AMARONI ARGUSTO BADOLATO CARDINALE CENADI CENTRACHE CHIARAVALLE CENTRALE DAVOLI GAGLIATO GASPERINA GIRIFALCO GUARDAVALLE ISCA SULLO JONIO MONTAURO MONTEPAONE	OLIVADI PALERMITI PETRIZZI SAN SOSTENE SAN VITO SULLO JONIO SANT' ANDREA SULLO JONIO SANTA CATERINA DELLO JONIO SATRIANO SOVERATO SQUILLACE STALETTI TORRE DI RUGGIERO VALLEFIORITA
Provincia: CZ	Comune capofila: Catanzaro Sud I comuni dell'ambito territoriale: ANDALI BELCASTRO BORGIA BOTRICELLO CATANZARO SUD CERVA CROPANI MARCEDUSA	PETRONA' SAN FLORO SELLIA MARINA SERSALE SIMERI CRICCHI SOVERIA SIMERI ZAGARISE

Provincia: KR	Comune capofila: Cirò Marina I comuni dell'ambito territoriale: CARFIZZI CASABONA CIRO' CIRO' MARINA CRUCOLI MELISSA	PALLAGORIO SAN NICOLA DELL'ALTO STRONGOLI UMBRIATICO VERZINO
Provincia: KR	Comune capofila: Mesoraca I comuni dell'ambito territoriale: COTRONEI MESORACA PETILIA POLICASTRO	ROCCABERNARDA SANTA SEVERINA
Provincia: KR	Comune capofila: San Giovanni in Fiore I comuni dell'ambito territoriale: CACCURI CASTELSILANO CERENZIA	SAN GIOVANNI IN FIORE SAVELLI
Provincia: KR	Comune capofila: Crotone I comuni dell'ambito territoriale: BELVEDERE SPINELLO CROTONE CUTRO ISOLA CAPO RIZZUTO	ROCCA DI NETO SAN MAURO MARCHESATO SCANDALE
Provincia: RC	Comune capofila: Caulonia I comuni dell'ambito territoriale: AGNANA BIVONGI CAMINI CANOLO CAULONIA GIOIOSA JONICA GROTTERIA MAMMOLA MARINA DI GIOIOSA MARTONE	MONASTERACE PAZZANO PLACANICA RIACE ROCCELLA JONICA SAN GIOVANNI di GERACE SIDERNO STIGNANO STILO
Provincia: RC	Comune capofila: Bovalino I comuni dell'ambito territoriale: AFRICO ANTONIMINA ARDORE BENESTARE BIANCO BOVALINO BRANCALEONE BRUZZANO ZEFFIRIO CARAFFA DEL BIANCO CARERI CASIGNANA CIMINA'	FERRUZZANO GERACE LOCRI PALIZZI PLATI' PORTIGLIOLA SAMO SAN LUCA SANT'AGATA DEL BIANCO SANT'ILARIO DELLO JONIO STAITI
Provincia: RC	Comune capofila: Polistena I comuni dell'ambito territoriale: ANOIA CANDIDONI CINQUEFRONDI FEROLETO DELLA CHIESA GALATRO GIFFONE LAUREANA DI BORRELLO	MAROPATI MELICUCCO POLISTENA SAN GIORGIO MORGETO SAN PIETRO DI CARIDA' SERRATA

Provincia: **RC**Comune capofila: **Gioia Tauro**

Burc.n. 48 del 20 Luglio 2015

I comuni dell'ambito territoriale:

GIOIA TAURO

MELICUCCA'

PALMI

RIZZICONI

ROSARNO

SAN FERDINANDO

SEMINARA

Provincia: **RC**Comune capofila: **Taurianova**

I comuni dell'ambito territoriale:

CITTANOVA

COSOLETO

DELIANUOVA

MOLOCHIO

OPPIDO MAMERTINA

SANTA CRISTINA D'ASPROMONTE
SCIDO

TAURIANOVA

TERRANOVA SAPPO MINULIO

VARAPODIO

Provincia: **RC**Comune capofila: **Villa San Giovanni**

I comuni dell'ambito territoriale:

BAGNARA

CALANNA

CAMPO CALABRO

FIUMARA

LAGANADI

SAN PROCOPIO

SAN ROBERTO

SAN STEFANO IN ASPROMONTE

SANT' EUFEMIA D'ASPROMONTE

SANT'ALESSIO IN ASPROMONTE

SCILLA

SINOPOLI

VILLA SAN GIOVANNI

Provincia: **RC**Comune capofila: **Reggio Calabria**

Le circoscrizioni dell'ambito territoriale:

CIRCOSCRIZIONE I – (Centro Storico)

CIRCOSCRIZIONE II – (Pineta Zerbi

Tremulini Eremo)

CIRCOSCRIZIONE III – (S.Caterina

S.Brunello Vito)

CIRCOSCRIZIONE IV – (Trabocchetto

Condera S.Spirito)

CIRCOSCRIZIONE V – (Ferrovieri Stadio

Gebbione)

CIRCOSCRIZIONE VI – (Sbarre)

CIRCOSCRIZIONE VII – (S.Giorgio

Modena- S.Sperato)

CIRCOSCRIZIONE VIII – (Catona Salice

Rosali Villa S.Giuseppe)

CIRCOSCRIZIONE IX – (Gallico

Sambatello)

CIRCOSCRIZIONE X –(Archi)

CIRCOSCRIZIONE XI – (Orti Podargoni

Terreti)

CIRCOSCRIZIONE XII – (Cannavò

Mossorrofà Cataforio)

CIRCOSCRIZIONE XIII – (Ravagnese)

CIRCOSCRIZIONE XIV – (Gallina)

CIRCOSCRIZIONE XV – (Pellaro)

Provincia: **RC**Comune capofila: **Melito Porto Salvo**

I comuni dell'ambito territoriale:

BAGALADI

BOVA

BOVA MARINA

CARDETO

CONDOFURI

MELITO PORTO SALVO

MONTEBELLO JONICO

MOTTA SAN GIOVANNI

ROCCAFORTE DEL GRECO

ROGHUDI

SAN LORENZO

Provincia: **VV**Comune capofila: **Vibo Valentia**

I comuni dell'ambito territoriale:

FILADEFIA

FILOGASO

FRANCAVILLA ANGITOLA

FRANCICA

JONADI

MAIERATO

MILETO

MONTEROSSO CALABRO

PIZZO CALABRO

POLIA

SAN COSTANTINO

SAN GREGORIO D'IPPONA

SANT' ONOFRIO

STEFANACONI

VIBO VALENTIA

Provincia: **VV** Comune capofila: **Serra San Bruno**

I comuni dell'ambito territoriale:

ACQUARO

ARENA

BROGNATURO

CAPISTRANO

DASA'

DINAMI

FABRIZIA

GEROCARNE

MONGIANA

NARDO DI PACE

PIZZONI

SAN NICOLA DA CRISSA

SERRA SAN BRUNO

SIMBARIO

SORIANELLO

SORIANO CALABRO

SPADOLA

VALLELONGA

VAZZANO

Provincia: **VV** Comune capofila: **Tropea**

I comuni dell'ambito territoriale:

BRIATICO

CESSANITI

DRAPIA

FILANDARI

IOPPOLO

LIMBADI

NICOTERA

PARGHELIA

RICADI

ROMBIOLO

SAN CALOGERO

SPILINGA

TROPEA

ZACCANOPOLI

ZAMBRONE

ZUNGRI



LE STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI

Comune Capofila Comune	Acri TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
ACRI	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	33	
ACRI	CASA FAMIGLIA	MINORI	13	
ACRI	CENTRO DIURNO	MINORI		20
ACRI	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Totale capacità ricettiva			46	30
Comune Capofila Comune	Amantea TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
AMANTEA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
BELMONTE CALABRO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	12	
FIUMEFREDDO BRUZIO	CENTRO DIURNO	MINORI		8
FIUMEFREDDO BRUZIO	CENTRO DIURNO	MINORI		8
Totale capacità ricettiva			12	26
Comune Capofila Comune	Bovalino TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
LOCRI	CASA FAMIGLIA	MINORI	7	
PORTIGLIOLA	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	24	
AFRICO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	20	
LOCRI	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	20	
BOVALINO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	13	
LOCRI	CASA FAMIGLIA	MINORI	6	
PALIZZI	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	14	
PALIZZI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
ANTONIMINA	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	24	
Totale capacità ricettiva			140	
Comune Capofila Comune	Cariati TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
BOCCHIGLIERO	CASA FAMIGLIA	DISABILI	10	
CAMPANA	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
BOCCHIGLIERO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	12	
CAMPANA	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	20	
CARIATI	CENTRO DIURNO	ANZIANI		20
CARIATI	CENTRO DIURNO	MINORI		10
BOCCHIGLIERO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	20	
MANDATORICCIO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	10	
CARIATI	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	13	
Totale capacità ricettiva			97	30

Comune Capofila Comune	Castrovillari TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
LUNGRO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	20	
LAINO BORGO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	20	
CASTROVILLARI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
CASTROVILLARI	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	20	
CASTROVILLARI	CASA FAMIGLIA	MINORI	7	
CASTROVILLARI	CENTRO DIURNO	MINORI		10
CASTROVILLARI	CENTRO DIURNO	MINORI		10
ACQUAFORMOSA	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
ACQUAFORMOSA	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
CASTROVILLARI	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	20	
Totale capacità ricettiva			123	20
Comune Capofila Comune	Catanzaro Nord TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
SAN PIETRO APOSTOLO	CASA PROTETTA	ANZIANI	34	
SAN PIETRO APOSTOLO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	16	
CATANZARO NORD	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE	DISABILI	10	
CATANZARO NORD	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE	DISABILI		5
CATANZARO NORD	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE	DISABILI		5
CATANZARO NORD	CENTRO DIURNO AUTONOMIE E INCLUSIONE S	DISABILI		30
CATANZARO NORD	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE	DISABILI	16	
Totale capacità ricettiva			76	40
Comune Capofila Comune	Catanzaro Sud TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
CATANZARO SUD	CASA FAMIGLIA	MINORI	11	
BOTRICELLO	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	8	
CATANZARO SUD	CENTRO ACCOGLIENZA	ADULTI	14	
CROPANI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
SIMERI CRICCHI	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE	DISABILI	20	
CATANZARO SUD	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	6	
CATANZARO SUD	COMUNITA' SOCIO EDUCATIVA	MINORI		6
SIMERI CRICCHI	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE	DISABILI		5
CATANZARO SUD	CENTRO DIURNO	MINORI		20
CROPANI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	9	
BOTRICELLO	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
CATANZARO SUD	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	8	
Totale capacità ricettiva			100	31
Comune Capofila Comune	Caulonia TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
ROCCELLA JONICA	CENTRO DIURNO	MINORI		10

MARINA DI GIOIOSA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
BIVONGI	CASA ALBERGO	ANZIANI	24	
MARINA DI GIOIOSA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
ROCCELLA JONICA	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
SIDERNO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	45	
SIDERNO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	18	
SIDERNO	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Totale capacità ricettiva			99	40
Comune Capofila	Cirò Marina			
Comune	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
CIRO'	CENTRO DIURNO	MINORI		10
CIRO'	CENTRO DIURNO	MINORI		10
CIRO' MARINA	CENTRO DIURNO	DISABILI		18
CIRO' MARINA	CASA FAMIGLIA	MINORI	9	
CIRO' MARINA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
MELISSA	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	11	
CASABONA	CENTRO DIURNO	DISABILI		20
Totale capacità ricettiva			20	68
Comune Capofila	Corigliano			
Comune	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
CORIGLIANO CALABRO	CENTRO DIURNO	MINORI		10
CORIGLIANO CALABRO	CENTRO DIURNO	MINORI		10
CORIGLIANO CALABRO	CASA FAMIGLIA MASCHILE	MINORI	10	
CORIGLIANO CALABRO	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
CORIGLIANO CALABRO	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Totale capacità ricettiva			22	30
Comune Capofila	Cosenza			
Comune	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
COSENZA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
COSENZA	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
COSENZA	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
COSENZA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
COSENZA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
COSENZA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
ROVITO	CENTRO DIURNO	DISABILI		16
COSENZA	CASA FAMIGLIA	MINORI	10	
CAROLEI	CENTRO DIURNO	MINORI		10
COSENZA	COMUNITA' SOCIO EDUCATIVA	MINORI		6
SPEZZANO SILA	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO DIURNO	DISABILI		20
LAPPANO	CENTRO DIURNO	DISABILI		15
LAPPANO	CENTRO DIURNO	DISABILI		15
CAROLEI	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	8	

MENDICINO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	12	
MENDICINO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	25	
CAROLEI	CENTRO DIURNO	MINORI		10
COSENZA	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	20	
COSENZA	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	20	
COSENZA	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	25	
COSENZA	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	20	
PEDACE	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	14	
COSENZA	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	8	
COSENZA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
COSENZA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
COSENZA	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
COSENZA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
COSENZA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
COSENZA	CASA FAMIGLIA	MINORI	10	
COSENZA	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
COSENZA	CENTRO DIURNO	MINORI		12
COSENZA	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
COSENZA	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
COSENZA	CASA FAMIGLIA	MINORI	10	
Totale capacità ricettiva			254	184

Comune Capofila	Crotone			
Comune	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
SCANDALE	CASA FAMIGLIA FEMMINILE	MINORI	12	
SCANDALE	CASA FAMIGLIA FEMMINILE	MINORI	12	
ROCCA DI NETO	CASA FAMIGLIA	DISABILI	8	
SCANDALE	CASA FAMIGLIA MASCHILE	MINORI	12	
CROTONE	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
CROTONE	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
CROTONE	CENTRO DIURNO	MINORI		20
Totale capacità ricettiva			68	20

Comune Capofila	Gioia Tauro			
Comune	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
RIZZICONI	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	46	
PALMI	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	15	
PALMI	CENTRO DIURNO	DISABILI		20
PALMI	CENTRO DIURNO	MINORI		10
PALMI	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Totale capacità ricettiva			61	40

Comune Capofila	Lamezia Terme			
Comune	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
LAMEZIA TERME	CASA FAMIGLIA	DISABILI	6	

LAMEZIA TERME	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
LAMEZIA TERME	COMUNITA' ALLOGGIO	DISABILI	18	
LAMEZIA TERME	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
LAMEZIA TERME	CASA DI RIPOSO COMUNALE	ANZIANI	22	
LAMEZIA TERME	CASA PROTETTA	ANZIANI	20	
CURINGA	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	24	
LAMEZIA TERME	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	45	
FEROLETO ANTICO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	17	
LAMEZIA TERME	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	8	
Totale capacità ricettiva			184	
Comune Capofila	Melito Porto Salvo			
Comune	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
MELITO PORTO SALVO	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
MELITO PORTO SALVO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	22	
Totale capacità ricettiva			34	
Comune Capofila	Mesoraca			
Comune	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
PETILIA POLICASTRO	CENTRO DIURNO	DISABILI	10	
COTRONEI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	10	
MESORACA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
MESORACA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
COTRONEI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	10	
COTRONEI	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	30	
SANTA SEVERINA	CASA FAMIGLIA	MINORI	13	
SANTA SEVERINA	CASA FAMIGLIA	DISABILI	8	
COTRONEI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
Totale capacità ricettiva			93	20
Comune Capofila	Montalto Uffugo			
Comune	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
MONTALTO UFFUGO	CENTRO ACCOGLIENZA	ADULTI	8	
MONTALTO UFFUGO	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
BISIGNANO	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
MONTALTO UFFUGO	CASA FAMIGLIA	MINORI	10	
MONTALTO UFFUGO	CENTRO DIURNO	MINORI		10
MONTALTO UFFUGO	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
BISIGNANO	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
MONTALTO UFFUGO	CENTRO DIURNO	MINORI		10
BISIGNANO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	32	
LUZZI	CASA FAMIGLIA FEMMINILE	MINORI	12	
LUZZI	CASA FAMIGLIA MASCHILE	MINORI	10	
LUZZI	CENTRO DIURNO	MINORI		20
Totale capacità ricettiva			120	40

Comune Capofila Comune	Paola TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
SANGINETO	CENTRO SOCIO EDUCATIVO	MINORI	10	
PAOLA	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
PAOLA	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	8	
PAOLA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
ACQUAPPESA	CENTRO DIURNO	MINORI		15
CETRARO	CENTRO DIURNO	MINORI		20
BONIFATI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
CETRARO	CASA FAMIGLIA	MINORI	9	
CETRARO	CASA FAMIGLIA	MINORI	10	
BONIFATI	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	21	
CETRARO	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Totale capacità ricettiva			82	55

Comune Capofila Comune	Polistena TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
POLISTENA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
MAROPATI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
ANOIA	CASA ALBERGO	ANZIANI	24	
ANOIA	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	20	
POLISTENA	CASA FAMIGLIA FEMMINILE	MINORI	13	
LAUREANA DI BORRELLO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	14	
POLISTENA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
POLISTENA	CENTRO DIURNO	MINORI		7
POLISTENA	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	23	
MAROPATI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
FEROLETO DELLA CHIESA	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	18	
POLISTENA	CASA FAMIGLIA	MINORI	13	
Totale capacità ricettiva			149	27

Comune Capofila Comune	Praia a mare TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
PRAIA A MARE	CENTRO DIURNO	MINORI		12
DIAMANTE	CENTRO DIURNO	MINORI		10
PRAIA A MARE	CENTRO DIURNO	MINORI		13
SANTA MARIA DEL CEDRO	CENTRO DIURNO	MINORI		15
BELVEDERE MARITTIMO	CENTRO DIURNO	DISABILI		20
BELVEDERE MARITTIMO	CASA FAMIGLIA	DISABILI	6	
DIAMANTE	CENTRO DIURNO	MINORI		10
SANTA MARIA DEL CEDRO	CENTRO DIURNO	MINORI		15
DIAMANTE	CENTRO DIURNO	MINORI		10
DIAMANTE	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Totale capacità ricettiva			6	115

Comune Capofila Comune	Reggio Calabria TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
Reggio Calabria	CENTRO SOCIO EDUCATIVO MASCHILE ETA' 11	MINORI	10	
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	20	
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CENTRO SOCIO EDUCATIVO FEMMINILE ETA' 1	MINORI	10	
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CENTRO SOCIO EDUCATIVO MASCHILE ETA' 14	MINORI	10	
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CENTRO SOCIO EDUCATIVO MISTO ETA' 3-11 A	MINORI	10	
Reggio Calabria	CASA FAMIGLIA	MINORI	9	
Reggio Calabria	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	16	
Reggio Calabria	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	20	
Reggio Calabria	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	8	
Reggio Calabria	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	8	
Reggio Calabria	CASA FAMIGLIA	DISABILI	6	
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CASA FAMIGLIA	MINORI	9	
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Reggio Calabria	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
Totale capacità ricettiva			160	140
Comune Capofila Comune	Rende TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
RENDE	CENTRO DIURNO	ANZIANI		20
SAN FILI	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
SAN FILI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	9	
CASTROLIBERO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	23	
SAN FILI	CENTRO DIURNO	MINORI		18
MARANO MARCHESATO	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO DIURNO	DISABILI		20
RENDE	CENTRO DIURNO	MINORI		10
RENDE	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Totale capacità ricettiva			44	78

Comune Capofila Comune	Rogliano TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
ROGLIANO	CENTRO DIURNO	DISABILI		10
MALITO	CASA DI RIPOSO COMUNALE	ANZIANI	16	
ROGLIANO	CASA FAMIGLIA	DISABILI	6	
SCIGLIANO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	25	
SPEZZANO PICCOLO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	17	
Totale capacità ricettiva			64	10
Comune Capofila Comune	Rossano TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
ROSSANO	CASA FAMIGLIA	DISABILI	10	
CALOPEZZATI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	10	
ROSSANO	CENTRO DIURNO	MINORI		10
ROSSANO	CENTRO DIURNO	MINORI		15
TERRAVECCHIA	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
CERCHIARA DI CALABRIA	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
LONGOBUCCO	CENTRO DIURNO	MINORI		10
ROSSANO	CASA FAMIGLIA	MINORI	6	
Totale capacità ricettiva			50	35
Comune Capofila Comune	San Giovanni in Fiore TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
SAN GIOVANNI IN FIORE	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Totale capacità ricettiva				10
Comune Capofila Comune	San Marco Argentano TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
TERRANOVA DA SIBARI	CENTRO DIURNO	MINORI		10
MONGRASSANO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	22	
TERRANOVA DA SIBARI	CENTRO DIURNO	MINORI		10
TARSIA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
SAN MARCO ARGENTANO	CENTRO DIURNO	MINORI		10
TARSIA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
ROGGIANO GRAVINA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
ROGGIANO GRAVINA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Totale capacità ricettiva			22	70
Comune Capofila Comune	Serra San Bruno TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
SORIANO CALABRO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	23	
DASA'	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	20	
SERRA SAN BRUNO	CASA FAMIGLIA	DISABILI	10	
GEROCARNE	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	18	
Totale capacità ricettiva			71	

Comune Capofila Comune	Soverato TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
SANT' ANDREA SULLO JONIO	CASA PROTETTA	ANZIANI	70	
CHIARAVALLE CENTRALE	CENTRO DIURNO	MINORI		10
SANTA CATERINA DELLO JONIO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	18	
CENADI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	12	
CHIARAVALLE CENTRALE	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE	DISABILI	20	
CHIARAVALLE CENTRALE	CASA FAMIGLIA	DISABILI	20	
CHIARAVALLE CENTRALE	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE	DISABILI		5
STALETTI	CASA FAMIGLIA	ADULTI	8	
Totale capacità ricettiva			148	15
Comune Capofila Comune	Soveria Mannelli TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
DECOLLATURA	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	11	
SOVERIA MANNELLI	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	12	
Totale capacità ricettiva			23	
Comune Capofila Comune	Taurianova TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
CITTANOVA	CASA FAMIGLIA	MINORI	10	
SANTA CRISTINA D'ASPROMONTE	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	16	
TERRANOVA SAPPO MINULIO	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	8	
MOLOCHIO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	24	
Totale capacità ricettiva			58	
Comune Capofila Comune	Trebisacce TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
TREBISACCE	CENTRO DIURNO	MINORI		10
CASSANO IONIO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	36	
CASSANO IONIO	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO DIURNO	DISABILI		20
TREBISACCE	CENTRO DIURNO	MINORI		10
CASSANO IONIO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	20	
CANNA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
CANNA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
TREBISACCE	CASA FAMIGLIA	MINORI	12	
TREBISACCE	CENTRO DIURNO	MINORI		6
ORIOLO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	12	
ORIOLO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	18	
Totale capacità ricettiva			98	66
Comune Capofila Comune	Tropea TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
ROMBIOLO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	19	
RICADI	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	20	

TROPEA	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	53	
LIMBADI	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	25	
TROPEA	CENTRO DIURNO	MINORI		10
Totale capacità ricettiva			117	10
Comune Capofila	Vibo Valentia			
Comune	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
VIBO VALENTIA	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	8	
VIBO VALENTIA	CASA ACCOGLIENZA	ADULTI	18	
FILOGASO	CENTRO DIURNO	DISABILI		20
MILETO	COMUNITA' ALLOGGIO	ANZIANI	10	
MILETO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	20	
MILETO	CASA DI RIPOSO	ANZIANI	25	
Totale capacità ricettiva			81	20
Comune Capofila	Villa San Giovanni			
Comune	TIPOLOGIA DI STRUTTURA	Tipologia utenza	Capacità Ricettiva residenziale	Capacità Ricettiva semiresidenziale
SANT' EUFEMIA D'ASPROMONTE	CENTRO DIURNO	MINORI		10
SANT' EUFEMIA D'ASPROMONTE	CENTRO DIURNO	MINORI		10
VILLA San GIOVANNI	CASA FAMIGLIA	DISABILI	11	
Totale capacità ricettiva			11	20
Totale capacità ricettiva regionale			2733	1290

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DELLA FAMIGLIA

DECRETO 27 ottobre 2020

Criteri e modalita' di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020. (21A00193)

(GU n.17 del 22-1-2021)

IL MINISTRO PER LE PARI OPPORTUNITA'
E LA FAMIGLIA

di concerto con

IL MINISTRO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Vista la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilita' e il relativo protocollo opzionale, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006 e sottoscritta dall'Italia il 30 marzo 2007;

Vista la legge 23 agosto 1988, n. 400, recante «Disciplina dell'attivita' di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri»;

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303, recante «Ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri, a norma dell'art. 11 della legge 11 marzo 1997, n. 59» e successive modificazioni;

Vista la legge 11 febbraio 1980, n. 18, recante «Indennita' di accompagnamento agli invalidi civile totalmente inabili»;

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, recante «Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate»;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»;

Vista la legge 3 marzo 2009, n. 18, recante «Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilita', con protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilita'»;

Vista la legge 23 dicembre 2009, n. 191, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato» (legge finanziaria 2010), che, all'art. 2, comma 109, abroga, a decorrere dal 1° gennaio 2010, l'art. 5 della legge 30 novembre 1989, n. 386, relativo, tra l'altro, alla partecipazione delle Province autonome di Trento e Bolzano alla ripartizione o utilizzo di finanziamenti statali»;

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

Vista la legge 27 dicembre 2017, n. 205, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio

pluriennale per il triennio 2019-2020» e, in particolare, l'art. 1, comma 254, che istituisce presso la Presidenza del Consiglio dei ministri il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare con una dotazione iniziale di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020, destinata alla copertura finanziaria di interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare;

Visto l'art. 1, comma 255, della citata legge 30 dicembre 2017, n. 205, il quale definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata, o sia titolare di indennità di accompagnamento;

Visto l'art. 3, comma 4, lettera f), del decreto-legge del 12 luglio 2018, n. 86, recante «Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri dei beni e delle attività culturali e del turismo, delle politiche agricole alimentari e forestali e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, nonché in materia di famiglia e disabilità», convertito con modificazioni dalla legge 9 agosto 2018, n. 97;

Vista la legge 30 dicembre 2018, n. 145, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021» che, all'art. 1, comma 483, ha previsto l'incremento del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare di cinque milioni di euro per ciascuno degli anni 2019, 2020 e 2021;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 21 novembre 2019, registrato presso la Corte dei conti in data 14 gennaio 2020, recante «Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021»;

Vista la direttiva del Segretario generale della Presidenza del Consiglio dei ministri del 18 settembre 2019 per la formulazione delle previsioni di bilancio per l'anno 2020 e per il triennio 2020-2022;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 dicembre 2019 concernente l'approvazione del bilancio di previsione della Presidenza del Consiglio dei ministri per l'anno finanziario 2020 dal quale risulta che la dotazione del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare è pari ad euro 23.856.763,00;

Vista la legge 27 dicembre 2019, n. 160, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022»;

Visto il decreto del Segretario generale della Presidenza del Consiglio dei ministri n. 62/BIL del 3 aprile 2020 con il quale sono state riassegnate le residuali disponibili di competenza al 31 dicembre 2019, pari a euro 44.457.899,00, sul capitolo di spesa 861, per l'esercizio finanziario 2020;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 4 settembre 2019 con il quale la prof.ssa Elena Bonetti è stata nominata Ministro senza portafoglio;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 5 settembre 2019 con il quale al Ministro senza portafoglio prof.ssa Elena Bonetti è stato conferito l'incarico per le pari opportunità e la famiglia;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 settembre 2019 con il quale al Ministro senza portafoglio prof.ssa Elena Bonetti è stata conferita la delega di funzioni in materia di pari opportunità, famiglia e adozioni, infanzia e adolescenza;

Visto in particolare, l'art. 3, comma 7, del suddetto decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 settembre 2019 con il quale il Ministro è delegato ad esercitare le funzioni di indirizzo e coordinamento per l'utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare,

di cui all'art. 1, comma 254, della citata legge 27 dicembre 2017, n. 205;

Vista la delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020, recante «Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili»;

Visto il decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 marzo 2020, n. 13, recante «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Visto il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, recante «Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Visto il decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n.35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Visto il decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito con modificazioni dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 maggio 2020, recante «Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Visto altresì, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 18 maggio 2020, recante «Modifiche all'art. 1, comma 1, lettera cc), del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 maggio 2020, concernente: «Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Visto il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 19 luglio 2020, n. 77, recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 29 luglio 2020, recante «Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 agosto 2020, recante «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n.19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n.33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Visto il decreto del presidente del Consiglio dei ministri 7 settembre 2020, recante «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Visto il decreto-legge 7 ottobre 2020, n. 125, recante «Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l'attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 18 ottobre 2020, recante «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19» e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti

per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Considerato che la situazione di profondo disagio sociale ed economico che si e' verificata nel corso della fase piu' acuta dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e che continuera' a produrre effetti anche nelle fasi successive, nonche' le evidenti ripercussioni di natura socioeconomica che colpiscono, principalmente, i soggetti in situazione di particolare fragilita', rendono prioritario e necessario intervenire a sostegno, nell'immediato, della figura del caregiver familiare, cosi' come individuata dall'art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205, mediante l'utilizzo del Fondo istituito dal sopra citato art. 1, comma 254, della legge 30 dicembre 2017, n. 205, per interventi a carattere sperimentale anche tenuto conto della contingente situazione emergenziale;

Acquisito il parere della Conferenza unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, reso nella seduta del 16 ottobre 2020;

Decreta:

Art. 1

Finalita'

1. Il presente decreto stabilisce i criteri e le modalita' di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018 e 2019 pari complessivamente a euro 44.457.899,00, nonche', per l'anno 2020, pari a euro 23.856.763,00, ai sensi di quanto disposto dall'art. 1, comma 254, della legge 27 dicembre 2017, n. 205.

2. Le risorse di cui al comma 1 sono destinate alle regioni che le utilizzano per interventi di sollievo e sostegno destinati al caregiver familiare, di cui all'art. 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, dando prioritari':

ai caregiver di persone in condizione di disabilita' gravissima, cosi' come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 novembre 2016, n. 280), recante «Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, anno 2016», tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'art. 3, del medesimo decreto;

ai caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione;

a programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita.

Art. 2

Criteri di riparto delle risorse

1. Le risorse finanziarie di cui all'art. 1 sono ripartite tra ciascuna regione sulla base dei medesimi criteri utilizzati per la ripartizione del Fondo per le non autosufficienze, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 21 novembre 2019, registrato alla Corte dei conti il 14 gennaio 2020.

2. Le regioni possono cofinanziare gli interventi di cui all'art. 1, comma 2, anche attraverso la valorizzazione di risorse umane, di beni e servizi messi a disposizione dalle stesse regioni per la realizzazione dei citati interventi.

3. Ai fini del cofinanziamento di cui al comma 2 non sono considerate utili altre risorse di derivazione statale.

Art. 3

Erogazione delle risorse

1. Le regioni adottano, nell'ambito della generale programmazione di integrazione sociosanitaria e nell'ambito della programmazione

delle risorse del Fondo per le non autosufficienze e del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver, specifici indirizzi integrati di programmazione per l'attuazione degli interventi di cui all'art. 1, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilita'.

2. Il Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri trasferisce alle regioni le risorse secondo gli importi indicati nella tabella 1 e nella tabella 2 di cui, rispettivamente, all'allegato 1 e all'allegato 2 al presente decreto, a seguito di specifica richiesta, nella quale sono indicati gli indirizzi di programmazione di cui al comma 1, la tipologia degli interventi di cui all'art. 1, comma 2, nonche' la compartecipazione finanziaria di cui all'art. 2, comma 3.

3. Alla richiesta di cui al comma 2, da inviare in formato elettronico all'indirizzo Pec segredipfamiglia@pec.governo.it entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione del presente decreto nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, e' allegata una scheda concernente il piano di massima delle attivita' per la realizzazione degli interventi da finanziare ai fini della valorizzazione del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, comprensivo di un cronoprogramma di attuazione e dei relativi costi.

4. Il Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri, provvede, entro quarantacinque giorni dalla ricezione della richiesta di cui al comma 3, all'erogazione in un'unica soluzione delle risorse destinate a ciascuna regione, previa verifica della coerenza degli interventi con le finalita' di cui all'art. 1.

5. Le regioni procedono al trasferimento delle risorse spettanti agli ambiti territoriali, secondo quanto previsto nella programmazione regionale, entro sessanta giorni dall'effettivo versamento delle stesse alle regioni da parte del Dipartimento per le politiche della famiglia. L'erogazione agli ambiti territoriali e' comunicata al Dipartimento per le politiche della famiglia in formato elettronico all'indirizzo Pec segredipfamiglia@pec.governo.it entro trenta giorni dall'effettivo trasferimento delle risorse.

6. Il Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri provvede a monitorare la realizzazione degli interventi finanziati. A tal fine, le regioni comunicano tutti i dati necessari al monitoraggio secondo le modalita' indicate dalla medesima struttura e s'impegnano, in particolare, a comunicare gli interventi realizzati, i trasferimenti effettuati e le attivita' finanziate a valere sulle risorse loro destinate.

Art. 4

Oneri finanziari

1. Agli oneri derivanti dal presente decreto si provvede, per gli anni 2018 e 2019, a valere sul capitolo di spesa 861, PG 30 e, per l'anno 2020, a valere sul capitolo di spesa 861, PG 01, Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, del CR 15 - Politiche per la famiglia, dello stato di previsione della spesa della Presidenza del Consiglio dei ministri - Missione 24 «Diritti sociali, politiche sociali e famiglia», Programma 24.5 «Famiglia, pari opportunita' e situazioni di disagio».

Il presente decreto sara' trasmesso ai competenti organi di controllo.

Roma, 27 ottobre 2020

Il Ministro per le pari opportunita'
e la famiglia
Bonetti

Il Ministro del lavoro
e delle politiche sociali

Catalfo

Registrato alla Corte dei conti il 10 dicembre 2020
 Ufficio controllo atti P.C.M. Ministeri della giustizia e degli
 affari esteri e della cooperazione internazionale, reg.ne succ. n.
 2800

Allegato 1

Tabella 1

Riparto tra le regioni delle risorse loro destinate
 a valere sul Fondo per il sostegno del ruolo di cura
 e di assistenza del caregiver familiare
 Fondi previsti per le annualita' 2018 e 2019

Regioni	Quota regionale di riparto (%)	Somme assegnate alla Regione
Abruzzo	2,39	1.062.543,79
Basilicata	1,08	480.145,31
Calabria	3,47	1.542.689,10
Campania	8,46	3.761.138,26
Emilia Romagna	7,82	3.476.607,70
Friuli Venezia-Giulia	2,33	1.035.869,05
Lazio	9,12	4.054.560,39
Liguria	3,34	1.484.893,83
Lombardia	15,91	7.073.251,73
Marche	2,84	1.262.604,33
Molise	0,66	293.422,13
Piemonte	8,00	3.556.631,92
Puglia	6,60	2.934.221,33
Sardegna	2,86	1.271.495,91
Sicilia	8,21	3.649.993,51
Toscana	7,00	3.112.052,93
Umbria	1,72	764.675,86
Valle d'Aosta	0,25	111.144,75
Veneto	7,94	3.529.957,18
Totale	100	44.457.899,00

Allegato 2

Tabella 2

Riparto tra le regioni delle risorse loro destinate
 a valere sul Fondo per il sostegno del ruolo di cura
 e di assistenza del caregiver familiare
 Fondi previsti per l'annualita' 2020

Regioni	Quota regionale di riparto (%)	Somme assegnate alla Regione
Abruzzo	2,39	570.176,64
Basilicata	1,08	257.653,04
Calabria	3,47	827.829,68
Campania	8,46	2.018.282,15
Emilia Romagna	7,82	1.865.598,87
Friuli Venezia-Giulia	2,33	555.862,58
Lazio	9,12	2.175.736,79
Liguria	3,34	796.815,88
Lombardia	15,91	3.795.610,99
Marche	2,84	677.532,07
Molise	0,66	157.454,64
Piemonte	8,00	1.908.541,04
Puglia	6,60	1.574.546,36
Sardegna	2,86	682.303,42
Sicilia	8,21	1.958.640,24
Toscana	7,00	1.669.973,41
Umbria	1,72	410.336,32
Valle d'Aosta	0,25	59.641,91
Veneto	7,94	1.894.226,98
Totale	100	23.856.763,00

**Legge Regionale 30 novembre 2022, n. 23****Caregiver familiare****(BURL n. 48 suppl. del 02 Dicembre 2022)**

urn:nir:regione.lombardia:legge:2022-11-30;23

Art. 1**(Principi e finalità)**

1. La Regione tutela la famiglia in conformità allo Statuto d'autonomia, con adeguate politiche sociali ed economiche e attua il principio di sussidiarietà, favorendo l'iniziativa di singoli e associati, famiglie e altre formazioni sociali.
2. La Regione, in attuazione dei principi statutari, al fine di sviluppare una rete integrata di servizi sociali, sociosanitari e sanitari, favorisce e sostiene politiche e azioni integrate per la realizzazione di welfare di comunità, valorizzando l'apporto di singoli cittadini e del Terzo settore.
3. Nell'ambito delle politiche di welfare, la Regione promuove la solidarietà familiare e l'attività di cura non professionale e gratuita prestata nei confronti di coloro che necessitano di assistenza a lungo termine a causa di malattia, infermità o disabilità gravi; ne riconosce il valore sociale ed economico, nonché i rilevanti vantaggi che ne trae la collettività e ne promuove la tutela ai fini della conciliazione con le esigenze personali di vita sociale e lavorativa.
4. Nel rispetto delle specifiche competenze, collaborano e concorrono all'attuazione degli interventi previsti dalla presente legge:
 - a) la Regione;
 - b) le Agenzie di tutela della salute (ATS);
 - c) le Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) e le relative articolazioni territoriali, quali i distretti, le Centrali operative territoriali (COT) e le case di comunità, nonché i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che operano all'interno delle stesse;
 - d) i comuni e gli ambiti;
 - e) gli enti del Terzo settore;
 - f) le istituzioni scolastiche.

Art. 2**(Caregiver familiare)**

1. Il caregiver familiare, come definito dall'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020), è riconosciuto quale soggetto volontario che integrandosi con i servizi sociali, sociosanitari e sanitari, contribuisce al benessere psico-fisico della persona assistita e opera, in relazione alla situazione di bisogno, nell'ambito del Piano assistenziale individuale (PAI), assistendola e supportandola, in particolare, nella cura in ambiente domestico, nelle relazioni di comunità, nella mobilità e nella gestione delle pratiche amministrative.
2. Il caregiver familiare interagisce e integra la propria attività con quella degli operatori di cura e assistenza afferenti al sistema dei servizi pubblici e privati.

3. Il caregiver familiare svolge la propria attività volontaria di cura e assistenza anche avvalendosi di specifici percorsi formativi.
4. Il caregiver familiare, previo consenso della persona assistita o di chi la rappresenta ai sensi dell'ordinamento civile, è coinvolto nel percorso di valutazione, definizione e realizzazione del PAI e interviene nel più ampio progetto individuale.
5. La qualifica di caregiver familiare non può essere riconosciuta a più di una persona per lo stesso soggetto assistito, fatta eccezione per genitori con figli minori.

Art. 3

(Funzioni della Regione e dei comuni)

1. La Regione definisce le modalità per favorire il riconoscimento e l'integrazione dell'attività del caregiver familiare nell'ambito del sistema regionale dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari.
2. Le ATS e le ASST, nell'ambito delle modalità di cui al comma 1 e delle proprie competenze programmatiche e organizzative, riconoscono e definiscono il ruolo e l'apporto del caregiver familiare all'interno della rete di cura e di welfare locale, le attività formative e di orientamento, nonché le modalità di coinvolgimento del caregiver familiare all'interno del percorso di cura della persona assistita.
3. I comuni, attraverso i servizi sociali, i piani di zona, i distretti di riferimento e le case di comunità, assicurano il sostegno e l'affiancamento necessari al caregiver familiare per svolgere assistenza qualificata.
4. La Regione promuove programmi di aggiornamento degli operatori sociali, sociosanitari e sanitari sui temi legati alla valorizzazione dei caregiver familiari e sulla relazione e comunicazione dovuta con gli stessi, in accordo con i comuni e con il coinvolgimento dei soggetti gestori ed erogatori di servizi sociali, sociosanitari e sanitari.

Art. 4

(Interventi a favore del caregiver familiare)

1. La Regione, nei limiti delle risorse disponibili:
 - a) prevede, nell'ambito della programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria, azioni a supporto del caregiver familiare, anche con il coinvolgimento delle ATS, delle ASST e dei comuni;
 - b) promuove la cura e l'assistenza delle persone assistite a domicilio dai caregiver familiari attraverso forme di sostegno economico per l'adattamento domestico, per la fornitura di ausili e presidi adeguati e idonei a prevenzione del rischio da sovraccarico biomeccanico e per l'eliminazione di barriere architettoniche;
 - c) favorisce la definizione di accordi con le rappresentanze delle compagnie assicurative che prevedono premi agevolati e costi calmierati per le polizze stipulate dai caregiver familiari;
 - d) promuove iniziative e misure per favorire la conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di cura, con particolare riferimento ai caregiver familiari;
 - e) promuove anche attraverso forme di collaborazione con i comuni e per il tramite delle ATS e delle ASST:
 - 1) l'informazione, l'orientamento e l'affiancamento del caregiver familiare nell'accesso alla rete dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari in relazione ai propri bisogni e compiti di cura;
 - 2) percorsi di supporto psicologico finalizzati al conseguimento e al mantenimento del benessere e dell'equilibrio personale e familiare, anche con momenti di supporto familiare e l'utilizzo della telemedicina in coerenza con quanto previsto dalla legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
 - 3) interventi, programmati o di emergenza, di sollievo dal carico delle cure primarie in favore del caregiver familiare che fornisce assistenza o sostegno personale a un soggetto affetto da patologie croniche, attraverso il

- coordinamento con i servizi di assistenza domiciliare;
- f) sostiene, attraverso appositi bandi a favore degli enti del Terzo settore, progetti finalizzati all'attivazione di reti solidali e gruppi di auto mutuo aiuto destinati al caregiver familiare;
- g) promuove lo sviluppo di sistemi di informazione e comunicazione basati sulle nuove tecnologie a supporto dell'attività del caregiver familiare e in favore dell'assistente familiare o di un parente se richiesto dal caregiver familiare.

Art. 5

(Rete di sostegno al caregiver familiare)

1. La rete di sostegno al caregiver familiare è costituita dal sistema integrato dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari e da reti di solidarietà.
2. Sono elementi della rete di cui al comma 1:
 - a) il responsabile del caso, che viene individuato nell'ambito del PAI o del più ampio progetto individuale come figura di riferimento e referente del caregiver familiare;
 - b) il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e l'infermiere di comunità;
 - c) i servizi sociali, sociosanitari e sanitari e i servizi specialistici sanitari;
 - d) il Terzo settore e la solidarietà di vicinato, che possono intervenire anche al fine di contrastare i rischi di isolamento del caregiver familiare;
 - e) le Centrali operative territoriali (COT) quali punti di accesso territoriali volti a coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali.

Art. 6

(Riconoscimento delle competenze, inserimento e reinserimento lavorativo del caregiver familiare)

1. La Regione promuove, anche nell'ambito dei programmi regionali di inserimento e reinserimento lavorativo, percorsi formativi per il caregiver familiare che abbia raggiunto la maggiore età, sulla base degli specifici standard professionali e formativi, adottati nel rispetto del sistema di formazione professionale di cui alla legge regionale 6 agosto 2007, n. 19 (Norme sul sistema educativo di istruzione e formazione della Regione Lombardia).
2. L'attestato di competenza di caregiver familiare, rilasciato ai sensi dell'articolo 10 della l.r. 19/2007, è riconosciuto quale credito formativo per l'accesso agli ulteriori percorsi di formazione del sistema regionale nell'ambito di attività di assistenza alla persona, compresa la formazione dell'assistente familiare di cui alla legge regionale 25 maggio 2015, n. 15 (Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari).
3. La Regione, con particolare riferimento ai giovani caregiver, favorisce il riconoscimento, da parte di scuole, università ed enti accreditati alla formazione o al lavoro, dell'esperienza maturata da studenti che abbiano prestato attività di cura e assistenza in qualità di caregiver familiare attraverso percorsi di individuazione, validazione e certificazione delle competenze, nel rispetto delle disposizioni del sistema nazionale di certificazione di cui al decreto legislativo 16 gennaio 2013, n. 13 (Definizione delle norme generali e dei livelli essenziali delle prestazioni per l'individuazione e validazione degli apprendimenti non formali e informali e degli standard minimi di servizio del sistema nazionale di certificazione delle competenze, a norma dell'articolo 4, commi 58 e 68, della legge 28 giugno 2012, n. 92) e di cui al decreto interministeriale 5 gennaio 2021 (Disposizioni per l'adozione delle linee guida per l'interoperatività degli enti pubblici titolari del sistema nazionale di certificazione delle competenze). In raccordo con l'Ufficio scolastico regionale e nel rispetto dell'autonomia delle istituzioni scolastiche e formative, la Regione ne promuove il riconoscimento e la valorizzazione in termini di crediti formativi o come ore riconosciute anche nei progetti di alternanza scuola-lavoro e nei percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento (PCTO).

Art. 7

(Azioni di sensibilizzazione e coinvolgimento del Terzo settore)

1. Per sostenere e accompagnare il caregiver familiare nelle sue attività, la Regione, promuovendo forme di collaborazione con i comuni e in accordo con le ASST, adotta le seguenti misure:

- a) promuove e supporta, anche attraverso bandi rivolti agli enti del Terzo settore, iniziative di informazione, formazione e sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza, alle strutture sociali, sociosanitarie e sanitarie, ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, riguardanti la non autosufficienza, la disabilità e il valore sociale dell'attività di cura e di assistenza prestata dal caregiver familiare, anche per favorire il benessere delle persone fragili;
- b) favorisce, attraverso le forme di partecipazione previste dalla l.r. 33/2009, il coinvolgimento del Terzo settore nella programmazione degli interventi sulla salute e per il benessere fisico e psicosociale delle persone con disabilità o non autosufficienti.

Art. 8

(Clausola valutativa)

1. Il Consiglio regionale verifica l'attuazione della presente legge e valuta i risultati progressivamente ottenuti nell'integrazione del caregiver familiare nel sistema regionale di assistenza alla persona. A tal fine la Giunta regionale, dopo un anno dall'approvazione della presente legge e poi a cadenza biennale, presenta al Consiglio regionale una relazione che documenta e descrive:

- a) le dimensioni, le caratteristiche e la distribuzione territoriale della popolazione lombarda in stato di potenziale necessità di assistenza e cura alla persona;
- b) gli interventi realizzati in attuazione della presente legge dalla Regione, dai comuni, dagli enti del sistema sociale, sociosanitario e sanitario regionale, specificando le risorse stanziare e utilizzate, i soggetti coinvolti, le caratteristiche dei beneficiari e i risultati conseguiti;
- c) il grado di inserimento del caregiver familiare nei PAI o nei più ampi progetti individuali;
- d) la diffusione delle iniziative per il supporto dei caregiver nei piani di zona;
- e) le eventuali criticità emerse in fase di attuazione delle misure di sostegno e promozione previste dalla presente legge e di attivazione della rete di sostegno al caregiver familiare.

2. Il Comitato paritetico di controllo e valutazione e la commissione consiliare competente possono indicare priorità conoscitive o necessità di ulteriori approfondimenti rispetto a quanto previsto al comma 1, dopo aver audito i comitati e le associazioni rappresentative dei caregiver familiari.

3. I soggetti di ogni natura coinvolti nell'attuazione della presente legge e i beneficiari degli interventi regionali sono tenuti a conferire alla Regione i dati e le informazioni necessarie alle attività valutative previste dal presente articolo.

4. La Giunta regionale rende accessibili i dati e le informazioni rilevati. Il Consiglio regionale esamina la relazione secondo quanto previsto dal Regolamento generale e la rende pubblica unitamente agli eventuali documenti del Consiglio che ne concludono l'esame.

Art. 9

(Norma finanziaria)

1. Alle spese per l'attuazione degli interventi di cui all'articolo 4, comma 1, lettere c), d), e), punti 1) e 3), f) e g), previste in euro 300.000,00 nel 2022 e in euro 290.000,00 per ciascun anno del biennio 2023-2024, si fa fronte con

incremento delle risorse della missione 12 'Diritti sociali, politiche sociali e famiglia', programma 02 'Interventi per la disabilità' - Titolo 1 'Spese correnti' e corrispondente diminuzione, per pari importi e medesimi esercizi finanziari, della missione 20 'Fondi e accantonamenti', programma 20.03 'Altri fondi' - Titolo 1 'Spese correnti' dello stato di previsione del bilancio 2022-2024.

2. Alle spese derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 7, quantificabili complessivamente in euro 10.000,00 per ciascun anno del biennio 2023-2024, si fa fronte con incremento delle risorse della missione 1 'Servizi istituzionali, generali e di gestione', programma 11 'Altri servizi generali' - Titolo 1 'Spese correnti' e corrispondente diminuzione, per pari importi e medesimi esercizi finanziari, della missione 20 'Fondi e accantonamenti', programma 20.03 'Altri fondi' - Titolo 1 'Spese correnti' dello stato di previsione del bilancio 2022-2024.

3. Dall'articolo 4, comma 1, lettere a), b) ed e), punto 2), e dai restanti articoli della presente legge non discendono nuovi o maggiori oneri per il bilancio regionale.

4. Per gli esercizi successivi al 2024 all'autorizzazione delle spese di cui al comma 1 si provvede con legge di approvazione del bilancio dei singoli esercizi finanziari.

5. All'attuazione della presente legge possono concorrere le risorse vincolate provenienti dallo Stato e da altri soggetti pubblici e privati, previste nel bilancio regionale per le medesime finalità.

Il presente testo non ha valore legale ed ufficiale, che è dato dalla sola pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione

Lombardia



Consiglio Regionale della Puglia

LEGGE REGIONALE 27 FEBBRAIO 2020, N. 3

“Norme per il sostegno del caregiver familiare”



Consiglio Regionale della Puglia

2

LEGGE REGIONALE

“Norme per il sostegno del caregiver familiare”

Il Consiglio regionale ha approvato
la seguente legge:

Art. 1

Principi e finalità

1. La Regione Puglia riconosce, nell'ambito delle politiche del welfare, la cura familiare e la solidarietà come beni sociali in un'ottica di responsabilizzazione diffusa e di sviluppo di comunità.
2. La Regione promuove e valorizza la figura del caregiver familiare, quale componente informale della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.
3. La Regione, in relazione alle esigenze della persona accudita, tutela i bisogni del caregiver familiare attraverso interventi e azioni a suo supporto e definisce le modalità per favorire l'integrazione della sua attività nel sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.



Consiglio Regionale della Puglia

3

Art. 2

Definizione e ruolo

1. Il caregiver familiare è la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76 (Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze), di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della l. 104/92, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 (Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili).

2. La condizione di non autosufficienza della persona assistita è attestata mediante valutazione multidimensionale e valutazione sanitaria dal distretto sanitario competente, secondo le scale di valutazione già vigenti per la costruzione del Progetto Assistenziale Individuale (PAI) e per l'ammissione all'assegno di cura.

3. Il caregiver familiare opera in modo volontario, gratuito e responsabile nell'ambito del PAI per le persone disabili e per le persone anziane non autosufficienti, di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).

4. Il PAI esplicita il contributo di cura e le attività del caregiver familiare nonché le prestazioni, gli ausili, i contributi necessari e i supporti che i servizi sociali e sanitari si impegnano a fornire, al fine di permettere al caregiver familiare di affrontare al meglio possibili difficoltà o urgenze, e di svolgere le normali attività di assistenza e di cura in maniera appropriata e senza rischi per l'assistito e per sé medesimo.



Consiglio Regionale della Puglia

4

5. Allo scopo di favorire il mantenimento della persona assistita al proprio domicilio, il caregiver familiare, previo consenso della persona assistita, deve essere coinvolto in modo attivo nel percorso di valutazione, definizione e realizzazione del PAI e assume gli impegni che lo riguardano, concordati nel PAI stesso.

6. Nello svolgimento delle attività di cui al presente articolo il caregiver familiare può avvalersi dei servizi territoriali e di lavoro privato di cura.

Art. 3

Interventi della Regione a favore del caregiver familiare

1. La Regione, nei limiti delle risorse disponibili e nelle more della disciplina nazionale in materia, ai sensi di quanto previsto ai commi 254 e 255 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020):

- a) prevede, nell'ambito della propria programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria, azioni a supporto del caregiver familiare;
- b) promuove forme di sostegno economico attraverso l'erogazione dell'assegno di cura per persone in condizione di gravissima non autosufficienza e di interventi economici per la domotica sociale;
- c) può favorire accordi con le rappresentanze delle compagnie assicurative che prevedano premi agevolati per le polizze eventualmente stipulate dal caregiver familiare che opera nell'ambito del PAI, per la copertura degli infortuni o della responsabilità civile collegati all'attività prestata;
- d) promuove intese e accordi con le associazioni datoriali, tesi ad una maggiore flessibilità oraria che permetta di conciliare la vita lavorativa con le esigenze di cura;
- e) cura, in accordo con i comuni e con il coinvolgimento dei soggetti gestori ed erogatori di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, programmi di aggiornamento degli operatori sociali, socio-sanitari e sanitari sui temi legati alla valorizzazione dei caregiver familiari e sulla relazione e comunicazione con gli stessi.



Consiglio Regionale della Puglia

5

2. Per favorire la valorizzazione delle competenze maturate, l'accesso o il reinserimento lavorativo del caregiver familiare, l'esperienza maturata nell'attività di assistenza e cura prestata in qualità di caregiver familiare operante nell'ambito del PAI, potrà essere valutata sulla base dei criteri, delle modalità e delle procedure previste dalla normativa regionale vigente, ai fini di una formalizzazione o certificazione delle competenze per il riconoscimento della figura di assistente familiare, ovvero quale credito formativo per l'accesso ai percorsi formativi finalizzati all'acquisizione della qualifica di operatore socio-sanitario di cui al regolamento regionale 18 dicembre 2007, n. 28 (Figura professionale operatore socio-sanitario).

Art. 4

Interventi dei comuni e delle aziende sanitarie locali (ASL) a favore del caregiver familiare

1. I comuni e le ASL, nei limiti delle risorse rese disponibili dalla programmazione regionale, riconoscono il caregiver familiare come un elemento della rete del welfare locale e assicurano il sostegno e l'affiancamento necessari a sostenere la qualità dell'opera di assistenza prestata.

2. I servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, previo consenso dell'assistito oppure del suo tutore, forniscono al caregiver familiare le informazioni sulle problematiche della persona assistita, sui bisogni assistenziali e le cure necessarie, sui diritti e sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie.

3. I comuni, le ASL e le associazioni di pazienti e familiari, nei limiti delle risorse disponibili, assicurano al caregiver familiare:

- a) l'informazione, l'orientamento e l'affiancamento nell'accesso ai servizi necessari ai fini assistenziali attraverso gli sportelli front office e numeri verdi predisposti dalle ASL della Regione Puglia;
- b) la definizione del responsabile delle cure nell'ambito del progetto individuale della persona assistita;
- c) la domiciliarizzazione delle visite specialistiche nei casi di difficoltà di spostamento dell'assistito compatibilmente con la disponibilità del personale medico e l'organizzazione dei servizi sanitari.



Consiglio Regionale della Puglia

6

Art. 5

Rete di sostegno al caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato dei servizi regionali

1. La rete di sostegno al caregiver familiare è costituita dal sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e da reti di solidarietà.
2. Sono componenti della rete, nell'ambito del progetto individuale:
 - a) il responsabile del caso che è la figura di riferimento ed il referente del caregiver familiare;
 - b) il medico di medicina generale che è il referente terapeutico del familiare assistito;
 - c) l'infermiere referente o *case manager* che assume la funzione di referente del caso;
 - d) i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e i servizi specialistici sanitari chiamati a intervenire per particolari bisogni o specifiche necessità;
 - e) le associazioni dei pazienti e dei loro familiari, il volontariato e la solidarietà di vicinato che rappresentano un'ulteriore risorsa e possono essere attivati per contrastare i rischi di isolamento del caregiver familiare.

Art. 6

Norme attuative

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge, sentita la Commissione consiliare competente, individua e disciplina le azioni e gli interventi previsti dall'articolo 3 della presente legge per favorire l'integrazione dell'attività del caregiver familiare nell'ambito del sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari, coordinando in tal senso gli strumenti di programmazione sociosanitaria e sanitaria.



Consiglio Regionale della Puglia

7

Art. 7
Clausola valutativa

1. A partire dal secondo anno dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale riferisce alla competente Commissione consiliare in ordine all'attuazione della presente legge e sui risultati raggiunti nel promuovere e garantire la sua piena attuazione.

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
(Mario Cosimo Loizzo)

IL SEGRETARIO GENERALE DEL CONSIGLIO
(Domenica Gattulli)

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
ASSEMBLEA E COMMISSIONI CONSILIARI
(Anna Rita Delgiudice)

E' estratto del verbale della seduta del 04 febbraio 2020 ed è conforme al testo deliberato dal Consiglio regionale.



Consiglio Regionale della Puglia

8

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
(Mario Cosimo Loizzo)

IL SEGRETARIO GENERALE DEL CONSIGLIO
(Domenica Gattulli)

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
ASSEMBLEA E COMMISSIONI CONSILIARI
(Anna Rita Delgiudice)

47212

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 83 del 26-7-2022

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 luglio 2022, n. 991

Legge regionale 27 febbraio 2020 n. 3, “Norme per il sostegno del caregiver familiare” - Approvazione Schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Puglia, ANCI Puglia, Federfarma, Confcommercio, Confartigianato e Confesercenti per lo svolgimento di azioni a supporto del caregiver familiare.

L'Assessora al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dal Servizio RUNTS Economia Sociale, Terzo Settore e Investimenti per l'Innovazione Sociale, Disabilità e Invecchiamento, così come confermata dalla Sezione Benessere sociale, Innovazione e Sussidiarietà, riferisce quanto segue.

VISTA:

- la Legge 8 novembre 2000, n. 328, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- la Legge 7 agosto 1990, n. 241 “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”;
- la Legge 30 dicembre 2017, n. 205, che, all'art. 1, comma 255, definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata, o sia titolare di indennità di accompagnamento.

PREMESSO CHE:

- con Legge regionale 27 febbraio 2020 n. 3 “Norme per il sostegno del caregiver familiare”, la Regione Puglia ha inteso promuovere, valorizzare e tutelare la figura del caregiver familiare, definito quale “persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 (indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili)”;
- la stessa legge regionale dispone che “la Regione, nei limiti delle risorse disponibili e nelle more della disciplina nazionale in materia, ai sensi di quanto previsto ai commi 254 e 255 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020)”, preveda “nell'ambito della propria programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria, azioni a supporto del caregiver familiare”;
- con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 353 del 14 marzo 2022, si è approvato il V Piano Regionale delle Politiche Sociali per il triennio 2022-2024 che, fra l'altro, la valorizzazione del ruolo del caregiver familiare ai sensi della normativa nazionale e regionale;
- con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 724 del 23 maggio 2022 sono stati approvati i “Nuovi Indirizzi integrati di programmazione delle attività per gli interventi da finanziare ai fini della valorizzazione del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare”, recanti le modifiche e integrazioni agli Indirizzi di programmazione già approvati con la DGR n. 2194/2021.

CONSIDERATO che:

- i cittadini che assistono le persone non autosufficienti registrano una acclarata esigenza di conciliazione dei tempi di vita e di cura, dovendo contemperare le prestazioni offerte ai propri cari e la gestione delle ordinarie esigenze ed incombenze della vita quotidiana;

- tale situazione è stata notevolmente aggravata dalla pandemia da virus Covid-19 e dalle connesse norme nazionali di contenimento, che hanno imposto un numero limitato di persone all'interno delle attività commerciali e uffici;
- ciò ha richiesto, e tuttora richiede, stante l'attuale fase di transizione in atto, una migliore organizzazione dei tempi a disposizione per le famiglie con un importante carico assistenziale;
- proprio nell'ottica di perseguire gli scopi su riferiti, l'Assessora al Welfare, unitamente al Servizio competente, ha convocato e tenuto incontri sul tema nelle date del 5 e del 24 maggio 2021 e 1 giugno 2022. Gli incontri hanno permesso un confronto sul tema a partire da buone prassi già avviate a livello locale -- si pensi ai casi dell'Ambito sociale territoriale 6/TA con il Comune di Grottaglie capofila, di Bari, di Trani -- e hanno consentito una riflessione circa l'opportunità di estendere queste ultime a tutto il territorio regionale, al fine di sostenere l'impegnativa opera di cura dei caregiver, riducendo i tempi di disbrigo di pratiche e commissioni quotidiane;
- le iniziative proposte nel Protocollo di Intesa allegato alla presente Deliberazione, per costituirne parte integrante e sostanziale, possono contribuire ad offrire un sostegno concreto, in termini di riduzione dei tempi di attesa correlati alla gestione delle commissioni nei vari esercizi commerciali, per le persone coinvolte senza comportare alcuna spesa imputabile alle Parti aderenti e sostenendo il lavoro di rete tra istituzioni e tra Pubblica Amministrazione e mondo produttivo regionale.

RILEVATO che:

- con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1136 del 07/07/2021 è stato previsto, tra l'altro, di istituire un registro regionale territoriale di Ambito dei caregiver familiari allo scopo di avviare una prima ricognizione utile anche a programmare eventuali altri interventi a favore dei caregiver familiari, così come indicato nell'Allegato A), specificando che la suddetta programmazione avesse carattere sperimentale;
- con Atto Dirigenziale n. 617 del 10/06/2022 è stato approvato l'Avviso informativo che descrive le procedure per la presentazione delle domande di inserimento nel registro territoriale di Ambito dei "caregiver familiari", in attuazione degli indirizzi approvati dalla Giunta Regionale con propria Del. G.R. n. 724 del 23 maggio 2022, integrati dagli indirizzi approvati dalla Delibera di Giunta Regionale n. 830 del 6 giugno 2022;

Tanto visto, premesso, considerato e rilevato, al fine di promuovere azioni a supporto del caregiver familiare, ai sensi di quanto previsto dalla Legge regionale 27 febbraio 2020 n. 3 "Norme per il sostegno del caregiver familiare", si rende necessario proporre alla Giunta Regionale di:

1. approvare lo schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Puglia, ANCI Puglia, Federfarma, Confcommercio, Confartigianato, Confesercenti, Legacoop Puglia, Confcooperative che è allegato al presente atto deliberativo per farne parte integrante e sostanziale;
2. dare mandato alla Dirigente ad interim della Sezione Inclusione sociale attiva di porre in essere tutte le attività necessarie a dare attuazione al presente atto, autorizzando la stessa alla sottoscrizione del Protocollo di Intesa e dei protocolli d'intesa ulteriori in caso di altre adesioni;

Garanzie di riservatezza

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del suddetto Regolamento UE.

47214

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 83 del 26-7-2022

Valutazione di impatto di genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07.03.2022. L'impatto di genere stimato è:

- diretto;
- indiretto;
- x neutro.

Copertura Finanziaria ai sensi del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessora relatrice, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4, comma 4, lettera k), della L.R. n. 7/1997 propone alla Giunta Regionale:

1. di prendere atto delle premesse che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto e che qui si intendono integralmente riportate;
2. di approvare lo schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Puglia, ANCI Puglia, Federfarma, Confcommercio, Confartigianato e Confesercenti, Legacoop Puglia, Confcooperative che è allegato al presente atto deliberativo per farne parte integrante e sostanziale;
3. di definire, quali beneficiari delle azioni indicate nel Protocollo di Intesa, i cittadini in possesso dei requisiti previsti al paragrafo 3 dell'Avviso per la presentazione delle domande di inserimento nel registro dei "caregiver familiari", approvato con Atto Dirigenziale n. 617 del 10/06/2022;
4. di dare mandato alla Dirigente della Sezione Benessere sociale, Innovazione e Sussidiarietà di porre in essere tutte le attività necessarie a dare attuazione al presente atto, autorizzando quest'ultima alla sottoscrizione del Protocollo di Intesa e dei protocolli d'intesa ulteriori in caso altre adesioni;
5. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia in versione integrale.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e europea e che il presente schema di provvedimento, predisposto dalla Sezione Inclusione sociale attiva, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La Dirigente del Servizio RUNTS, Economia Sociale, Terzo Settore e Investimenti per l'Innovazione Sociale, Disabilità e Invecchiamento attivo
(Dott.ssa Silvia Visciano)

Il Dirigente della Sezione Benessere sociale, Innovazione, Sussidiarietà
(Dott.ssa Laura Liddo)

La Direttrice, ai sensi dell'art. 18, comma 1, Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 22/2021 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

La Direttrice del Dipartimento Welfare
Avv. Valentina Romano

Sottoscrizione del soggetto politico proponente**L'Assessora al Welfare**

Dott.ssa Rosa Barone

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA**LA GIUNTA**

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessora al Welfare
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;
a voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

1. di prendere atto delle premesse che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto e che qui si intendono integralmente riportate;
2. di approvare lo schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Puglia, ANCI Puglia, Federfarma, Confcommercio, Confartigianato e Confesercenti, Legacoop Puglia, Confcooperative che è allegato al presente atto deliberativo per farne parte integrante e sostanziale;
3. di definire, quali beneficiari delle azioni indicate nel Protocollo di Intesa, i cittadini in possesso dei requisiti previsti al paragrafo 3 dell'Avviso per la presentazione delle domande di inserimento nel registro dei "caregiver familiari", approvato con Atto Dirigenziale n. 617 del /10/06/2022;
4. di dare mandato alla Dirigente della Sezione Benessere sociale, Innovazione e Sussidiarietà di porre in essere tutte le attività necessarie a dare attuazione al presente atto, autorizzando quest'ultima alla sottoscrizione del Protocollo di Intesa e dei protocolli d'intesa ulteriori in caso altre adesioni;
5. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia in versione integrale.

Il Segretario generale della Giunta

ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO WELFARE
SEZIONE BENESSERE SOCIALE, INNOVAZIONE E SUSSIDIARIETA'**

ALLEGATO "A"

Schema di PROTOCOLLO DI INTESA

Azioni integrate di sostegno ai caregiver familiari residenti sul territorio della regione Puglia

Il presente allegato si compone di n. 5 pagine inclusa la presente.

Il Dirigente ad interim della Sezione
Benessere sociale, Innovazione e Sussidiarietà
(Dott.ssa Laura Liddo)
(firmato digitalmente)

Codice CIFRA: PRI/DEL/2022/00025

OGGETTO: Legge regionale 27 febbraio 2020 n. 3, "Norme per il sostegno del caregiver familiare" - Approvazione Schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Puglia, ANCI Puglia, Federfarma, Confcommercio, Confartigianato, Confesercenti, Legacoop Puglia, Confcooperative per lo svolgimento di azioni a supporto del caregiver familiare.

Pagina 6 di 10

PROTOCOLLO DI INTESA**Azioni integrate di sostegno ai *caregiver* familiari residenti sul territorio della regione Puglia**

TRA

La Regione Puglia, con sede a Bari in Lungomare Nazario Sauro n. 33 (CF: 80017210727) rappresentato dalla Dirigente della Sezione Benessere sociale, Innovazione e Sussidiarietà del Dipartimento Welfare

e

ANCI Puglia, Associazione dei Comuni pugliesi con sede in Bari, Via _Marco Partipilo n. 61, Codice Fiscale 93004220724, rappresentata da: Ettore Caroppo Vicepresidente Delegato – Pasquale Chieco Delegato Welfare ANCI Puglia;

Federfarma, con sede in Bari, Corso Alcide De Gasperi n. 292, Codice Fiscale 93005490722, rappresentato da Francesco Fullone,

Confcommercio, con sede in Bari, Via Amendola n. 172, Codice Fiscale _93000270723, rappresentato da Alessandro Ambrosi,

Confartigianato Imprese Puglia, con sede in Bari, via Putignani 12/A, Codice Fiscale 93002230725, rappresentata dal presidente pro tempore Francesco Sgherza,

Confesercenti, con sede in Bari, Via Napoli, n. 329/L Codice Fiscale 93007140721, rappresentato da Beniamino Campobasso,

Legacoop Puglia, con sede in Bari, Via G.Capruzzi, n. 228, Codice Fiscale 80006300729, rappresentata dal Presidente Carmelo Rollo,

Confcooperative, con sede in Bari, Viale Luigi Einaudi, n. 15 Codice Fiscale 80029230721, rappresentato da Pietro Rossi,

I soggetti innanzi richiamati, quando insieme considerati, sono di seguito denominati le Parti.

Premesso che:

- la Legge 30 dicembre 2017, n. 205, che, all'art. 1, comma 255, definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata, o sia titolare di indennità di accompagnamento;
- con Legge regionale 27 febbraio 2020 n. 3, "Norme per il sostegno del caregiver familiare", la Regione Puglia ha inteso promuovere, valorizzare e tutelare la figura del caregiver familiare, definito quale "persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 (indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili)";

Codice CIFRA: PRI/DEL/2022/00025

OGGETTO: Legge regionale 27 febbraio 2020 n. 3, "Norme per il sostegno del caregiver familiare" - Approvazione Schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Puglia, ANCI Puglia, Federfarma, Confcommercio, Confartigianato, Confesercenti, Legacoop Puglia, Confcooperative per lo svolgimento di azioni a supporto del caregiver familiare.

Pagina 7 di 10

- la stessa legge regionale dispone che “la Regione, nei limiti delle risorse disponibili e nelle more della disciplina nazionale in materia, ai sensi di quanto previsto ai commi 254 e 255 dell’articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020)”, preveda “nell’ambito della propria programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria, azioni a supporto del caregiver familiare”;
- con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 724 del 23 maggio 2022 venivano approvati i “Nuovi Indirizzi integrati di programmazione delle attività per gli interventi da finanziare ai fini della valorizzazione del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare”, recanti le modifiche e integrazioni agli Indirizzi di programmazione già approvati con la DGR n. 2194/2021.

Rilevato che:

- I cittadini che assistono le persone non autosufficienti registrano una elevata esigenza di conciliazione dei tempi di vita e di cura, dovendo contemperare le prestazioni offerte ai propri cari e la gestione delle ordinarie esigenze ed incombenze della vita quotidiana;
- Tale situazione è stata notevolmente aggravata dalla pandemia da virus Covid-19 e dalle connesse norme nazionali di contenimento, che hanno imposto un numero limitato di persone all’interno delle attività commerciali e uffici;
- Ciò ha richiesto, e richiede tuttora stante l’attuale fase di transizione in atto, una migliore organizzazione dei tempi a disposizione per le famiglie con un carico assistenziale importante.

Considerato che:

- le iniziative proposte nel presente documento possono alleviare tale esigenza offrendo un sostegno concreto a favore delle persone coinvolte, senza comportare alcuna spesa imputabile alle Parti aderenti e sostenendo il lavoro di rete tra istituzioni e tra Pubblica Amministrazione e mondo produttivo regionale.

TUTTO CIÒ PREMESSO, RILEVATO E CONSIDERATO

Il giorno _____ dell’anno _____, le Parti condividono, approvano e sottoscrivono quanto segue:

Articolo 1 - Premessa

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Protocollo di Intesa.

Articolo 2 – Finalità

La presente Intesa mira a perseguire una finalità *diretta*, mediante la riduzione dei tempi di attesa dei *caregiver* familiari nell’espletamento delle ordinarie attività di gestione della vita quotidiana, attraverso l’attivazione oppure il ripristino - laddove già esistenti - di corsie preferenziali per chi è impegnato nella cura dei propri cari non autosufficienti, e una finalità *indiretta*, tesa a promuovere la collaborazione e la solidarietà sociale nel tessuto economico e commerciale del territorio regionale.

Altresì, la presente intesa vuol promuovere ogni forma di partecipazione sulla materia di che trattasi; in particolare, il coinvolgimento delle attività commerciali, farmacie, parafarmacie, supermercati e minimarket, uffici pubblici o aperti al pubblico, affinché facilitino i caregiver, favorendo la precedenza nell’accesso alle attività, di conseguenza riducendo il tempo di rientro dei medesimi presso il domicilio delle persone assistite.

Articolo 3 – Destinatari

Ai sensi dell’art. 2, comma 1 della Legge Regionale 27 febbraio 2020 n. 3, viene definita destinataria degli interventi di cui al successivo art. 4 la “persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell’altra parte dell’unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall’articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell’articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 (indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili)”.

Codice CIFRA: PRI/DEL/2022/00025

OGGETTO: Legge regionale 27 febbraio 2020 n. 3, “Norme per il sostegno del caregiver familiare” - Approvazione Schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Puglia, ANCI Puglia, Federfarma, Confcommercio, Confartigianato, Confesercenti, Legacoop Puglia, Confcooperative per lo svolgimento di azioni a supporto del caregiver familiare.

Pagina 8 di 10

Articolo 4 – Tipologie di intervento

Il *caregiver* sarà munito di un pass nominale rilasciato dal Comune di residenza, con il quale segnalerà la propria priorità nell'accesso alle attività commerciali convenzionate per poter fare rientro al proprio domicilio nel minor tempo possibile.

Gli esercenti aderenti esporranno le locandine che richiamano l'invito a dare precedenza ai *caregiver* e daranno precedenza, in caso di una presenza contemporanea di più clienti, al servizio di tali cittadini, dietro loro richiesta e nel rispetto delle altre categorie di persone cui dare precedenza (persone con disabilità, donne in stato di gravidanza, ecc.) ai sensi di altre normative nazionali, regionali e/o locali.

Articolo 5 – Impegni delle parti

In sede di prima applicazione,

- A. la Regione Puglia si impegna a:
- promuovere le iniziative di cui alla presente Intesa su tutto il territorio regionale;
 - nel rispetto della normativa vigente in materia di riservatezza, fornire ai Comuni eventuali elenchi di cittadini riconosciuti come *caregiver* nelle varie iniziative e politiche regionali di welfare;
 - integrare gli interventi proposti con le altre iniziative e politiche di welfare regionali.
- B. ANCI Puglia si impegna a:
- promuovere le iniziative di cui alla presente Intesa presso tutti i Comuni pugliesi;
 - fornire ai Comuni eventuale supporto nella gestione delle iniziative qui indicate;
 - integrare gli interventi proposti con altre iniziative in corso.
- C. Federfarma si impegna a:
- promuovere le iniziative di cui alla presente Intesa presso tutti i propri affiliati;
 - fornire ai propri affiliati eventuale supporto nella gestione delle iniziative qui indicate;
 - integrare gli interventi proposti con altre iniziative in corso.
- D. Confcommercio si impegna a:
- promuovere le iniziative di cui alla presente Intesa presso tutti i propri affiliati;
 - fornire ai propri affiliati eventuale supporto nella gestione delle iniziative qui indicate;
 - integrare gli interventi proposti con altre iniziative in corso.
- E. Confartigianato si impegna a:
- promuovere le iniziative di cui alla presente Intesa presso tutti i propri affiliati;
 - fornire ai propri affiliati eventuale supporto nella gestione delle iniziative qui indicate;
 - integrare gli interventi proposti con altre iniziative in corso.
- F. Confesercenti si impegna a:
- promuovere le iniziative di cui alla presente Intesa presso tutti i propri affiliati;
 - fornire ai propri affiliati eventuale supporto nella gestione delle iniziative qui indicate;
 - integrare gli interventi proposti con altre iniziative in corso.

Per il raggiungimento delle finalità condivise nell'ambito della presente Intesa, le Parti si impegnano a promuovere ulteriori iniziative e progetti anche attraverso il coinvolgimento del Terzo settore e dei soggetti specializzati nel campo del Privato sociale.

Il presente Protocollo è aperto all'adesione di portatori di interessi che ne facciano richiesta.

Articolo 6 – Durata

La presente Intesa ha la durata di ___ anni con decorrenza dalla data di sottoscrizione.

Articolo 7 – Copertura finanziaria

Le iniziative previste nel presente Protocollo non comportano alcuna spesa a carico dei bilanci delle Parti.

Articolo 8 – Comunicazione

Le parti autorizzano a rendere noto, sui siti istituzionali, la partnership oggetto del seguente Protocollo e a pubblicare sui medesimi siti, salvo diversa comunicazione, notizie riguardanti le iniziative e attività espletate congiuntamente.

Le parti concordano che i rispettivi loghi possano essere affiancati in tutte le attività connesse alla pubblicizzazione delle iniziative programmate e si impegnano a partecipare congiuntamente a tutte le iniziative che verranno intraprese (conferenze stampa, convegni, dibattiti, interviste, ecc.).

Le parti potranno utilizzare i rispettivi nomi e loghi solo ed unicamente per le attività strettamente legate all'attuazione del presente Protocollo e nel periodo di vigenza dello stesso.

Codice CIFRA: PRI/DEL/2022/00025

OGGETTO: Legge regionale 27 febbraio 2020 n. 3, "Norme per il sostegno del caregiver familiare" - Approvazione Schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Puglia, ANCI Puglia, Federfarma, Confcommercio, Confartigianato, Confesercenti, Legacoop Puglia, Concooperative per lo svolgimento di azioni a supporto del caregiver familiare.

Pagina 9 di 10

Articolo 9 – Norme finali

Il presente Protocollo viene inviato alle parti aderenti per la relativa sottoscrizione e per il deposito presso le varie sedi amministrative, dove gli interessati possono prenderne visione ed estrarne copia.

Le parti si impegnano a garantire, per sé e per il proprio personale, la massima riservatezza riguardo alle informazioni e ai dati di cui vengono a conoscenza nell'ambito dello svolgimento del progetto, a non divulgarli a terzi e ad utilizzarli esclusivamente per il raggiungimento delle finalità del presente Protocollo. Le parti, nell'ambito del perseguimento dei propri fini istituzionali, provvederanno al trattamento dei dati personali strettamente necessari, adeguati e limitati a quanto necessario per le finalità oggetto del presente Protocollo e nel rispetto di quanto previsto dal Reg. UE/679/2016.

Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e tutela dei diritti degli interessati.

Il presente Protocollo di Intesa istituzionale si compone di n. ____ articoli e n. ____ pagine.

Del che è verbale

Letto, approvato e sottoscritto

Bari, _____

Firme dei sottoscrittori

Codice CIFRA: PRI/DEL/2022/00025

OGGETTO: Legge regionale 27 febbraio 2020 n. 3, "Norme per il sostegno del caregiver familiare" - Approvazione Schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Puglia, ANCI Puglia, Federfarma, Confcommercio, Confartigianato, Confesercenti, Legacoop Puglia, Confcooperative per lo svolgimento di azioni a supporto del caregiver familiare.

Pagina 10 di 10

Bur n. 46 del 06/04/2021

(Codice interno: 443784)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 295 del 16 marzo 2021

Approvazione degli indirizzi integrati di programmazione per l'attuazione degli interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza dei caregiver familiari, ai sensi del decreto del Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2020.*[Sanità e igiene pubblica]*

Note per la trasparenza:

Adozione secondo quanto previsto all'art. 3 del decreto del Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2020 di indirizzi per l'attuazione degli interventi di sollievo e sostegno destinati ai caregiver familiari.

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

L'art. 1, co. 254, della legge 27/12/2017, n. 205 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020*", al fine di attuare interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del *caregiver* familiare, ha istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare con una dotazione iniziale di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020.

Il comma successivo dello stesso articolo della legge citata, ha definito *caregiver* familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, un familiare o di un affine entro il secondo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata, o si titolare di indennità di accompagnamento.

Con la legge 30 dicembre 2018, n. 145 recante "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021*", all'art. 1, comma 483, è stato previsto un incremento del Fondo citato di cinque milioni di euro per ciascuno degli anni 2019-2020 e 2021.

In considerazione della situazione di profondo disagio sociale ed economico causata dall'emergenza epidemiologica da COVID-19 che si protrarrà ancora nel tempo e che tali effetti negativi si ripercuotono in maniera particolare verso le persone particolarmente fragili, con il decreto del Ministro per le Pari Opportunità di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2020 sono stati definiti i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del *caregiver* familiare per gli anni 2018 - 2019 e 2020. In particolare con il decreto sopra citato, sono state assegnate alle Regione del Veneto risorse pari a euro 3.529.957,18 per gli anni 2018 e 2019 e, pari a euro 1.894.226,98 per l'anno 2020.

Sulla base di quanto previsto dal decreto ministeriale citato le regioni adottano, nell'ambito della generale programmazione di integrazione socio sanitaria, con particolare riferimento alla programmazione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, specifici indirizzi integrati di programmazione per l'attuazione degli interventi di cui all'art. 1 del decreto, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali, prevedendo peraltro il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità.

Ciò premesso, al fine di corrispondere alla prescrizione di cui all'articolo 3 del decreto citato, con il presente provvedimento, assumendo a riferimento il Piano regionale per la non autosufficienza 2019 - 2021 approvato con la DGR n. 670 del 26/5/2020 e contestualizzando gli interventi all'interno del sistema regionale dell'assistenza domiciliare di cui alla DGR n. 1338/2013 e sue successive modifiche ed integrazioni, si propone l'approvazione del documento "Programmazione degli interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza dei *caregiver* familiari" e la relativa "Scheda allegata agli indirizzi integrati di programmazione del fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza dei caregiver familiari - cronoprogramma e costi" di cui agli **Allegati A e B** al presente provvedimento, da realizzare mediante l'utilizzo delle quote del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare per il triennio 2018-2020.

Il documento di programmazione, di cui agli **Allegati A e B**, redatti secondo le modalità disposte dall'art. 3 del citato decreto interministeriale e dalle indicazioni della Presidenza del consiglio dei ministri pervenute in data 23 febbraio 2021 definisce, nel quadro delle politiche regionali per la non autosufficienza, i criteri per l'ammissione agli interventi, le tipologie di interventi e dei servizi programmati, il relativo cronoprogramma di attuazione e i relativi costi.

Il documento di "Programmazione degli interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza dei *caregiver* familiari" e la relativa "Scheda allegata agli indirizzi integrati di programmazione del fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza dei *caregiver* familiari - cronoprogramma e costi", di cui al presente atto, sono stati presentati alle Associazioni maggiormente rappresentative delle persone con disabilità e loro familiari in data 18/02/2021 ed in data 12/03/2021.

Si fa rinvio ad un successivo atto del Direttore della Direzione dei servizi sociali o suo delegato per il riparto e l'assegnazione delle risorse alle Aziende ULSS sulla base dei criteri definiti per la domiciliarità dalla DGR n. 1664/2020, nonchè per gli eventuali provvedimenti conseguenti all'esecuzione del presente atto.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

- VISTO l'art. 1, co. 254 e 255, della legge 27/12/2017, n. 205 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020*";

- VISTA l'art. 1, comma 483 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 recante "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021*";

- VISTO il D.lgs. n. 118 del 2011 e s.m.i. "*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*";

- VISTA la L.R. 29/6/2012, n. 23 "*Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio sanitario regionale 2012-2016*";

- VISTA la L.R. n. 54 del 31/12/2012 "*Legge regionale per l'ordinamento e le attribuzioni delle strutture della Giunta regionale in attuazione della legge regionale statutaria 17 aprile 2012, n. 1 "Statuto del Veneto*";

- VISTA la L.R. 25/10/2016, n. 19 "*Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominata "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS*";

- VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21/11/2019 "*Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021*";

- VISTO il Decreto del Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2020 "*Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020*";

- Richiamata la D.G.R. n. 1859 del 13/06/2006;

- Richiamata la D.G.R. n. 1338 del 30/7/2013;

- Richiamata la D.G.R. n. 1047 del 4/08/2015;

- Richiamata la D.G.R. n. 571 del 28/4/2017;

- Richiamata la D.G.R. n. 946 del 23/6/2017;

- Richiamata la DGR n. 670 del 26/5/2020;

- Richiamata la DGR n. 1664 del 01/12/2020;

delibera

1. di considerare le premesse e gli **Allegati A e B** parti integranti del presente provvedimento;
2. di approvare il documento "Programmazione degli interventi a sostegno del ruolo di cura e assistenza dei *caregiver* familiari" e la "Scheda allegata agli indirizzi integrati di programmazione del fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza dei *caregiver* familiari - cronoprogramma e costi", come riportato negli **Allegati A e B** al presente provvedimento, secondo quanto disposto dal Decreto del Ministro per le Pari Opportunità e la Famiglia di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 27 ottobre 2020 e dalle indicazioni della Presidenza del consiglio dei ministri pervenute in data 23 febbraio 2021, da realizzarsi mediante l'utilizzo delle risorse assegnate alla Regione del Veneto a valere sul Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare per il triennio 2018-2020;
3. di rinviare ad un successivo atto del Direttore della Direzione dei servizi sociali o suo delegato per il riparto e l'assegnazione delle risorse alle Aziende ULSS sulla base dei criteri definiti per la domiciliarità dalla DGR n. 1664/2020, nonchè per gli eventuali provvedimenti conseguenti all'esecuzione del presente atto;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;
5. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Legge regionale 20 novembre 2017, n. 33.

“Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare.”

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

La seguente legge:

Art. 1

(Finalità)

1. La Regione Campania riconosce, nell'ambito delle politiche del welfare, la cura familiare e la solidarietà come beni sociali in un'ottica di responsabilizzazione diffusa e di sviluppo di comunità.
2. La Regione, nel rispetto dei principi della legge 3 marzo 2009, n. 18 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità), promuove e valorizza la figura del caregiver familiare, quale componente informale della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.
3. La Regione in relazione alle esigenze della persona accudita, tutela i bisogni del caregiver familiare attraverso interventi ed azioni a suo supporto e definisce le modalità per favorire l'integrazione della sua attività nel sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari, come indicati nell'articolo 3.
4. La Regione sostiene iniziative che garantiscono alle persone non autosufficienti forme di assistenza che consentono loro la permanenza presso il proprio domicilio o in un contesto di relazione familiare.

Art. 2

(Il caregiver familiare)

1. Il caregiver familiare, scelto dalla persona da assistere oppure dal suo tutore, in primo luogo tra i familiari ed i conviventi, è la persona che si prende cura nell'ambito del Progetto Individuale per le persone disabili, di seguito denominato Progetto Individuale, di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), di una persona consenziente, non autosufficiente o comunque in condizioni di necessario ausilio di lunga durata, non in grado di prendersi cura di sé.
2. Il caregiver familiare assiste e si prende cura della persona e del suo ambiente domestico, la supporta nella vita di relazione, concorre al suo benessere psico-fisico, l'aiuta nella mobilità e nel disbrigo delle pratiche amministrative e si rapporta e si integra con gli operatori del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari-professionali che forniscono attività di assistenza e di cura.

3. Nello svolgimento delle attività di cui al presente articolo il caregiver familiare può avvalersi dei servizi territoriali e di lavoro privato di cura.

Art. 3

(Il caregiver familiare ed i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari del sistema regionale)

1. I servizi sociali dei Comuni singoli o associati in ambiti territoriali ed i servizi delle Aziende Sanitarie Locali, di seguito denominate ASL, riconoscono il caregiver familiare come un elemento della rete del welfare locale e assicurano il sostegno e l'affiancamento necessari a sostenere la qualità dell'opera di assistenza prestata.
2. I servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, previo consenso dell'assistito oppure del suo tutore, forniscono al caregiver familiare le informazioni sulle problematiche della persona assistita, sui bisogni assistenziali e le cure necessarie, sui diritti e sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie, sulle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura, come previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).
3. Nell'ambito delle proprie competenze le ASL, i Distretti, i Comuni, la Regione e le Associazioni dei pazienti e dei familiari promuovono iniziative di sensibilizzazione, di informazione e di orientamento, nonché la realizzazione di guide informative relative ai servizi ed alle iniziative pubbliche e private a sostegno del caregiver familiare.
4. Il caregiver familiare, sulla base delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3, di propria iniziativa o su richiesta dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, in modo libero e consapevole, dichiara la disponibilità a svolgere la propria attività di assistenza e cura e si avvale di supporti formativi e di forme di integrazione con i suindicati servizi, attraverso le associazioni di pazienti e familiari più rappresentative. L'impegno assunto può essere rivisto con la tempestiva revisione del Progetto Individuale.
5. Il caregiver familiare è coinvolto in modo attivo nel percorso di valutazione, definizione e realizzazione del Progetto Individuale ed assume gli impegni del progetto stesso, previo consenso della persona assistita oppure del suo tutore, allo scopo di favorirne il mantenimento al proprio domicilio.
6. Nell'ambito della definizione del Progetto Individuale di cui all'articolo 2, la Regione, in collaborazione con i Comuni singoli o associati in ambiti territoriali e l'ASL territorialmente competente, nei limiti delle risorse disponibili nell'ambito della pianificazione e della programmazione della spesa sanitaria e socio-assistenziale regionale, stabilisce i contributi di cura necessari, le prestazioni, gli ausili, gli affiancamenti o le sostituzioni ed i supporti che i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari forniscono al caregiver familiare per affrontare le possibili difficoltà od urgenze e per svolgere le normali attività di assistenza e di cura in maniera appropriata e senza rischio alcuno.

Art. 4

(Interventi a favore del caregiver familiare)

1. La Regione, nei limiti delle risorse disponibili nell'ambito della propria programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria:
 - a) stabilisce azioni a supporto del caregiver familiare per le attività di cui al comma 2 anche per il tramite delle associazioni dei pazienti e dei familiari con comprovata esperienza, dei Comuni singoli o associati in ambiti territoriali e delle ASL;
 - b) promuove forme di sostegno economico attraverso l'erogazione dell'assegno di cura per le varie patologie croniche ed in percentuale equa rispetto al budget assegnato, e di interventi

economici per l'adattamento domestico anche alle persone assistite a domicilio dai caregiver familiari, come previsto dalla normativa vigente per i contributi per la non autosufficienza;

c) favorisce accordi con le rappresentanze delle compagnie assicurative che prevedono premi agevolati per le polizze eventualmente stipulate dal caregiver familiare che opera nell'ambito del Progetto Individuale, per la copertura degli infortuni o della responsabilità civile, collegati all'attività prestata;

d) promuove intese ed accordi con le associazioni datoriali per una maggior flessibilità oraria che permetta di conciliare la vita lavorativa con le esigenze di cura, anche promuovendo lo sviluppo di servizi di welfare aziendale o interaziendale e l'incentivazione dello strumento del telelavoro;

e) favorisce, in accordo con i Comuni singoli e associati in ambiti territoriali e con le associazioni dei pazienti e dei familiari e sulla base delle buone prassi, il coinvolgimento dei soggetti gestori ed erogatori di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari nei programmi di aggiornamento degli operatori dei settori suindicati, sui temi del caregiver familiare e della relazione e comunicazione con gli stessi;

f) assicura il supporto di reti solidali ad integrazione dei servizi garantiti dalle reti istituzionali, di gruppi motivazionali e di mutuo aiuto per favorire il confronto e lo scambio di esperienze ed opportunità formative per la crescita della consapevolezza del ruolo del caregiver familiare anche mediante l'accesso ad elementi essenziali allo svolgimento delle azioni di cura e assistenza;

g) promuove la creazione di canali di comunicazione privilegiati anche con l'impiego delle nuove tecnologie della comunicazione e informazione (ICT) che facilitino il costante rapporto tra gli operatori ed il caregiver familiare.

2. I Comuni singoli o associati in ambiti territoriali, le ASL e le associazioni di pazienti e familiari, nei limiti delle risorse disponibili assicurano al caregiver familiare:

a) l'informazione, l'orientamento e l'affiancamento nell'accesso ai servizi necessari ai fini assistenziali attraverso gli sportelli front office, le sezioni sui portali con liste FAQ e i numeri verdi predisposti dalle ASL della Regione Campania;

b) la formazione e l'addestramento per il corretto svolgimento del lavoro di cura con corsi gratuiti tenuti periodicamente da medici, psicologi ed assistenti sociali nelle ASL della Regione Campania;

c) il supporto psicologico nella ricerca e nel mantenimento del benessere e dell'equilibrio personale e familiare per prevenire rischi di malattie da stress psico-fisico;

d) la definizione del responsabile delle cure nell'ambito del Progetto Individuale della persona assistita;

e) soluzioni condivise per assicurare gli interventi di sollievo, di emergenza o programmati attraverso l'impiego di personale qualificato anche con sostituzioni temporanee al domicilio del caregiver familiare;

f) la domiciliarizzazione delle visite specialistiche nei casi di difficoltà di spostamento dell'assistito, compatibilmente con la disponibilità del personale medico e l'organizzazione dei servizi sanitari.

Art. 5

(Rete di sostegno al caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato dei servizi regionali)

1. La rete di sostegno al caregiver familiare è costituita dal sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e da reti di solidarietà.

2. Sono componenti della rete, nell'ambito del Progetto Individuale:

- a) il responsabile del caso che è la figura di riferimento ed il referente del caregiver familiare;
- b) il medico di medicina generale che è il referente terapeutico del familiare assistito;
- c) l'infermiere referente o case manager che assume la funzione di referente del caso;
- d) i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari ed i servizi specialistici sanitari chiamati ad intervenire per particolari bisogni o specifiche necessità;
- e) le associazioni dei pazienti e dei loro familiari, il volontariato e la solidarietà di vicinato che rappresentano un'ulteriore risorsa e possono essere attivati per contrastare i rischi di isolamento del caregiver familiare.

Art. 6

(Riconoscimento delle competenze)

1. Per favorire la valorizzazione delle competenze maturate, l'accesso o il reinserimento lavorativo del caregiver familiare, l'esperienza maturata nell'attività di assistenza e cura prestata nell'ambito del Progetto Individuale potrà essere valutata, sulla base dei criteri, delle modalità e delle procedure previste dalla deliberazione di Giunta regionale n. 214 del 28 giugno 2016 (Sistema di Certificazione regionale di Individuazione Validazione e Riconoscimento delle Esperienze), ai fini di una formalizzazione o certificazione delle competenze, oppure quale credito formativo per l'accesso ai percorsi formativi finalizzati all'acquisizione della qualifica di operatore socio-sanitario o di altre figure, anche innovative, del repertorio regionale relative all'area socio-sanitaria, ai sensi della normativa vigente.

Art. 7

(Azioni di sensibilizzazione e partecipazione)

1. La Regione, al fine di sensibilizzare la comunità sul valore sociale del caregiver familiare, istituisce il "Caregiver day" da celebrare ogni anno l'ultimo sabato del mese di maggio con la collaborazione degli enti locali, delle ASL e delle associazioni dei pazienti e dei loro familiari e valorizza la partecipazione del terzo settore, dei sindacati dei lavoratori, dei pensionati e delle associazioni datoriali.
2. La Regione documenta e raccoglie i materiali e le esperienze provenienti dai singoli territori per la diffusione delle buone pratiche, della programmazione di iniziative e di progetti di valorizzazione e di supporto dei caregiver familiari.
3. La Regione e gli enti locali promuovono e facilitano l'associazionismo dei caregiver familiari e favoriscono la partecipazione delle loro rappresentanze associative alla programmazione dei Piani di zona degli ambiti territoriali per la salute ed il benessere sociale.

Art. 8

(Registro dei caregiver familiari)

1. E' istituito, presso la Giunta regionale, il Registro dei caregiver familiari, di seguito denominato Registro.
2. Il Registro ha come finalità la raccolta dei dati e delle competenze maturate nell'ambito delle attività di assistenza e cura da parte del caregiver.
3. Possono iscriversi al Registro i soggetti che svolgono le attività di cui all'articolo 2.
4. La Regione, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, disciplina le modalità di iscrizione e di gestione del Registro.

Art. 9

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale, trascorso un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, e in seguito con cadenza biennale, trasmette al Consiglio una relazione illustrativa contenente:
- a) l'elenco dei casi di riconoscimento del caregiver familiare;
 - b) gli interventi realizzati in favore dei caregiver familiari in attuazione della presente legge;
 - c) i risultati ottenuti a seguito delle azioni di sensibilizzazione previste all'articolo 7;
 - d) le criticità emerse in fase di attuazione delle misure di sostegno e promozione dell'attività dei caregiver.

Art. 10

(Norma finanziaria)

1. Agli oneri finanziari derivanti dall'applicazione della presente legge e quantificati in euro 15.000,00 per l'esercizio finanziario 2017 e in euro 50.000,00 per ciascuno degli esercizi finanziari 2018 e 2019 si provvede a valere sulle risorse già iscritte alla Missione 12, Programma 2, Titolo I del Bilancio di previsione 2017- 2019 mediante riprogrammazione delle risorse ivi allocate.

Art. 11

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.
- La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.
- E' fatto obbligo a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Campania.

De Luca

Lavori preparatori

Proposta di legge di iniziativa dei Consiglieri Flora Beneduce e Armando Cesaro.

Acquisita dal Consiglio regionale in data 7 ottobre 2015 con il n. 74 del registro generale ed assegnata alla VI Commissione Consiliare Permanente per l'esame e alla II e V Commissione Consiliare Permanente per il parere.

Approvata dall'Assemblea legislativa regionale nella seduta del 13 novembre 2017.

Note

Avvertenza: il testo della legge viene pubblicato con le note redatte dall'Ufficio Legislativo del Presidente della Giunta regionale, al solo scopo di facilitarne la lettura (D.P.G.R.C. n. 15 del 20 novembre 2009 - "Regolamento di disciplina del Bollettino ufficiale della regione Campania in forma digitale").

Note all'articolo 2.

Comma 1.

Legge 8 novembre 2000, n. 328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Articolo 14: "Progetti individuali per le persone disabili".

"1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.

2. Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale o al Profilo di funzionamento, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, il Piano educativo individualizzato a cura delle istituzioni scolastiche, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite, nel rispetto dei principi di tutela della riservatezza previsti dalla normativa vigente, le modalità per indicare nella tessera sanitaria, su richiesta dell'interessato, i dati relativi alle condizioni di non autosufficienza o di dipendenza per facilitare la persona disabile nell'accesso ai servizi ed alle prestazioni sociali."

L.R. 27 dicembre 2016, n. 43**Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza).**

(Approvata dal Consiglio regionale con [verbale n. 82/7 del 13 dicembre 2016](#), pubblicata nel BURA 28 dicembre 2016, n. 162 Speciale ed entrata in vigore il 29 dicembre 2016)

Testo vigente
(in vigore dal 29/12/2016)

Note generali:

L'[art. 2, L.R. 5 febbraio 2018, n. 6](#) ha destinato alla presente legge l'importo di euro 400.000,00, per competenza e cassa per l'anno 2018.

L'[art. 15, comma 19, L.R. 29 gennaio 2019, n. 1](#) ha destinato alla presente legge l'importo di euro 500.000,00, per competenza e cassa per l'anno 2019.

**Art. 1
(Finalita')**

1. La Regione Abruzzo riconosce e promuove, nell'ambito delle politiche del welfare, la cura familiare e la solidarieta' come beni sociali, in un'ottica di responsabilizzazione diffusa e di sviluppo di comunita'.
2. La Regione riconosce e valorizza la figura del caregiver familiare in quanto componente informale della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.
3. La Regione riconosce e tutela i bisogni del caregiver familiare, in sintonia con le esigenze della persona accudita, attraverso la definizione di interventi e di azioni di supporto allo stesso e l'integrazione dell'attivita' del caregiver familiare entro il sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari come indicato all'articolo 3, comma 4.
4. Ai fini di cui al comma 3 la Regione definisce modalita' per favorire l'integrazione dell'attivita' del caregiver familiare nell'ambito del sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.

**Art. 2
(Il caregiver familiare)**

1. Il caregiver familiare e' la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura nell'ambito del Piano Personalizzato di Assistenza (di seguito denominato PPA) di una persona cara e in condizioni di non autosufficienza e non in grado di prendersi cura di se', che necessita di ausilio di lunga durata e di assistenza continuativa e globale.
2. L'aiuto del caregiver familiare, in base alla situazione di bisogno della persona cara assistita, puo' caratterizzarsi in diverse forme. In particolare il caregiver familiare assiste e cura la persona ed il suo ambiente domestico, la supporta nella vita di relazione, concorre al suo benessere psico-fisico, l'aiuta nella mobilita' e nel disbrigo delle pratiche amministrative, si integra con gli operatori che forniscono attivita' di assistenza e di cura.
3. Nello svolgimento di tali attivita' il caregiver familiare puo' avvalersi dei servizi territoriali e di lavoro privato di cura.
4. Il caregiver familiare e' individuato tra:
 - a) i componenti del nucleo familiare anagrafico;
 - b) altri familiari;
 - c) i conviventi di fatto della persona non autosufficiente;
 - d) i soggetti che, a seguito delle azioni di sensibilizzazione di cui all'articolo 7, di propria iniziativa oppure su proposta dei servizi sociali, socio-sanitari o sanitari, esprimono la disponibilita' a svolgere l'attivita' di assistenza e di cura come definita ai commi 1 e 2.
5. Il caregiver familiare, individuato ai sensi del comma 4, e' comunque scelto dalla persona assistita oppure dal suo tutore.
6. L'attivita' del caregiver familiare e' oggetto di un contributo economico, nei casi e secondo le modalita' di cui all'articolo 8, fermi restando i contributi economici gia' riconosciuti ai caregiver familiari al momento dell'entrata in vigore della legge.
7. Le persone non autosufficienti, anche se assistite dai caregiver familiari, mantengono le forme di sostegno, anche economiche, previste dalla normativa vigente in materia di servizi domiciliari.

**Art. 3
(Libera scelta e rapporto con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari del sistema regionale)**

1. I servizi sociali dei Comuni e i servizi delle Aziende sanitarie riconoscono il caregiver familiare come un elemento della rete del welfare locale e gli assicurano il sostegno e l'affiancamento necessari a sostenerne la qualita' dell'opera di assistenza prestata.
2. Nel rispetto di quanto previsto dal [decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196](#) (Codice in materia di protezione dei dati personali), i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, previo consenso dell'assistito ovvero di chi ne esercita la tutela, forniscono al caregiver familiare un'informazione puntuale ed esauriente sulle problematiche di cui soffre la persona assistita, sui bisogni assistenziali e le cure necessarie, sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie, sulle diverse opportunita' e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura.
3. Nell'ambito delle proprie competenze, le Aziende Unita' sanitarie locali (AUSL), i distretti, i Comuni e la Regione promuovono iniziative di informazione ed orientamento, fra cui la realizzazione di guide informative relative a servizi ed iniziative pubbliche e private a sostegno del caregiver familiare.
4. A seguito dell'informazione di cui ai commi 2 e 3 il caregiver familiare, di propria iniziativa o a seguito di proposta da parte di un servizio sociale, socio-sanitario o sanitario, esprime in modo libero e consapevole la disponibilita' a svolgere la propria attivita' volontaria di assistenza e cura, ad avvalersi di supporti formativi e di forme di integrazione con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari. L'impegno assunto dal caregiver familiare puo' essere rivisto attraverso la tempestiva revisione del piano assistenziale individualizzato.
5. L'impegno assunto dal caregiver familiare puo' essere rivisto attraverso la tempestiva revisione del Piano Personalizzato di Assistenza.
6. Allo scopo di favorire il mantenimento della persona assistita al proprio domicilio, il caregiver familiare, previo consenso della persona cara assistita, deve essere coinvolto in modo attivo nel percorso di valutazione, definizione e realizzazione del PPA e assume gli impegni che lo riguardano, concordati nel PPA stesso.
7. Il PPA esplicita il contributo di cura e le attivita' del caregiver familiare nonche' le prestazioni, gli ausili, i contributi necessari ed i supporti che i servizi sociali e sanitari si impegnano a fornire al fine di permettere al caregiver familiare di affrontare al meglio possibili difficolta' od urgenze e di svolgere le normali attivita' di assistenza e di cura in maniera appropriata e senza rischi per l'assistito e per se' medesimo.

Art. 4

(Interventi a favore del caregiver familiare)

1. Le rappresentanze dei caregiver di cui all'articolo 7, comma 3, sono sentite nell'ambito della programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nelle forme e nei modi previsti dalla normativa vigente.
2. La Regione, nei limiti delle risorse disponibili:
 - a) prevede, nell'ambito della propria programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria, azioni a supporto del caregiver familiare, anche attraverso il sostegno ai Comuni ed alle AUSL per la realizzazione delle previsioni di cui al comma 3;
 - b) promuove forme di sostegno economico attraverso l'erogazione dell'assegno di cura e di interventi economici per l'adattamento domestico, come previsto nell'ambito della normativa vigente per i contributi per la non autosufficienza, anche alle persone assistite domiciliariamente dai caregiver familiari;
 - c) puo' favorire accordi con le rappresentanze delle compagnie assicurative che prevedano premi agevolati per le polizze eventualmente stipulate dal caregiver familiare che opera nell'ambito del PPA per la copertura degli infortuni o della responsabilita' civile collegati all'attivita' prestata;
 - d) promuove intese ed accordi con le associazioni datoriali, tesi ad una maggior flessibilita' oraria che permetta di conciliare la vita lavorativa con le esigenze di cura;
 - e) favorisce i progetti di enti e aziende per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro al fine di permettere lo svolgimento delle attivita' di cura da parte del caregiver lavoratore;
 - f) cura, in accordo con i Comuni e con il coinvolgimento dei soggetti gestori ed erogatori di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, programmi di aggiornamento degli operatori sociali, socio-sanitari e sanitari sui temi legati alla valorizzazione dei caregiver familiari e sulla relazione e comunicazione con gli stessi;
 - g) favorisce la creazione di canali di comunicazione privilegiati che facilitino il costante rapporto fra operatori e caregiver, anche impiegando le nuove tecnologie della comunicazione ed informazione (ICT);
 - h) promuove iniziative di sollievo attraverso l'impiego di personale qualificato, anche con sostituzioni temporanee al domicilio del caregiver;
 - i) incentiva l'individuazione di soluzioni condivise nelle situazioni di emergenza personale od assistenziale segnalate dal caregiver familiare, con possibile piano per fronteggiare l'emergenza o ridefinizione del PPA stesso qualora la situazione imprevista assuma carattere di stabilita'.
3. I Comuni e le AUSL, nei limiti delle risorse disponibili, assicurano al caregiver familiare:
 - a) l'informazione, l'orientamento e l'affiancamento nell'accesso ai servizi necessari ai fini assistenziali;
 - b) la formazione e l'addestramento finalizzati al corretto svolgimento del lavoro di cura;
 - c) il supporto utile ad evitare l'isolamento ed il rischio di burnout, inteso come esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le persone che esercitano attivita' di cura, nei casi piu' complessi anche attraverso

- l'attivazione di reti solidali, il supporto psicologico e la partecipazione a gruppi di auto mutuo aiuto di caregiver familiari;
- d) la definizione del responsabile delle cure nell'ambito del PPA della persona assistita;
 - e) l'individuazione di soluzioni condivise nelle situazioni di emergenza personale od assistenziale segnalate dal caregiver familiare, con possibile piano per fronteggiare l'emergenza o ridefinizione del PPA stesso qualora la situazione imprevista assuma carattere di stabilita';
 - f) il sollievo di emergenza e di tipo programmato;
 - g) la domiciliarizzazione delle visite specialistiche nei casi di difficolta' di spostamento dell'assistito, compatibilmente con la disponibilita' del personale medico e l'organizzazione dei servizi sanitari.

Art. 5

(Rete di sostegno al caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato dei servizi regionali)

1. La rete di sostegno al caregiver familiare e' costituita dal sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e da reti di solidarieta'.
2. Sono elementi della rete di cui al comma 1:
 - a) il responsabile del caso, che nell'ambito del PPA e' la figura di riferimento ed il referente del caregiver familiare;
 - b) il medico di medicina generale, che e' il referente terapeutico del familiare assistito e l'infermiere referente o case manager che, nell'ambito del PPA assume la funzione di referente del caso;
 - c) i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari ed i servizi specialistici sanitari, chiamati ad intervenire per particolari bisogni o specifiche necessita';
 - d) il volontariato e la solidarieta' di vicinato, che rappresentano un'ulteriore risorsa della rete e possono essere attivati per arricchire il PPA e contrastare i rischi di isolamento del caregiver familiare.

Art. 6

(Riconoscimento delle competenze)

1. Per favorire la valorizzazione delle competenze maturate, l'accesso o il reinserimento lavorativo del caregiver familiare, l'esperienza maturata nell'attivita' di assistenza e cura prestata in qualita' di caregiver familiare operante nell'ambito del PPA potra' essere valutata sulla base dei criteri, delle modalita' e delle procedure previste dall'attuale normativa regionale vigente sulle politiche attive del lavoro, formazione ed istruzione, politiche sociali, quale credito formativo per l'accesso ai percorsi formativi finalizzati all'acquisizione della qualifica di operatore socio-sanitario o di altre figure del repertorio regionale relative all'area socio-sanitaria.

Art. 7

(Azioni di sensibilizzazione e partecipazione)

1. Al fine di sensibilizzare la comunita' sul valore sociale del caregiver familiare, la Regione Abruzzo istituisce il "Caregiver day", da celebrarsi ogni anno, con la collaborazione degli enti locali e delle Aziende sanitarie, valorizzando la partecipazione del terzo settore, dei sindacati dei lavoratori e dei pensionati e delle associazioni datoriali.
2. La Regione promuove iniziative di informazione ed orientamento, fra cui la realizzazione di guide informative relative a servizi e iniziative pubbliche e private a sostegno dei caregiver familiari.
3. La Regione documenta e raccoglie i materiali e le esperienze provenienti dai singoli territori al fine della diffusione delle buone pratiche, della programmazione di iniziative e progetti di valorizzazione e supporto dei caregiver familiari.
4. La Regione e gli enti locali promuovono e facilitano, a livello regionale e locale, l'associazionismo dei caregiver familiari e favoriscono la partecipazione di rappresentanze associative dei caregiver familiari alla programmazione dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale.

Art. 8

(Norme attuative)

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge, sentita la Commissione consiliare competente, individua le modalita' per favorire l'integrazione dell'attivita' del caregiver familiare nell'ambito del sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.
2. La Giunta regionale individua, altresì, i casi e le modalita' con cui e' possibile erogare un contributo economico per le prestazioni del caregiver familiare, sulla base sia del reddito familiare che della gravita' della disabilita' riservando il quaranta per cento delle risorse economiche ai caregiver familiari che assistono i minori e dando prioritata' ai soggetti che assistono persone affette da gravissima disabilita' che hanno bisogno del monitoraggio e mantenimento costante delle funzioni vitali.

Art. 9

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale, trascorso un anno dall'entrata in vigore della presente legge e, successivamente, con cadenza biennale, trasmette una relazione illustrativa al Consiglio regionale, al fine del controllo sull'attuazione della legge e della valutazione sull'efficacia della stessa, contenente, in particolare:
 - a) l'avvenuto riconoscimento della figura del caregiver familiare;
 - b) gli interventi attivati in suo favore, previsti dall'articolo 4 e dall'articolo 8;
 - c) i risultati ottenuti a seguito delle azioni di sensibilizzazione di cui all'articolo 7;
 - d) un quadro relativo all'attività svolta dai caregiver, anche rispetto al coordinamento con le altre figure professionali del PPA ed alla sua integrazione nell'ambito del sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.
2. La Regione può promuovere forme di valutazione partecipata coinvolgendo i cittadini ed i soggetti attuatori degli interventi previsti.

Art. 10
(Norma finanziaria)

1. Per le misure previste all'articolo 4, comma 2, lettera b), all'articolo 7, comma 1 ed all'articolo 8, comma 2, alla Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", Programma 10 "Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia", sono assegnati per il 2016:
 - a) al Titolo 1 euro 45.000,00 per gli interventi di cui all'articolo 4, comma 2, lettera b);
 - b) al Titolo 1 euro 5.000,00 per gli interventi di cui all'articolo 7, comma 1;
 - c) al Titolo 1 euro 250.000,00 per gli interventi di cui all'articolo 8, comma 2.
2. Agli oneri di cui al comma 1 si provvede, per l'anno 2016, con la riduzione dello stanziamento alla Missione 01 "Servizi istituzionali, generali e di gestione", Programma 12 "Politica regionale unitaria per i servizi istituzionali, generali e di gestione" di euro 300.000,00 al Titolo 1.
3. A partire dagli anni successivi al 2016 le spese di cui al comma 1 sono rfinanziate con legge di approvazione del bilancio dei singoli esercizi finanziari.

Art. 11
(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo in versione Telematica (BURAT).

LEGGE REGIONALE 28 marzo 2014, n. 2**NORME PER IL RICONOSCIMENTO ED IL SOSTEGNO DEL CAREGIVER FAMILIARE (PERSONA CHE PRESTA VOLONTARIAMENTE CURA E ASSISTENZA)**

Bollettino Ufficiale n. 93 del 28 marzo 2014

INDICE*Art. 1 - Finalità**Art. 2 - Il caregiver familiare**Art. 3 - Libera scelta e rapporto con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari del sistema regionale**Art. 4 - Interventi a favore del caregiver familiare**Art. 5 - Rete di sostegno al caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato dei servizi regionali**Art. 6 - Riconoscimento delle competenze**Art. 7 - Azioni di sensibilizzazione e partecipazione**Art. 8 - Norma finanziaria**Art. 1**Finalità*

1. La Regione Emilia-Romagna riconosce e promuove, nell'ambito delle politiche del welfare, la cura familiare e la solidarietà come beni sociali, in un'ottica di responsabilizzazione diffusa e di sviluppo di comunità.
2. La Regione riconosce e valorizza la figura del caregiver familiare in quanto componente informale della rete di assistenza alla persona e risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.
3. La Regione riconosce e tutela i bisogni del caregiver familiare, in sintonia con le esigenze della persona accudita, attraverso la definizione di interventi e di azioni di supporto allo stesso e l'integrazione dell'attività del caregiver familiare entro il sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari come indicato all'articolo 3, comma 4.
4. Ai fini di cui al comma 3 la Regione definisce modalità per favorire l'integrazione dell'attività del caregiver familiare nell'ambito del sistema regionale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.

*Art. 2**Il caregiver familiare*

1. Il caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura nell'ambito del piano assistenziale individualizzato (di seguito denominato PAI) di una persona cara consenziente, in condizioni di non autosufficienza o comunque di necessità di ausilio di lunga durata, non in grado di prendersi cura di sé.
2. L'aiuto del caregiver familiare, in base alla situazione di bisogno della persona cara assistita, può caratterizzarsi in diverse forme. In particolare il caregiver familiare assiste e cura la persona ed il suo ambiente domestico, la supporta nella vita di relazione, concorre al suo benessere psico-fisico, l'aiuta nella mobilità e nel disbrigo delle pratiche amministrative, si integra con gli operatori che forniscono attività di assistenza e di cura.
3. Nello svolgimento di tali attività il caregiver familiare può avvalersi dei servizi territoriali e di lavoro privato di cura.

*Art. 3**Libera scelta e rapporto con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari del sistema regionale*

1. I servizi sociali dei Comuni e i servizi delle Aziende sanitarie riconoscono il caregiver familiare come un elemento della rete del welfare locale e gli assicurano il sostegno e l'affiancamento necessari a sostenerne la qualità dell'opera di assistenza prestata.
2. Nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, previo consenso dell'assistito ovvero di chi ne esercita la tutela, forniscono al caregiver familiare un'informazione puntuale ed esauriente sulle problematiche di cui soffre la persona assistita, sui bisogni assistenziali e le cure necessarie, sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie, sulle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura.
3. Nell'ambito delle proprie competenze, le Aziende Unità sanitarie locali (AUSL), i distretti, i Comuni e la Regione promuovono iniziative di informazione ed orientamento, fra cui la realizzazione di guide informative relative a servizi ed iniziative pubbliche e private a sostegno del caregiver familiare.
4. A seguito dell'informazione di cui ai commi 2 e 3 il caregiver familiare, di propria iniziativa o a seguito di proposta da parte di un servizio sociale, socio-sanitario o sanitario, esprime in modo libero e consapevole la disponibilità a svolgere la propria attività volontaria di assistenza e cura, ad avvalersi di supporti formativi e di forme di integrazione con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari. L'impegno assunto dal caregiver familiare può essere rivisto attraverso la tempestiva revisione del piano assistenziale individualizzato.
5. Allo scopo di favorire il mantenimento della persona assistita al proprio domicilio, il caregiver familiare,

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

previo consenso della persona cara assistita, deve essere coinvolto in modo attivo nel percorso di valutazione, definizione e realizzazione del PAI e assume gli impegni che lo riguardano, concordati nel PAI stesso.

6. Il PAI esplicita il contributo di cura e le attività del caregiver familiare nonché le prestazioni, gli ausili, i contributi necessari ed i supporti che i servizi sociali e sanitari si impegnano a fornire al fine di permettere al caregiver familiare di affrontare al meglio possibili difficoltà od urgenze e di svolgere le normali attività di assistenza e di cura in maniera appropriata e senza rischi per l'assistito e per sé medesimo.

Art. 4

Interventi a favore del caregiver familiare

1. Le rappresentanze dei caregiver di cui all'articolo 7, comma 3, sono sentite nell'ambito della programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria nelle forme e nei modi previsti dalla legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).

2. La Regione, nei limiti delle risorse disponibili:

a) prevede, nell'ambito della propria programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria, azioni a supporto del caregiver familiare, anche attraverso il sostegno ai Comuni ed alle AUSL per la realizzazione delle previsioni di cui al comma 3;

b) promuove forme di sostegno economico attraverso l'erogazione dell'assegno di cura e di interventi economici per l'adattamento domestico, come previsto nell'ambito della normativa vigente per i contributi per la non autosufficienza, anche alle persone assistite domiciliarmente dai caregiver familiari;

c) può favorire accordi con le rappresentanze delle compagnie assicurative che prevedano premi agevolati per le polizze eventualmente stipulate dal caregiver familiare che opera nell'ambito del PAI per la copertura degli infortuni o della responsabilità civile collegati all'attività prestata;

d) promuove intese ed accordi con le associazioni datoriali, tesi ad una maggior flessibilità oraria che permetta di conciliare la vita lavorativa con le esigenze di cura;

e) cura, in accordo con i Comuni e con il coinvolgimento dei soggetti gestori ed erogatori di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, programmi di aggiornamento degli operatori sociali, socio-sanitari e sanitari sui temi legati alla valorizzazione dei caregiver familiari e sulla relazione e comunicazione con gli stessi.

3. I Comuni e le AUSL, nei limiti delle risorse disponibili, assicurano al caregiver familiare:

a) l'informazione, l'orientamento e l'affiancamento nell'accesso ai servizi necessari ai fini assistenziali;

b) la formazione e l'addestramento finalizzati al corretto svolgimento del lavoro di cura;

c) il supporto utile ad evitare l'isolamento ed il rischio di burnout, inteso come esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le persone che esercitano attività di cura, nei casi più complessi anche attraverso l'attivazione di reti solidali, il supporto psicologico e la partecipazione a gruppi di auto mutuo aiuto di caregiver familiari;

d) la definizione del responsabile delle cure nell'ambito del PAI della persona assistita;

e) l'individuazione di soluzioni condivise nelle situazioni di emergenza personale od assistenziale segnalate dal caregiver familiare, con possibile piano per fronteggiare l'emergenza o ridefinizione del PAI stesso qualora la situazione imprevista assuma carattere di stabilità;

f) il sollievo di emergenza e di tipo programmato;

g) la domiciliarizzazione delle visite specialistiche nei casi di difficoltà di spostamento dell'assistito, compatibilmente con la disponibilità del personale medico e l'organizzazione dei servizi sanitari.

Art. 5

Rete di sostegno al caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato dei servizi regionali

1. La rete di sostegno al caregiver familiare è costituita dal sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari e da reti di solidarietà.

2. Sono elementi della rete di cui al comma 1:

a) il responsabile del caso, che nell'ambito del PAI è la figura di riferimento ed il referente del caregiver familiare;

b) il medico di medicina generale, che è il referente terapeutico del familiare assistito, e l'infermiere referente o case manager, che nell'ambito del PAI assume la funzione di referente del caso;

c) i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari ed i servizi specialistici sanitari, chiamati ad intervenire per particolari bisogni o specifiche necessità;

d) il volontariato e la solidarietà di vicinato, che rappresentano un'ulteriore risorsa della rete e possono essere attivati per arricchire il PAI e contrastare i rischi di isolamento del caregiver familiare.

Art. 6

Riconoscimento delle competenze

1. Per favorire la valorizzazione delle competenze maturate, l'accesso o il reinserimento lavorativo del caregiver familiare, l'esperienza maturata nell'attività di assistenza e cura prestata in qualità di caregiver familiare operante nell'ambito del PAI potrà essere valutata sulla base dei criteri, delle modalità e delle procedure previste dalla legge regionale 30 giugno 2003, n. 12 (Norme per l'uguaglianza delle opportunità di accesso al sapere, per ognuno e per tutto l'arco della vita, attraverso il rafforzamento dell'istruzione e della formazione professionale, anche in integrazione tra loro), ai fini di una formalizzazione o certificazione delle

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

competenze, ovvero quale credito formativo per l'accesso ai percorsi formativi finalizzati all'acquisizione della qualifica di operatore socio-sanitario o di altre figure del repertorio regionale relative all'area socio-sanitaria.

Art. 7

Azioni di sensibilizzazione e partecipazione

1. Al fine di sensibilizzare la comunità sul valore sociale del caregiver familiare, la Regione Emilia-Romagna istituisce il "Caregiver day", da celebrarsi ogni anno l'ultimo sabato di maggio, con la collaborazione degli enti locali e delle Aziende sanitarie, valorizzando la partecipazione del terzo settore, dei sindacati dei lavoratori e dei pensionati e delle associazioni datoriali.
2. La Regione documenta e raccoglie i materiali e le esperienze provenienti dai singoli territori al fine della diffusione delle buone pratiche, della programmazione di iniziative e progetti di valorizzazione e supporto dei caregiver familiari.
3. La Regione e gli enti locali promuovono e facilitano, a livello regionale e locale, l'associazionismo dei caregiver familiari e favoriscono la partecipazione di rappresentanze associative dei caregiver familiari alla programmazione dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale.

Art. 8

Norma finanziaria

1. All'attuazione della presente legge si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per il bilancio regionale.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA**Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 858 del 16/06/2017

Seduta Num. 23

Questo venerdì 16 **del mese di** giugno
dell' anno 2017 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Caselli Simona	Assessore
4) Costi Palma	Assessore
5) Donini Raffaele	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Petitti Emma	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Costi Palma

Proposta: GPG/2017/835 del 29/05/2017

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: ADOZIONE DELLE LINEE ATTUATIVE DELLA LEGGE REGIONALE N.2 DEL 28 MARZO 2014 "NORME PER IL RICONOSCIMENTO E IL SOSTEGNO DEL CAREGIVER FAMILIARE (PERSONA CHE PRESTA VOLONTARIAMENTE CURA ED ASSISTENZA)"

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Visti:

- il Decreto Legislativo n.502/92 e successive modificazioni, con riferimento all'art.1, commi 1,2,3,7 e 8;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - Supplemento Ordinario n. 15;
- La Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- La Legge Regionale 12 marzo 2003, n. 2, "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", e successive modifiche e integrazioni;
- La Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale";
- La Legge Regionale 28 marzo 2014, n. 2, "Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza)";
- La Legge Regionale 27 giugno 2014, n. 6 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere";
- La Legge Regionale 30 luglio 2015, n. 14 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari";

Richiamati:

- Il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza [...]" che prevedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari, il coinvolgimento nella definizione del "Progetto di assistenza individuale" (PAI) e diversi interventi di supporto come l'educazione terapeutica a pazienti e caregiver, counselling per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze, gruppi di sostegno, supporto psicologico e sociale;

- Il "Piano nazionale della cronicità (PNC)" approvato il 15 settembre 2016 dalla conferenza Stato-Regioni e recepito con la Delibera di Giunta Regionale 05 aprile 2017, n. 429, nel quale vengono previsti il coinvolgimento del paziente e i suoi caregiver nel "patto di cura" e la valorizzazione della loro esperienza;
- La Delibera dell'Assemblea Legislativa 27 settembre 2016, n. 93 "Documento di economia e finanza regionale DEFR 2017 con riferimento alla programmazione 2017-2019. (Proposta della Giunta regionale in data 28 giugno 2016, n. 1016). (Prot. DOC/2016/0000571 del 27/09/2016) che prevede, all'obiettivo 2.3.12, il consolidamento dei servizi e delle prestazioni del fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA) rivolti alle persone non autosufficienti (anziani, disabili) e ai loro caregiver;
- La Delibera dell'Assemblea Legislativa 18 giugno 2013, n. 117 "Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013/2014. Programma annuale 2013: obiettivi e criteri generali di ripartizione del Fondo Sociale ai sensi dell'art. 47, comma 3 della legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali). (Proposta della Giunta regionale in data 18 marzo 2013, n. 284);
- La Delibera dell'Assemblea Legislativa 22 maggio 2008, n. 175 "Piano sociale e sanitario 2008-2010";
- La Delibera di Giunta Regionale 15 maggio 2017, n. 643 "Piano sociale e sanitario 2017-2019" con cui la Giunta ne propone l'approvazione all'Assemblea legislativa, e che contiene il richiamo alla piena attuazione della legge regionale sui caregiver (L.R. 2/2014);
- La Delibera di Giunta Regionale 29 giugno 2015, n. 771 "Approvazione del piano regionale della prevenzione 2015-2018";
- La Delibera dell'Assemblea Legislativa 28 giugno 2016, n. 1003 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016" che prevede che le Aziende Usl garantiscano l'attiva partecipazione alla programmazione e realizzazione degli interventi a favore dei caregiver familiari di persone non autosufficienti in attuazione della LR 2/2014;

- La Delibera di Giunta Regionale 2 novembre 2015, n. 1646 "Presenza d'atto della sottoscrizione del patto per il lavoro da parte del Presidente della Regione Emilia-Romagna e delle parti sociali e disposizioni per il monitoraggio e la valutazione dello stesso";
- La Delibera di Giunta regionale 24 febbraio 2014, n. 220 così come modificata e integrata dalla Delibera di Giunta regionale 21 luglio 2014, n.1227 concernente "[...] percorsi relativi all'accudimento in ambito domiciliare di pazienti con bisogni assistenziali complessi";
- La Delibera di Giunta Regionale 27 giugno 2016, n. 990 "Aggiornamento del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) e recepimento del piano nazionale demenze", che costituisce una prima attuazione (per quanto riguarda la programmazione regionale in materia di interventi per le persone con demenza e loro familiari) a quanto previsto dalla lettera a) comma 2) dell'art.4 della L.R.2/2014.

Considerata l'opportunità di promuovere un'omogenea attivazione, a livello territoriale, per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare nell'ambito del sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari;

Rilevato che nel Patto per il Lavoro sottoscritto il 20 luglio 2015 tra Regione Emilia-Romagna e parti firmatarie (Cgil, Cisl, Uil, Ugl, Anci, Upi, Legautonomie, Uncem, Agci, Confcooperative, Legacoop-ER, Cna, Confartigianato, Confcommercio, Confesercenti, Cia, Coldiretti, Confagricoltura, Confindustria, Confapindustria, Confservizi, Unioncamere, Abi, Forum Terzo Settore, Comuni, Università, e altri) si afferma la necessità di linee guida attuative della Legge regionale sul Caregiving (L.R. n. 2/2014);

Dato atto che per raggiungere le finalità sopra citate, con Determinazione n. 11114 del 12 luglio 2016 della Direttrice Generale Cura della Persona, Salute e Welfare è stato costituito il "Gruppo di lavoro per la stesura di linee guida attuative della Legge regionale sul caregiving (L.R. 2/2014)" composto da rappresentanti dell'associazionismo, del volontariato e delle parti sociali, professionisti delle Ausl, dirigenti e funzionari regionali; con determinazione n. 698 del 23 gennaio 2017 è stata integrata la composizione del gruppo di lavoro con sei nuovi componenti per garantire la rappresentanza dei Comuni e la presenza di professionisti delle Ausl afferenti alle diverse aree vaste con specifiche esperienza e professionalità e in grado di fornire un utile contributo ai lavori del gruppo stesso;

Dato atto che, nell'ambito della propria attività, il Gruppo ha elaborato la proposta di linee attuative, contenuta nell'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto;

Dato atto del confronto effettuato in sede di Comitato tecnico scientifico della Cabina di Regia in data 27 aprile 2017;

Dato atto del confronto effettuato in sede di Cabina di Regia per le politiche sociali e sanitarie (art. 59 della L.r.13/2015) in data 22 maggio 2017;

Viste:

- la Legge Regionale n. 43 del 2001 (Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna);
- la propria deliberazione n. n. 2416/2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007".

Richiamate, inoltre, le proprie deliberazioni relative all'organizzazione dell'Ente Regione e alle competenze dei dirigenti regionali di seguito indicate:

- n. 193 del 27 febbraio 2015 "Contratto di lavoro ai sensi dell'art. 43 LR 43/2001 e affidamento dell'incarico di direttore generale "Sanità e Politiche Sociali";
- n. 628 del 29 maggio 2015 "Riorganizzazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali";
- n. 2189 del 21 dicembre 2015 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della macchina amministrativa regionale";
- n. 56 del 25 gennaio 2016 "Affidamento degli incarichi di Direttore generale della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 43 della L.R. 43/2001";
- n. 270 del 29 febbraio 2016 "Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 622 del 28 aprile 2016 "Attuazione seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 702 del 16 maggio 2016 "Approvazione incarichi dirigenziali conferiti nell'ambito delle Direzioni Generali - Agenzie - Istituto, e nomina dei responsabili della prevenzione della

corruzione, della trasparenza e accesso civico, della sicurezza del trattamento dei dati personali, e dell'anagrafe per la stazione appaltante";

- n. 1681 del 17 ottobre 2016 "Indirizzi per la prosecuzione della riorganizzazione della macchina amministrativa regionale avviata con delibera n. 2189/2015";
- n. 2344 del 21 dicembre 2016 "Completamento della riorganizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare";
- n. 3 dell'11 gennaio 2017 "Approvazione incarichi dirigenziali conferiti nell'ambito dell'Agenzia di Informazione e comunicazione, dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, della Direzione Generale Agricoltura, Caccia e Pesca e della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e riconoscimento retribuzione di posizione FR1super";
- n. 89 del 30 gennaio 2017 "Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute e della Vicepresidente e Assessore alle Politiche di Welfare e Politiche abitative;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di approvare, per le motivazioni indicate in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate, il documento "Linee attuative della Legge Regionale n.2 del 28 marzo 2014 "Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza)", di cui all'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di dare mandato ai Servizi della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, di dare ampia diffusione alle presenti linee di indirizzo anche individuando modalità, tempistiche e strumenti per promuoverne l'attuazione;
3. di dare mandato alle Aziende Sanitarie e agli Enti Locali di dare attuazione alle presenti linee di indirizzo, finalizzate a garantire in modo uniforme sul territorio regionale la

realizzazione degli interventi integrati rivolti al riconoscimento e al sostegno del caregiver familiare;

4. di prevedere che l'applicazione del documento allegato sarà oggetto di verifica ad un anno dall'approvazione, dopo la quale saranno effettuati monitoraggi periodici da parte dei Servizi regionali competenti al fine di verificare la sostenibilità, l'efficacia e valutare l'opportunità di integrare ulteriori misure;
5. di stabilire che le presenti linee potranno essere aggiornate anche a seguito delle verifiche periodiche e integrate da documenti operativi;
6. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale Regionale.

Allegato 1

Linee attuative
Legge Regionale n.2 del 28 marzo 2014
*“Norme per il riconoscimento e il sostegno del
caregiver familiare (persona che presta
volontariamente cura ed assistenza)”*

Il documento costituisce il risultato del Gruppo di lavoro regionale per la stesura delle Linee Guida Attuative della Legge Regionale n. 2/2014 sul *caregiving* istituito dalla Direttrice Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, **Kyriakoula Petropulacos**.

Coordinamento:

Antonio Brambilla, Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna

Fabia Franchi, Azienda USL di Bologna

Partecipanti:

- **Ivano Baldini**, Associazione AlzheimerER Emilia-Romagna
- **Alberto Bellelli**, Associazione Nazionale Comuni Italiani Emilia-Romagna (ANCI)
- **Barbara Bentivogli**, Associazione Nazionale Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale (ANFFAS) Emilia-Romagna
- **Francesca Bergamini**, Servizio Programmazione delle Politiche dell'Istruzione, della Formazione, del Lavoro e della Conoscenza, Regione Emilia-Romagna
- **Lucio Boattini**, Azienda USL della Romagna
- **Daniela Bortolotti**, Sindacato CGIL Emilia-Romagna
- **Davide Botturi**, Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna
- **Emma Derocchi**, Azienda USL della Romagna
- **Elisabetta Di Pardo**, Servizio Attuazione degli interventi e delle Politiche per l'Istruzione, la Formazione e il Lavoro, Regione Emilia-Romagna
- **Andrea Fabbo**, Azienda USL di Modena
- **Lalla Golfarelli**, Associazione Caregiver Familiari Emilia-Romagna (CARER)
- **Loredana Ligabue**, Associazione Caregiver Familiari Emilia-Romagna (CARER)
- **Felice Maran**, Azienda USL di Ferrara
- **Beatrice Mariotto**, Associazione Nazionale Terza Età Attiva per la Solidarietà (ANTEAS) Emilia-Romagna
- **Maurizia Martinelli**, Sindacato CISL Emilia-Romagna
- **Gianluca Mingozzi**, Federsolidarietà Emilia-Romagna
- **Mauro Pepa**, Federazione tra le Associazioni Nazionali delle persone con Disabilità (FAND) Emilia-Romagna
- **Simonetta Puglioli**, Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna
- **Christian Ruiu**, Sindacato UIL Emilia-Romagna
- **Giuliana Servadei Gaspari**, Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap (FISH)
- **Cinzia Vecchi**, Azienda USL di Parma

Si ringraziano per la collaborazione:

- **Stefano Versari, Stefania Bigi, Rita Fabrizio e Maria Teresa Proia**, Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna, Ministero Istruzione, Università e Ricerca
- **Paola Cicognani**, Agenzia Regionale per il Lavoro, Regione Emilia-Romagna
- **Imma Cacciapuoti, Rosa Cacici, Michela Cappai, Antonella Carafelli, Ilaria De Santis, Andrea Donatini, Marilena Durante, Raffaele Fabrizio, Franca Francia, Luigi Mazza, Mauro Mirri, Patrizia Pasini, Maria Rolfini**, Servizio Assistenza Territoriale, Regione Emilia-Romagna
- **Maria Mongardi, Ottavio Nicastro, Elisa Rozzi**, Servizio Assistenza Ospedaliera, Regione Emilia-Romagna
- **Maura Forni, Claudia Ceccacci, Giulio Dall'Orso**, Servizio Politiche sociali e socio-educative e Servizio Politiche per l'Integrazione sociale, il Contrasto alla povertà e Terzo Settore Regione Emilia-Romagna
- **Augusta Nicoli e Vittoria Sturlese**, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna.

Indice

1. Il contesto.....	11
1.1 La condizione del caregiver.....	12
2. Obiettivo.....	13
3. Ambito di applicazione.....	13
4. La definizione di caregiver familiare.....	13
5. Il riconoscimento e la valorizzazione del caregiver familiare nella rete di assistenza.....	15
6. Gli interventi a favore del caregiver familiare.....	16
6.1 La Regione.....	16
6.1.1 Le politiche regionali di settore.....	16
6.1.2 Azioni trasversali.....	16
6.2 Le Aziende USL e i Comuni.....	17
6.3 Associazionismo e volontariato.....	19
7. Le azioni di sostegno al benessere del caregiver.....	19
8. Il riconoscimento delle competenze.....	21
9. Monitoraggio e valutazione.....	22
Allegato A Il caregiver familiare nella rete dei servizi.....	23

1. Il contesto

Secondo l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) il tasso di disabilità della popolazione dell'Emilia-Romagna è pari al 3,7%. I 2/3 della popolazione affetta da disabilità è rappresentata da ultra 65enni.

Secondo i risultati dell'indagine "Passi d'Argento" 2012-2013, si stima che in Emilia-Romagna circa un sesto della popolazione ultra 65enne (circa 124.000 persone) presenti qualche forma di disabilità (limitazioni in almeno una attività funzionale della vita quotidiana - ADL) e che, tra essa, il 91% riceva aiuto dai familiari. Circa la metà delle persone anziane con disabilità accudite al domicilio (52%) è assistita anche da assistenti familiari privati (badanti).

Tali dati evidenziano un bisogno assistenziale ed un impegno elevato nei compiti di cura, che ricade significativamente sulle famiglie: secondo l'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (IRES) in Italia quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio ed oltre il 70% non si avvale di alcuna assistenza; in Europa l'80% del lavoro di cura a persone con disabilità e anziani non autosufficienti è assicurato da caregiver familiari (Eurocarers).

I dati demografici presentano una popolazione regionale dell'Emilia-Romagna che continua ad invecchiare (indice di vecchiaia: 168 nel 2012 vs 173,4 nel 2015). La popolazione con più di 75 anni residente in Emilia-Romagna rappresenta il 12,4% (553.017 persone) del totale dei residenti e la popolazione ultra 80 enne il 7,6% (338.054).

Tali dati, insieme a quelli relativi all'aumento della cronicità e delle patologie degenerative, proiettano un bisogno di cura in crescita, che richiede il riconoscimento e la valorizzazione di chi, in "famiglia", si prende cura e il suo sostegno nella più ampia rete di protezione sanitaria e sociale.

In Emilia-Romagna, secondo le analisi statistiche regionali, nel 2015 il 19% della popolazione di età ≥ 14 anni è affetto da 1 patologia cronica (760 mila abitanti), il 24% da 2 o più (957 mila abitanti) e il 3% da 5 o più (circa 103 mila abitanti).

Ad oggi in Italia non è disponibile una rilevazione sistematica della popolazione che si prende cura, a differenza di altri Paesi europei. Gli unici dati disponibili riguardano le indagini multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). Secondo l'indagine multiscopo sulla conciliazione tra lavoro e famiglia (2010), si stima che in Emilia-Romagna le persone di età fra i 15 e i 64 anni che dichiarano di prendersi regolarmente cura di qualcuno (figli coabitanti minori di 15 anni, altri bambini, adulti disabili, malati o anziani) sono più di 1 milione e 100mila, pari al 40,2% della popolazione totale della medesima età. Di questi le persone che, nel contesto familiare, prestano regolarmente attività di cura ad adulti anziani, malati, disabili sono stimate essere 289 mila (3.329.000 in Italia).

Sempre secondo l'indagine multiscopo dell'ISTAT sulla conciliazione tra lavoro e famiglia (2010) in Emilia-Romagna i caregiver familiari sono prevalentemente donne (55%), spesso impegnate ad assistere più di una persona (nella combinazione bambini e anziani). In Emilia-Romagna, il 12,5% delle donne (10,7% in Italia) e l'8% degli uomini (6,2% in Italia) di età compresa tra i 15 e i 64 anni si dichiarano caregiver di adulti disabili.

Sebbene la maggioranza dei caregiver familiari sia rappresentata da adulti (in particolare, di età 45-64 anni), in Emilia-Romagna si stima che i "giovani caregiver" (15-24 anni) siano circa 13.250 (169.000 in Italia).

A livello europeo, nazionale e regionale dell'Emilia-Romagna, il lavoro di cura presenta ancora oggi una peculiarità di genere in tutte le fasce di età, a conferma di stereotipi culturali, da un lato, e, dall'altro, di ritardi nell'attivazione di politiche organiche e strutturali di conciliazione.

1.1 La condizione del caregiver

Si stima che il caregiver familiare svolga anche 7 ore al giorno di assistenza diretta e 11 ore di sorveglianza, per una media di 8-10 anni nel caso di persone anziane non autosufficienti, per tutta la vita nel caso di disabilità congenita grave. Condizione quest'ultima che diviene ancor più gravosa con l'avanzare dell'età e della condizione di fragilità dei genitori. La durata nel tempo e l'intensità del lavoro di cura impattano pesantemente sulla vita del familiare che si prende cura, stravolgendone la quotidianità ed il progetto di vita.

L'attività del caregiver familiare può avere un impatto negativo sulla salute: molteplici studi evidenziano come le persone che prestano rilevante attività di cura hanno il doppio di probabilità di avere problemi di salute, probabilità che incrementa se il caregiver ha tra i 18 e i 25 anni di età. Secondo i risultati dello studio di Elizabeth Blackburn, premio Nobel per la Medicina nel 2009, l'aspettativa di vita di caregiver sottoposti allo stress di curare familiari gravi si riduce (dai 9 ai 17 anni). L'attività di caregiving può avere un impatto negativo non solo sul benessere psico-fisico del caregiver, ma anche sull'intero nucleo familiare e sulla persona accudita.

Tra i principali fattori di rischio per il benessere psico-fisico del caregiver vi sono: stanchezza fisica, stress emotivo, problemi psicologici, isolamento sociale, ridotta conoscenza nella gestione della malattia, e ridotta capacità di coping (comprensione e gestione delle situazioni critiche).

Sono disponibili diversi strumenti di valutazione del carico assistenziale, tra cui il Caregiver Burden Inventory - CBI (Novak et al., 1989). Il CBI è uno strumento di autovalutazione suddiviso in 5 sezioni: carico oggettivo, carico psicologico, carico fisico, carico sociale, carico emotivo. Conoscere in quale area il singolo caregiver sia "stressato" rappresenta la base di partenza indispensabile per dare sollievo e sostenerlo nel lavoro di cura.

La Regione si impegna a realizzare un approfondimento, rilevando gli strumenti e le modalità attualmente utilizzati a livello territoriale, al fine di identificare eventuali modalità/strumenti uniformi e di semplice applicazione.

2. Obiettivo

Obiettivo delle presenti linee è di fornire indicazioni funzionali a garantire l'attuazione dei principi sanciti dalla Legge regionale, nell'ambito del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, nella direzione di un welfare di comunità che riconosca e sostenga i caregiver familiari e valorizzi l'apporto dell'associazionismo e del volontariato.

3. Ambito di applicazione

Le presenti linee forniscono una cornice di riferimento cui possono raccordarsi, con un approccio trasversale, di politiche e azioni integrate, tutte le iniziative specifiche che riguardano i caregiver, nei diversi ambiti di intervento.

4. La definizione di caregiver familiare

“Il caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura nell'ambito del piano assistenziale individualizzato (di seguito denominato PAI) di una persona cara consenziente, in condizioni di non autosufficienza o comunque di necessità di ausilio di lunga durata, non in grado di prendersi cura di sé” (LR 2/14 Art 2 c. 1).

L'aiuto prestato dal caregiver familiare, in base al bisogno della persona assistita, può avere diverse declinazioni. In particolare, il caregiver familiare si prende cura della persona e del suo ambiente domestico, la supporta nella vita di relazione, concorre al suo benessere psico-fisico, l'aiuta nella mobilità e nel disbrigo delle pratiche amministrative, si rapporta con gli operatori dei servizi.

- *Il caregiver familiare può avvalersi dei servizi territoriali e di lavoro privato di cura (assistente familiare) (LR 2/14 art 2 c.3), mantenendo comunque la responsabilità delle decisioni inerenti l'organizzazione delle cure del proprio caro e la funzione di supporto/orientamento all'assistente familiare.*
- Il caregiver familiare, liberamente scelto dall'assistito, può essere una figura giuridicamente diversa dal tutore, curatore e amministratore di sostegno (vedi box 1).
- Il caregiver familiare è una risorsa essenziale nel percorso di cura della persona non autosufficiente e al contempo è soggetto portatore di propri bisogni specifici.

Box 1. Amministrazione di sostegno, interdizione, inabilitazione

L'amministratore di sostegno (figura istituita e normata con la Legge n. 6 del 9 gennaio 2004) è la persona nominata dal Giudice Tutelare al fine di assistere, sostenere, rappresentare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, chi per effetto di un'infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trovi nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere in tutto o in parte all'espletamento delle funzioni della vita quotidiana.

L'amministratore di sostegno viene di preferenza scelto, dove possibile, nello stesso ambito familiare dell'assistito: possono essere amministratori di sostegno il coniuge (purché non separato legalmente), la persona stabilmente convivente, il padre, la madre, il figlio o il fratello o la sorella, e il parente entro il quarto grado.

La tutela dell'amministratore di sostegno non comporta l'annullamento delle capacità a compiere validamente atti giuridici: il giudice tutelare individua gli atti (volta per volta ed in relazione alle concrete necessità) per i quali l'amministratore di sostegno si sostituirà al disabile e quelli per i quali dovrà prestare sola assistenza.

Gli anziani e i disabili, ma anche gli alcolisti, i tossicodipendenti, le persone detenute, i malati terminali possono ottenere, anche in previsione di una propria eventuale futura incapacità, che il giudice tutelare nomini una persona che abbia cura della loro persona e del loro patrimonio.

Diverso l'istituto dell'**interdizione** che costituisce la misura più grave ed estrema, che postula una condizione di infermità assoluta (per esempio, abituale infermità di mente che rende incapaci di provvedere ai propri interessi) e comporta la limitazione completa della capacità di agire; tuttavia, l'istituto dell'interdizione e gli effetti che esso comporta risultano incentrati non tanto sul soggetto debole da tutelare, bensì in larga parte destinati alla protezione del suo patrimonio.

Il tutore ha la cura della persona interdetta, la rappresenta in tutti gli atti e ne amministra i beni.

L'**inabilitazione** rappresenta una soluzione "intermedia", comunque grave, che postula una condizione di infermità parziale o situazioni sociali o sanitarie tali da mettere a rischio gli interessi della persona.

Possono risultare destinatari di inabilitazione il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è così grave da comportare l'interdizione; coloro che per prodigalità, uso di bevande alcoliche, stupefacenti espongono sé o la loro famiglia a gravi pregiudizi economici; il sordomuto o il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente.

Il curatore svolge di norma un controllo su tutti gli atti di straordinaria amministrazione, i quali per essere validi debbono essere compiuti con il suo consenso e necessitano altresì di un procedimento giurisdizionale di autorizzazione. Nessun controllo viene invece esercitato dal curatore sugli atti di ordinaria amministrazione, che l'inabilitato può quindi compiere da solo.

5. Il riconoscimento e la valorizzazione del caregiver familiare nella rete di assistenza

- Il caregiver familiare deve essere formalmente identificato e coinvolto in modo attivo nel percorso di definizione, realizzazione e valutazione del progetto di vita e di cura¹, così come l'eventuale sostituto individuato.
- Lo specifico contributo di cura del caregiver e le conseguenti attività devono essere esplicitate nel piano individualizzato (Piano Assistenziale Individualizzato - PAI, Piano Educativo Individualizzato - PEI, Piano di cura, e ogni forma di pianificazione del percorso di presa in carico).
- La garanzia della continuità dell'assistenza (ospedale-territorio, territorio-ospedale, territorio-territorio) rappresenta elemento essenziale nella risposta ai bisogni della persona assistita e richiede la valorizzazione del caregiver come parte attiva - consapevole ed informata - del processo (es. dimissioni protette, variazione setting assistenziale e/o degli obiettivi di vita e di cura, ecc.).
- Laddove i servizi territoriali vengano a conoscenza di situazioni di particolare fragilità procedono a una valutazione specifica del caso e attivano eventuali interventi di supporto (es. giovani caregiver che, per l'impegno di cura che si trovano a sostenere, possono avere difficoltà a livello scolastico e di vita sociale. A tal fine, possono anche essere promossi raccordi con le scuole per sostenere lo studente che abbia un ruolo di caregiver familiare attraverso la personalizzazione del piano di studi elaborato dal consiglio di classe (L.53/2003 art.2 co.l)

¹ Rientrano in questo concetto, sia il "Progetto di vita" delle persone con disabilità e le loro famiglie (art.14, L. 328/00), che il "Progetto di vita e di cure" per le persone non autosufficienti, (DGR 1206/2007, DGR 1230/08), intendendo un progetto elaborato dai servizi territoriali in accordo con le scelte delle persone e dei familiari, tenendo conto del contesto di vita, delle risorse disponibili, delle prospettive, dei bisogni specifici della persona e degli eventuali caregiver, degli interventi di supporto ed opportunità attivabili, a cura di tutti gli attori istituzionali a diverso titolo coinvolti.

6. Gli interventi a favore del caregiver familiare

Alla luce del contesto e della realtà emergente, è necessario rendere più omogenee le risposte dei diversi territori, facendo sì che le diverse esperienze realizzate in modo frammentato diventino sempre più sistema e consentano di valorizzare l'apporto dei caregiver familiari, di sostenerli nella loro vita e non solo nell'attività di cura, anche attraverso un rapporto più strutturato con la rete dei servizi.

6.1 La Regione

6.1.1 Le politiche regionali di settore

Le politiche regionali di settore (es. non autosufficienza, disabilità, ecc.) prevedono interventi specifici di sostegno alla figura del caregiver familiare (Allegato A).

6.1.2 Azioni trasversali

In attuazione della Legge regionale, la Regione:

- promuove forme strutturate di raccordo/coordinamento trasversali e inter settoriali, da articolare di norma a livello distrettuale, col coinvolgimento e la valorizzazione del terzo settore (volontariato, associazionismo, cooperazione sociale), delle parti sociali, delle associazioni datoriali e di altri soggetti della comunità (es. centri sociali, parrocchie);
- favorisce *“accordi con le rappresentanze delle compagnie assicurative che prevedano premi agevolati per le polizze stipulate dal caregiver familiare a copertura di infortuni e della responsabilità civile collegati all'attività prestata”* (art.4, lettera c, LR 2/2014);
- promuove intese ed accordi con le associazioni datoriali, tesi ad una maggior flessibilità oraria che permetta di conciliare la vita lavorativa con le esigenze di cura, in raccordo con la Legge Quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere (LR n. 6/2014 Titolo VII Conciliazione e condivisione delle responsabilità sociali e di cura);
- promuove iniziative e programmi di tutela della salute psicofisica dei caregiver e dei rischi connessi, attraverso la rete dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali, anche in collaborazione con tutte le risorse della comunità (es. associazioni di volontariato, associazioni di categoria), per rispondere a problemi di salute soprattutto nelle condizioni maggiormente totalizzanti ed usuranti;
- promuove la sensibilizzazione e il coinvolgimento della Comunità anche tramite campagne di informazione coordinate (Caregiver day e la diffusione del suo significato) e facilita la sintesi e la restituzione delle esperienze realizzate dai singoli territori al fine della diffusione e consolidamento delle buone pratiche, tramite specifici monitoraggi regionali;
- si impegna a garantire l'informazione agli organismi regionali di rappresentanza del terzo settore, relativamente ad atti normativi, raccomandazioni e linee di indirizzo, che prevedono specifici interventi nei confronti dei caregiver familiari;
- promuove un programma di aggiornamento, formazione e sensibilizzazione degli operatori sociali, socio-sanitari e sanitari della rete dei servizi (vedi box.2);
- promuove la collaborazione con l'Università per inserire la tematica del sostegno al caregiver familiare tra gli insegnamenti dei corsi di laurea per le professioni d'aiuto (medicina, professioni sanitarie, assistente sociale, educatore).

6.2 Le Aziende USL e i Comuni

Le Aziende USL ed i Comuni, definiscono, nell'ambito delle risorse disponibili, un programma/piano/progetto integrato per la valorizzazione e il sostegno del caregiver familiare (di norma nell'ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale e nei Piani attuativi annuali). In particolare assicurano:

- le competenze e le condizioni organizzative affinché il caregiver possa essere supportato nell'accesso alla rete (informazione, orientamento e affiancamento). A tal fine, rendono disponibili operatori adeguatamente formati nell'ambito di sportello sociale, punto unico di accesso sanitario e sociale, servizi specifici (es. "Servizio assistenza anziani"). Tra i setting maggiormente appropriati rientra la Casa della Salute;
- un'informazione puntuale ed esauriente sulle problematiche di cui soffre la persona assistita, sui bisogni assistenziali e le cure necessarie, sugli obiettivi conseguibili e sul coinvolgimento di tutti i soggetti della rete assistenziale; la definizione delle precise necessità assistenziali sul singolo caso; la valutazione delle competenze del caregiver; l'eventuale necessità di uno specifico addestramento; la garanzia della supervisione e di un monitoraggio costante, che tenga anche conto dell'impatto delle funzioni di cura sul caregiver;
- la formazione e l'addestramento finalizzati all'orientamento e all'accesso alla rete dei servizi e al lavoro di cura (vedi box 2);
- la ricognizione, il coinvolgimento e la partecipazione delle associazioni di familiari e delle altre organizzazioni del terzo settore disponibili a mettere a disposizione competenze e risorse per la valorizzazione e il sostegno del caregiver, nonché la promozione dell'adesione di altri soggetti portatori di interessi (sindacati, ecc.);
- la valorizzazione dei soggetti e delle risorse della comunità a supporto dei caregiver familiari in particolare per affrontare le possibili situazioni di criticità (es. sostituzione temporanea di assistenti famigliari, assenza improvvisa del caregiver);
- particolare attenzione all'identificazione del caregiver nell'ambito delle dimissioni protette, assicurando comunque la comunicazione della dimissione al paziente ricoverato, ai familiari di riferimento e/o al/ai caregiver familiare/i con sufficiente anticipo per consentire la riorganizzazione delle risorse familiari da impegnare in attività di cura o comunque predisporre le condizioni per la prosecuzione del percorso assistenziale al domicilio o in altro servizio sanitario o socio-sanitario territoriale.

Box 2. Interventi di informazione e formazione da assicurare a livello territoriale

CAREGIVER

Le iniziative di informazione e formazione possono avere diverse forme:

- di base, generale, per gruppi di caregiver;
- individuale sul singolo caso;
- congiunte con assistenti familiari (Allegato 3 DGR 1206/07; DGR 2375/09).

Le iniziative di informazione e formazione possono avere contenuti e valenze diversi:

1. contenuto generale relativo all'orientamento e all'accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie, alle opportunità e alle risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura, fra cui la realizzazione di guide informative sui servizi e le iniziative pubbliche e private a sostegno del caregiver familiare;
2. contenuto tecnico relativo alle azioni di sostegno allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e all'autogestione;
3. contenuto generale relativo al supporto e all'*empowerment* del caregiver, anche in relazione al ruolo svolto in prima persona o con l'ausilio di un assistente familiare.

Le iniziative di formazione possono essere ripetute nel corso del tempo anche in forma di aggiornamenti successivi e devono prevedere forme organizzative flessibili, inclusa la formazione a distanza (FAD) e l'*e-learning*, e modulari, per favorire la massima partecipazione e fruizione.

Le tematiche affrontate nelle iniziative formative possono essere, ad esempio: consapevolezza di ruolo; assistenza diretta; assunzione responsabilità di "amministratore" del caso (amministratore di sostegno, contratto con badante, ecc.); comunicazione/relazione (supporto e conoscenza aspetti psicologici); gestione dello stress ed elaborazione del lutto, ecc.

PROFESSIONISTI

Le iniziative di informazione, formazione, e sensibilizzazione, a favore degli operatori sociali, socio-sanitari e sanitari (con particolare riferimento ai medici di medicina generale), sono tese a:

- favorire il riconoscimento del caregiver come attore partecipe ed attivo del piano di cura, soggetto essenziale per la garanzia del PAI, portatore di risorse, ma al tempo stesso portatore di bisogni specifici che richiedono particolare attenzione;
- promuovere una specifica attenzione all'identificazione, riconoscimento, orientamento e supporto dei caregiver familiari, in particolare nei momenti in cui insorge il bisogno, per agevolarli e accompagnarli nei percorsi (es. dimissioni protette, punti di accesso);
- sviluppare la capacità di ascolto, relazione, comunicazione, tenendo conto anche degli aspetti psicologici, degli stati emotivi e del contesto personale, familiare e sociale;
- favorire l'utilizzo di semplici strumenti di valutazione del carico oggettivo, psicologico, fisico, sociale, emotivo del caregiver familiare, anche al fine di identificare le opportunità di sostegno più appropriate.

6.3 Associazionismo e volontariato

La Regione, le Aziende USL e i Comuni promuovono e facilitano, a livello regionale e locale, l'associazionismo dei caregiver familiari e favoriscono la partecipazione di rappresentanze associative dei caregiver familiari alla programmazione territoriale (es. Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale).

In coerenza con le indicazioni regionali, le organizzazioni del terzo settore possono inoltre:

- contribuire al supporto del caregiver attraverso attività dirette di affiancamento (es. attività di compagnia e relazione, intervento di sollievo in emergenza, temporanea sostituzione per permettere la conciliazione dell'impegno di cura del caregiver e la dimensione tempo libero per sè stesso);
- partecipare alla promozione ed organizzazione di eventi finalizzati alla sensibilizzazione, valorizzazione del caregiver e alla promozione del suo benessere (es. nell'ambito del Care Giver Day, dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto, iniziative ricreative collettive);
- partecipare ai programmi di contrasto all'isolamento e alla solitudine e di supporto al reinserimento nelle reti sociali;
- contribuire alla realizzazione delle iniziative di informazione e formazione in collaborazione e/o per conto degli Enti locali e delle Aziende Unità Sanitarie Locali.

7. Le azioni di sostegno al benessere del caregiver

Fra gli interventi di sostegno del caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato dei servizi, possono rientrare attività rivolte a gruppi di caregiver e attività di supporto rivolte ai caregiver singolarmente considerati.

Le attività di sostegno possono perseguire diversi obiettivi, anche congiuntamente, garantendo comunque: un sostegno di carattere "educativo", sostegno psicologico, sostegno sociale e sostegno materiale.

Fra gli interventi rivolti ai singoli caregiver familiari, possono rientrare:

- accoglienza temporanea di sollievo (sollievo programmato, sollievo in emergenza, con inserimenti in struttura; esperienze innovative di sollievo al domicilio);
- supporto psicologico;
- sostegno economico (es. assegno di cura anziani e disabili e contributo aggiuntivo assistenti familiari);
- le opportunità offerte dall'Information Communication Technology (ICT) (es. le tecnologie touch, telesoccorso, teleassistenza);
- consulenze e contributi per l'adattamento domestico;
- interventi di "tutoring domiciliare" (nell'ambito dell'assistenza domiciliare);
- supporto assistenziale in caso di emergenza (es. ricovero urgente del caregiver).

Fra gli interventi rivolti a gruppi di caregiver, possono rientrare:

- gruppi di auto- e mutuo-aiuto e gruppi di sostegno (es. per favorire la condivisione, l'aiuto tra "pari", la solidarietà, il sostegno fra persone che vivono una stessa situazione, l'*empowerment*);
- iniziative di informazione, formazione, ed educazione specifiche (vedi box 2);
- reti solidali di contrasto all'isolamento e alla solitudine (incluse opportunità di condivisione, solidarietà, socializzazione, aggregazione);
- iniziative di promozione della salute fisica e mentale (es. gruppi di cammino, stili di vita salutari);
- iniziative legate a specifiche patologie / reti (es. Cafè alzheimer nell'ambito delle demenze).

Tale elenco è da considerarsi meramente esemplificativo e non esaurisce la varietà di iniziative di sostegno che possono essere promosse e sviluppate a livello territoriale, valorizzando la capacità di innovazione e di coinvolgimento della comunità nelle sue diverse espressioni.

8. Il riconoscimento delle competenze

Le competenze maturate dal caregiver familiare nell'ambito del PAI potranno essere valorizzate attraverso due modalità principali:

1. attestazione da parte della Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) e/o del Comune del coinvolgimento del caregiver familiare nel PAI, con l'indicazione della rispettiva durata; l'attestazione verrà rilasciata solo se richiesta dall'interessato;
2. attestazione della partecipazione ad iniziative di informazione, formazione e aggiornamento da parte dell'Ente organizzatore (Comune e/o AUSL), con l'indicazione della durata e dei contenuti affrontati.

In Emilia-Romagna, è attivo il "Servizio Regionale di Formalizzazione delle Competenze – SRFC (previsto da LR 12/2003, DGR 739/2013) che è un sistema finalizzato a formalizzare e a certificare le competenze possedute dalle persone, acquisite sia con la partecipazione a un corso di formazione sia tramite l'esperienza maturata in contesti lavorativi o in altri contesti informali.

La procedura di formalizzazione delle competenze è gestita dagli enti di formazione accreditati dalla Regione a svolgere questa funzione e dai Centri per l'impiego (CPI).

I caregiver familiari interessati possono richiedere il riconoscimento delle competenze acquisite o direttamente oppure tramite un'associazione che ne propone l'attivazione per un gruppo di persone, fermo restando che il percorso di valutazione e accertamento è personalizzato per ciascun caregiver.

L'accertamento delle competenze del caregiver familiare è attivabile in riferimento agli standard professionali di alcune conoscenze/capacità della qualifica di Operatore Socio-Sanitario o di altre figure relative all'area socio-sanitaria facenti parte del Repertorio Regionale delle Qualifiche (es. animatore sociale). A questo fine i caregiver familiari possono utilizzare come evidenze documentali le attestazioni sopra richiamate.

Le modalità e procedure relative al riconoscimento delle competenze saranno rese note nell'ambito delle campagne informative e formative rivolte ai caregiver familiari.

Nel caso di giovani caregiver che frequentano le scuole, le istituzioni scolastiche potranno valutare la possibilità di valorizzare lo status di caregiver ai sensi della normativa vigente in materia di crediti formativi.

Il caregiver familiare, specie nella fase del post-caregiving, nel caso si trovi nelle condizioni di fragilità e vulnerabilità di cui alla Legge regionale n. 14/2015, può essere incluso nei programmi di intervento integrati rivolti all'inserimento lavorativo e all'inclusione sociale previsti nella legge e nei successivi atti attuativi.

9. Monitoraggio e valutazione

La Regione realizza il monitoraggio degli interventi realizzati in attuazione della LR 2/2014 e delle presenti linee e ne tiene conto ai fini dell'elaborazione dei propri atti di indirizzo e programmazione.

La relazione sull'attuazione delle linee di indirizzo fornisce informazioni su:

- a) le attività svolte;
- b) i soggetti coinvolti, pubblici e privati;
- c) i risultati raggiunti

A questo fine, Aziende USL, i Comuni ed i soggetti del Terzo settore coinvolti, si raccordano con la Regione per il monitoraggio e la valutazione dell'attuazione delle linee, il confronto, la condivisione e la diffusione dei risultati.

Allegato A

Il caregiver familiare nella rete dei servizi

Per ricostruire l'azione regionale in tema di caregiver, si fa riferimento, in questo documento, agli **atti normativi e di indirizzo** adottati dalla Regione nei diversi settori.

Questo allegato vuole dare un **quadro sintetico** con l'obiettivo di favorire:

- l'attenzione sugli ambiti di intervento che possono incidere maggiormente sul "riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare"
- una più diffusa conoscenza intersettoriale e interdisciplinare, con la creazione di sinergie e collaborazioni a livello territoriale funzionali all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili.

In particolare, si richiamano alcune aree di intervento:

➤ **Assistenza Territoriale**

- Anziani non autosufficienti, Disabili, Accredimento;
- Case della Salute e Ospedali di Comunità;
 - Assistenza Domiciliare Integrata, Rete Cure Palliative,
- Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

➤ **Prevenzione collettiva e sanità pubblica**

- Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018;

➤ **Assistenza Ospedaliera**

- Dimissioni protette;
- Sicurezza delle cure;

➤ **Promozione sociale - Pari opportunità**

- Pari opportunità;
- Responsabilità sociale d'impresa;

ASSISTENZA TERRITORIALE

1. Politiche per gli anziani e i disabili

Fin dalla LR 5/94 “Tutela e valorizzazione delle persone anziane – interventi a favore di anziani non autosufficienti” (e successive delibere attuative: DGR n. 1379/99, 1378/99) la Regione ha previsto negli interventi da garantire per le persone anziane n.a., il sostegno ai caregiver familiari includendolo dal momento dell’accesso, della valutazione multidimensionale e della definizione del Pai.

Fra gli obiettivi del “Servizio assistenza anziani”: attività di informazione sui servizi, attività di aggiornamento e formazione del personale della rete dei servizi e dei "caregivers" non professionali; attivazione di consulenze psicologiche, assistenziali, giuridico-legali, promozione e sostegno di gruppi di auto-mutuo aiuto, ecc.

Dal 1999 è stato istituito l’Assegno di cura anziani (DGR 1377/1999, 2686/2004, 249/2015, 2146/2015, 2308/2016) e, dal 2007 (DGR 1206/07) il “contributo aggiuntivo” assistenti familiari.

Il PAR – Piano di azione per la comunità regionale (DGR 2299/2004) propone un approccio di integrazione delle politiche pubbliche per “Una Società per tutte le età” che include gli obiettivi di: “Sostenere il lavoro di cura dei familiari e la rete di solidarietà di vicinato” e “Assicurare la formazione e l’aggiornamento degli operatori e dei professionisti a contatto con gli anziani”

Nel Progetto regionale demenze (DGR 2581/1999, DGR 990/2016), si richiama la necessità che la rete dei servizi riconosca la "soggettività" e l'iniziativa dei familiari, non soltanto "oggetto" di attenzione e sostegno ma attori decisivi del processo di cura, sviluppando interventi diretti al caregiver, diversificati in base al loro focus principale: sulle conoscenze, sulla vita affettiva e relazionale, sull’acquisizione delle competenze

Con l’avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza – FRNA (DGR 509/07, 1206/07) si afferma la necessità di ”promuovere nuove opportunità assistenziali, finalizzate al supporto alle famiglie, per ridurre il loro carico di fatica e di disagio nell’accudimento del non autosufficiente che vive a domicilio”, e, nella predisposizione del “Progetto individualizzato di vita e di cure”, i servizi territoriali possono includere: accoglienza temporanea di sollievo in strutture residenziali e semiresidenziali; iniziative di emersione e qualificazione del lavoro di cura, tutoring, servizi di e-care (telesoccorso e teleassistenza) e telesorveglianza, iniziative di sostegno delle reti informali di solidarietà sociale (dal “portierato” al “custode” sociale, “alloggi con servizi”, ecc..) qualificabili come servizi di prossimità, consulenza e sostegno economico per l’adattamento domestico; assistenza domiciliare, inclusi i servizi di supporto (trasporti, pasti, lavanderia, spesa a domicilio, consegna farmaci a domicilio etc.) e di interventi di sostegno, supervisione, consulenza e aggiornamento dei caregiver familiari; assegni di cura, caffè alzheimer, etc.

Sono previsti anche: programma di dimissioni protette condiviso tra Comuni/AUSL e l’attivazione della Ausl per l’assistenza protesica.

In caso di patologie che esitano in gravi e gravissime disabilità permanenti, la famiglia è praticamente l'unico interlocutore dell'équipe assistenziale e sostiene un impegno assistenziale e un carico di tensioni emotive particolarmente elevato. Si tratta di:

- persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta (DGR 2068/04), fra cui:
- malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica – SLA (DGR n.1762/11)

Le specifiche direttive prevedono: un’adeguata educazione e formazione alla famiglia prima della dimissione, ricoveri temporanei di sollievo, servizi di emergenza e percorsi facilitati con le strutture sanitarie”, incontri di informazione e formazione rivolti ai care givers con modalità organizzative di gruppo o, al bisogno, individuali.

Dal 2002 è stato attivato l'Assegno di cura e di sostegno" per le disabilità gravi (DGR n.1122/02) e nel 2014 è stata estesa la possibilità alle gravissime disabilità acquisite (DGR n.256/14, 2308/16).

Particolare attenzione è posta ai caregiver familiari, genitori e fratelli/sorelle, di persone con disabilità congenite che richiedono un impegno assistenziale per tutta la vita.

Con la DGR 1230/08 ha preso avvio il graduale di inserimento dei servizi e degli interventi per disabili nel FRNA prevedendo: l'Accoglienza temporanea per l'autonomia personale e la vita indipendente della persona disabile e il sostegno alle responsabilità familiari", interventi di aiuto psicologico quali ad esempio il parent training ed i gruppi di mutuo-aiuto, iniziative di promozione dell'utilizzo di tutte le misure di tutela giuridica oggi disponibili (amministratore di sostegno, ecc.).

Di prossima adozione il programma regionale attuativo della L.112/2016 a favore delle persone con disabilità grave per il "Dopo di noi"/"Durante noi".

Anche nell'ambito dell'Accreditamento socio-sanitario (DGR 514/2009) sono previsti specifici requisiti per il sostegno ai caregiver e ai familiari:

- coinvolgimento dei familiari e/o dell'assistente privato nel processo di cura degli utenti del servizio di assistenza domiciliare sociale; affiancamento e tutoring;
- consulenza dello psicologo per il supporto emotivo, psicologico e relazionale degli utenti e familiari nelle Cra, Cd, Csrr e Csrđ;
- ascolto e sostegno qualificati nell'affrontare la malattia anche da un punto di vista psico-relazionale nei centri diurni e nuclei residenziali dedicati demenza.
- psicologo con formazione specifica per attività di supporto agli ospiti ed ai familiari nei nuclei residenziali dedicati alle persone con gravissima disabilità acquisita ai sensi della DGR 2068/04
- programma di aggiornamento e formazione ai caregiver familiari ed agli assistenti familiari per l'assistenza diretta all'utente, prima del rientro a domicilio negli inserimenti in accoglienza temporanea di sollievo"

La Regione Emilia-Romagna è stata una delle poche regioni in Italia ad approvare una specifica legge regionale, la LR 11/09, per promuovere la figura dell'Amministratore di sostegno nel sistema integrato dei servizi socio-sanitari. Con la DGR 962/2014 la Regione ha approvato specifiche linee guida che prevedono che, in ogni ambito distrettuale, i Comuni in collaborazione con le Aziende USL, i Soggetti del Terzo Settore, i Centri Servizi per il Volontariato e naturalmente i Tribunali promuovano una serie di iniziative di informazione, formazione, consulenza per favorire l'utilizzo dell'amministrazione di sostegno per i soggetti più fragili. Con la DGR 962/2014 si è data la possibilità di utilizzare l'Frna anche per tali iniziative promozionali.

2. Le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità

Nelle indicazioni regionali sulle Case della Salute approvate con DGR 2128/2016 sono presenti diversi riferimenti alla figura del caregiver familiare tra cui:

- tra gli obiettivi principali della Casa della Salute figura la promozione della partecipazione della comunità, nelle sue diverse forme (caregiver compreso) alle attività;
- nell'ambito della funzione di accesso sono previsti l'accoglienza e l'orientamento per i cittadini, i pazienti e i caregiver rispetto ai servizi e alle attività presenti nella Casa della Salute;
- nell'ambito dell'ambulatorio infermieristico per la gestione integrata della cronicità sono previste l'educazione terapeutica strutturata per paziente e caregiver finalizzata all'empowerment, all'autogestione della patologia, e all'adozione di corretti stili di vita;

Negli "Ospedali di Comunità" (DM 70/2015; DGR 221/2015; DGR 2040/2015) il caregiver partecipa alla realizzazione del Piano individuale di assistenza (PAI). In particolare, è prevista la formazione/ educazione/addestramento del paziente e del caregiver prima dell'accesso a domicilio".

3. Assistenza Domiciliare Integrata e Rete delle Cure Palliative

Fin dalla DGR n.124/99, fra gli obiettivi prioritari dell'assistenza domiciliare integrata, rientra quello di supportare ed eventualmente trasmettere competenze per un'autonomia di intervento ai familiari che svolgono un ruolo importante nella realizzazione del piano assistenziale, al fine di garantire al paziente la continuità assistenziale nelle 24 ore ed il necessario supporto allo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Nella recente DGR 221/2015 "Requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure primarie", le "Cure domiciliari", come "modalità di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale garantiscono anche Supporto alle persone che assistono ("caregiver").

Nell'ambito delle cure palliative (DGR 1770/2016), gli hospice contemplano anche la necessità di sollievo temporaneo per la famiglia e, sia in hospice che al domicilio, sono previste procedure per l'informazione al paziente ed ai familiari e per il supporto psicologico al paziente ai suoi famigliari, incluso il supporto al lutto.

Nell'ambito dell'accudimento in ambito domiciliare dei pazienti con malattie rare e croniche con bisogni assistenziali complessi (DGR 1227/14), viene prevista l'organizzazione di interventi di informazione e addestramento dei pazienti e caregiver sulla base di quanto previsto dal piano assistenziale integrato.

4. **Salute mentale e dipendenze patologiche**

La Consulta Regionale Salute mentale (DGR 1588/2004; Piano attuativo salute mentale DGR 313/2009) e i Comitati Utenti Familiari (CUF) sono i meccanismi che consentono la partecipazione di utenti e familiari, individualmente e attraverso le loro associazioni.

La partecipazione di associazioni di utenti e familiari è prevista nei requisiti di accreditamento del DSM-DP (DGR 327/2004), quale risorsa da valorizzare nei servizi di salute mentale. Attività di informazione, formazione e supporto ai familiari sono inoltre previste dai requisiti di accreditamento delle strutture per le dipendenze patologiche (DGR 26/2005) e per la salute mentale adulti (DGR 2000/2009; DGR 1830/2013).

Nell'ambito della promozione dell'empowerment di pazienti e familiari sono attivi gruppi di Auto Mutuo-Aiuto.

Nella Neuro-Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), le funzioni e le competenze di Care Giver, intrinseche alla funzione genitoriale, possono essere sostenute per i genitori di minori in carico ai servizi di NPIA sia attraverso la comunicazione di informazioni e la condivisione di opportune modalità relazionali ed educative sia con strumenti specifici come il Parent Training ed il Counselling.

Per quanto riguarda le Dipendenze patologiche, ci sono due protocolli di collaborazione tra Regione e associazioni che si occupano di alcolisti e di gioco d'azzardo (DGR 600/2011 e DGR 477/2013). Rispetto a quest'ultimo, il piano attuativo (DGR 183/2014) prevede il sostegno legale alle famiglie dei giocatori.

E' stata promossa la collaborazione con l'Università per inserire la tematica dell'auto-mutuo-aiuto tra gli insegnamenti dei corsi di laurea per le professioni d'aiuto (medicina, professioni sanitarie, assistente sociale, educatore).

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

Nella DGR 771/2015 “Approvazione del Piano regionale della prevenzione 2015-2018” si propone un approccio teso a promuovere equità anche nei confronti di tipologie di popolazione che presentano caratteristiche di vulnerabilità sociale e/o fragilità che potrebbero mettere a rischio la loro possibilità di accedere alle opportunità dei progetti di promozione e prevenzione per stili di vita salutari, fra cui rientrano anche i caregivers.

Il PRP 2015-2018 include uno specifico progetto che prevede “Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregiver”. In particolare, nelle Ausl coinvolte, verranno organizzati:

- momenti formativi incentrati sulla promozione dell'attività fisico-sportiva, di esercizi ginnici posturali adattati alle esigenze di un lavoro di cura gravoso ed usurante, partendo dai luoghi abitualmente frequentati dai beneficiari;
- Incontri di promozione alla salute con i rappresentanti della rete ed organizzazione di visite per far conoscere i luoghi di aggregazione e i servizi per la salute.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Per quanto riguarda il delicato momento della dimissione ospedaliera, il PSSR 2008-2010 (DAL 175/08) evidenziava l'importanza della dimissione protetta quale strumento per la continuità delle cure ospedale-territorio.

Nell'ambito della gestione del rischio clinico e dell'implementazione di buone pratiche per la sicurezza delle cure, si richiamano due importanti linee di indirizzo:

- “Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie”;
- “Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale”

Nelle prime è prevista l'informazione e la collaborazione dei familiari / caregiver e nelle seconde viene favorita la consapevolezza del caregiver con appositi opuscoli informativi.

PROMOZIONE SOCIALE – PARI OPPORTUNITA'

Nell'ambito delle politiche per le pari opportunità, la L.R.6/2014 “Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere”, prevede tra gli interventi per la Conciliazione e condivisione delle responsabilità sociali e di cura, (Titolo VII, comma 6) il riconoscimento ed il sostegno all'attività del caregiver familiare di cui alla legge 2/2014, nell'ambito del sistema integrato socio-sanitario regionale.

Si tratta di un tema di cruciale rilevanza per l'emancipazione femminile e sociale, poiché la possibilità delle donne di lavorare risente ancora molto delle fasi del ciclo di vita e della distribuzione degli impegni di cura all'interno della famiglia. (“Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016; proposte della Commissione Europea sul Pilastro europeo dei diritti sociali atteso nel marzo 2017).

Dai dati OCSE, fra i caregiver familiari, è la categoria delle figlie quella che deve sostenere il carico fisico ed emozionale più gravoso e presentano una probabilità più alta dell'8% di soffrire di disturbi mentali.

Con riguardo agli interventi per favorire l'armonizzazione tra vita e lavoro, la Regione Emilia-Romagna promuove l'introduzione di principi etici nei comportamenti aziendali dando valore al rating di legalità delle imprese, previsto con proprio regolamento dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, con Decreto n.57 del 20 febbraio 2014.

La LR 14/2014 “Promozione degli investimenti in Emilia-Romagna” prevede interventi per il welfare: “[...] Art. 10 Promozione del welfare –

1. Lo sviluppo delle attività produttive è sostenuto tramite opportune iniziative di implementazione dei servizi locali alla persona. [...].

2. In particolare, nell'ambito degli Accordi di insediamento e sviluppo di cui all'articolo 6, la Regione e gli enti locali possono promuovere, anche in collaborazione con le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e con le imprese del Terzo settore, progetti di welfare aziendale e comunitario per accrescere e qualificare i servizi alla persona, integrati con la rete dei servizi socio-sanitari e abitativi del territorio, nel rispetto delle norme a tutela del lavoro e dei diritti degli utenti.”

E' istituito, inoltre, il premio regionale per la responsabilità sociale d'impresa e l'innovazione sociale [...], mediante l'utilizzo delle risorse stanziare per il Piano triennale per le attività produttive. (Art 17 LR 14/2014)

La Carta dei principi di responsabilità sociale d'impresa è stata approvata dalla Giunta regionale - con delibera n. 627/2015.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2017/835

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 858 del 16/06/2017

Seduta Num. 23

OMISSIS

L'assessore Segretario

Costi Palma

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi

REGIONE EMILIA-ROMAGNA**Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 1423 del 02/10/2017

Seduta Num. 36

Questo lunedì 02 **del mese di** ottobre
dell' anno 2017 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Costi Palma	Assessore
6) Donini Raffaele	Assessore
7) Gazzolo Paola	Assessore
8) Mezzetti Massimo	Assessore
9) Petitti Emma	Assessore
10) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Costi Palma

Proposta: GPG/2017/1462 del 14/09/2017

Struttura proponente: DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: VICEPRESIDENTE E ASSESSORE ALLE POLITICHE DI WELFARE E POLITICHE ABITATIVE

Oggetto: ATTUAZIONE DEL PIANO SOCIALE E SANITARIO 2017-2019.
APPROVAZIONE DELLE SCHEDE ATTUATIVE D'INTERVENTO E DI INDIRIZZI PER L'ELABORAZIONE DEI PIANI DI ZONA DISTRETTUALI PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE.

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- l'art. 1, comma 13 del D. Lgs. n. 502/92 e ss. mm. e ii.;
- la legge 8/11/2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- la L.R. 12/05/1994, n.19 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del D.lgs.vo 30/12/1992, n.502, modificato dal D.lgs.vo 7/12/1993, n.517" e ss. mm. e ii., ed in particolare l'art. 17, comma 1;
- la L.R. 23/12/2004, n.29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale";
- la L.R. 12/3/2003, n.2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e ss. mm. e ii. ed in particolare gli artt. 19,27 e 29;
- la L.R. 30/07/2015 n.13 "Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su città metropolitana di Bologna, province, comuni e loro unioni";
- la L.R. 15/07/2016 n. 11, in particolare l'art.11 che modifica l'art.27 della L.R. 2/2003 stabilendo la durata e l'efficacia del Piano regionale e il percorso per la sua adozione;

Richiamate le seguenti deliberazioni con le quali si è data attuazione alla normativa di cui sopra:

- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n.175/2008 con la quale si è approvato il Piano sociale e sanitario 2008-2010;
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n.117/2013 con la quale tra l'altro si è prorogata la validità del precedente Piano sociale e sanitario regionale per gli anni 2013 e 2014;
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 120/2017 con la quale si è approvato il nuovo Piano sociale e sanitario 2017-2019;

Dato atto che nel cap. 6 "Attuazione e valutazione del Piano" dell'allegato alla D.A.L.120/17 sopra citata:

1. si prevede di dare attuazione al nuovo Piano definendo specifici interventi da realizzare da parte del sistema Regione-Enti locali, conseguenti alle indicazioni contenute nel piano stesso, e di descrivere tali interventi con schede che dettagliano le azioni da sviluppare nell'arco di vigenza del Piano, con particolare attenzione agli aspetti di integrazione e trasversalità, oltre che i destinatari e gli indicatori per la misurazione del risultato;
2. si definisce l'iter di approvazione delle schede, cioè con atto di Giunta regionale previo parere della Commissione assembleare competente, dato il carattere di indirizzo che le schede rivestono, in particolare rispetto alla nuova programmazione

locale conseguente al Piano, cioè i Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale 2018-2020;

3. si stabilisce che nel periodo di vigenza del Piano le schede approvate con il presente atto potranno essere integrate con riferimento alla realizzazione delle politiche previste nel piano stesso; le schede si connotano infatti come strumento operativo e dinamico del Piano, per la cui attuazione possono essere individuati nel periodo di vigenza ambiti/interventi ulteriori o essere potenziati quelli già ricompresi nelle schede, quali, fra le altre, le tematiche relative alla formazione;

Considerato che:

- le schede attuative del Piano contenute nell'allegato parte integrante e sostanziale del presente atto, discendono dagli obiettivi strategici individuati nel Piano, adottano un approccio fortemente trasversale per favorire l'integrazione degli interventi (non solo sociali e sanitari, ma anche educativi, formativi, per il lavoro, per la casa, della scuola, della giustizia) e riguardano prevalentemente azioni innovative o azioni già avviate, da rendere più efficaci tramite nuove procedure e strumenti e/o da potenziare e ampliare negli obiettivi;
- le programmazioni dei territori distrettuali (Piani di zona) e i programmi della Regione avranno a riferimento non solo le azioni indicate nelle schede, in quanto strumenti attuativi prioritari del Piano, ma l'insieme di Piani e Programmi regionali parte integrante delle politiche di welfare sia regionale che locale, citati nella premessa dell'allegato al presente atto;

Valutato, in coerenza con il quadro complessivo e con gli obiettivi strategici delineati dal Piano, di individuare ai fini della elaborazione e approvazione dei Piani di zona distrettuali:

- i contenuti essenziali dei documenti triennali di piano, come di seguito dettagliati: analisi del contesto territoriale nelle sue diverse dimensioni, definizione della governance locale e dell'assetto organizzativo a livello distrettuale, scelte strategiche con riferimento agli indirizzi del Piano regionale e ai bisogni emergenti, sviluppo di un set minimo di schede, anche in riferimento alle schede attuative del piano regionale, processo programmatico e partecipazione, strumenti per il monitoraggio e valutazione;
- la tempistica e le modalità del processo: approvazione dei Piani triennali entro il 15 marzo 2018, garantendo un percorso di elaborazione partecipato e condiviso con attori istituzionali, sociali e cittadini; approvazione del documento attuativo anno 2018 entro il medesimo termine;

Considerato che, a seguito dell'approvazione del presente atto,

verranno date indicazioni tecnico-operative e procedurali, coerenti ai contenuti delle schede, utili alla redazione dei Piani di zona distrettuali di cui sopra;

Dato atto dell'ampio percorso di elaborazione, discussione e confronto sul documento allegato "Schede d'intervento in attuazione del PSSR 2017-2019" parte integrante e sostanziale del presente atto, percorso che si è avvalso del lavoro istruttorio svolto in sede di Comitato tecnico di supporto alla Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali di cui all'art. 59 della L.R. 13/2015 sopra citata, e alla DGR 1443/2016 attuativa di tale articolo;

Considerato che dal contesto complessivo del Piano, in relazione anche all'attuazione della legge di riordino istituzionale n.13/2015, emerge l'esigenza di un approfondimento sul quadro delle relazioni istituzionali a livello distrettuale, e che si ritiene opportuno procedere a tale approfondimento a seguito dell'approvazione del presente atto utilizzando la metodologia del confronto con gli attori interessati;

Valutata l'opportunità di riferire periodicamente alla Commissione assembleare competente sugli stati di avanzamento delle azioni previste dalle schede, oltre al monitoraggio del PSSR secondo quanto stabilito dalla D.A.L. 120/2017 su citata;

Dato atto del parere favorevole espresso in merito allo stesso documento:

- dalla Cabina di regia su citata, nella seduta del 12 settembre 2017;
- dalla Conferenza regionale del Terzo Settore, nella seduta dell'11 settembre 2017, e tenuto conto delle osservazioni formulate dalla medesima;

Sentite le Organizzazioni sindacali;

Acquisito il parere favorevole della IV Commissione assembleare Politiche per la salute e politiche sociali, competente in materia, che lo ha espresso nella seduta del 25 settembre 2017;

Visti:

- il D.lgs 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;
- la delibera della Giunta regionale n. 89 del 30/01/2017, "Approvazione Piano triennale di prevenzione della corruzione

2017-2019”;

- la delibera della Giunta regionale n. 486 del 10/04/2017, “Direttiva di indirizzi interpretativi per l’applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019”;
- la delibera della Giunta regionale n. 468 del 10/04/2017, “Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna” ed in particolare gli artt. 21 e 22 dell’allegato;

Richiamate le proprie deliberazioni n. 2416 del 29 dicembre 2008, n.193/2015, n. 628/2015, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n.1681/2016 e n. 2344/2016;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell’Assessore alle Politiche per la Salute e della Vicepresidente e Assessore alle politiche di welfare e politiche abitative;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

- 1) di approvare, per le ragioni espresse in premessa, le Schede d’intervento in attuazione del PSSR 2017-2019 di cui all’allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di dare atto che nel periodo di vigenza del Piano le schede approvate potranno essere integrate con altre schede con riferimento alla realizzazione delle politiche previste nel piano stesso;
- 3) di individuare, ai fini della elaborazione e approvazione dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale 2018-2020, i contenuti essenziali dei documenti triennali di piano, come definiti in premessa, che qui si intendono integralmente riportati, e la relativa tempistica e modalità del processo: approvazione dei Piani triennali entro il 15 marzo 2018 garantendo un percorso di elaborazione partecipato e condiviso con attori istituzionali, sociali e cittadini; approvazione del documento attuativo anno 2018 entro il medesimo termine;
- 4) di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.

Schede d'intervento in attuazione del PSSR 2017-2019

PREMESSA

Il Piano viene attuato con la definizione di specifici interventi da realizzare da parte del sistema Regione-Enti locali nell'ambito dei programmi regionali e della programmazione distrettuale. Tali interventi sono descritti da schede che individuano gli obiettivi e le azioni da sviluppare nell'arco di vigenza del Piano, con particolare attenzione agli aspetti di integrazione e trasversalità, e dettagliano destinatari e indicatori per la misurazione del risultato.

La programmazione rappresenta una delle funzioni strategiche del sistema pubblico: è lo strumento con cui si definiscono priorità e obiettivi, interventi da mettere in campo, risorse a disposizione, processi e procedure di attuazione. Attraverso la programmazione si costituiscono relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e tra gli attori pubblici e privati. A questa funzione spetta il compito di intercettare nuove risorse e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, indicare interventi e risposte adeguate.

Sia a livello regionale che di ambito distrettuale sono stati sviluppati in questi anni numerosi strumenti di programmazione che devono essere il più possibile integrati e coerenti. Gli strumenti di programmazione del livello regionale, che la Regione si impegna a raccordare, sono:

- il Piano regionale sociale e sanitario
- il Piano regionale per la prevenzione
- le Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale
- il Programma annuale di riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza
- le Linee di programmazione regionale integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari, previste dalla L.R. 14/2015
- il Programma triennale per l'integrazione dei cittadini stranieri previsto dalla L.R. 5/2004.

Le schede attuative del Piano, che seguono, discendono dagli obiettivi strategici individuati nel Piano, adottano un approccio fortemente trasversale per favorire l'integrazione degli interventi (non solo sociali e sanitari, ma anche educativi, formativi, per il lavoro, per la casa) e riguardano prevalentemente azioni innovative o già avviate, da rendere più efficaci tramite nuove procedure e strumenti e/o da potenziare e ampliare negli obiettivi.

Le programmazioni dei territori e della Regione avranno a riferimento non solo le azioni indicate nelle schede, in quanto strumenti attuativi prioritari del Piano, ma l'insieme di Piani e Programmi su citati che sono parte integrante delle politiche di welfare sia regionale che locale.

INDICE DELLE SCHEDE D'INTERVENTO

Intervento	Area trasversale di riferimento	Destinatari
<i>1. Case della salute e Medicina d'iniziativa</i>	A/B	Tutta la popolazione
<i>2. Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata</i>	A/E	Tutta la popolazione/pazienti SSR
<i>3. Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità</i>	A	Persone con patologie croniche e bisogni assistenza infermieristica continuativa
<i>4. Budget di salute</i>	A/B	Pazienti dei Centri di Salute Mentale; in via sperimentale, altri soggetti con fragilità socio-sanitaria
<i>5. Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari</i>	A	Caregiver familiari/famiglie e persone accudite
<i>6. Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi</i>	A/E	Persone con disabilità, priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima
<i>7. Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative</i>	A	Pazienti di qualsiasi età con patologia cronico-degenerativa e sofferenza fisica, psicologica, spirituale, e loro caregiver/famiglie
<i>8. Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale</i>	A/ B	Persone detenute adulte, maschi e femmine, negli Istituti Penitenziari, persone condannate in misura alternativa presenti sul territorio regionale, minori interessati da provvedimenti giudiziari

<i>9. Medicina di genere</i>	B/E	Donne/uomini
<i>10. Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità</i>	B	Persone in situazione di grave emarginazione, con fragilità "multipla"
<i>11. Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti</i>	B	Tutti gli utenti e gli operatori dei servizi del sistema regionale, in quanto portatori di differenze multiple
<i>12. Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate</i>	B	Persone appartenenti a Paesi terzi neo arrivate in Italia, con attenzione a particolari vulnerabilità (es. donne sole, minori non accompagnati, tratta...)
<i>13. Fondi integrativi per prestazioni non coperte dai LEA</i>	B	Bambini e giovani in età 5-25 anni
<i>14. Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità</i>	B	Tutti i cittadini con particolare attenzione a popolazione straniera e a persone disabili
<i>15. Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi</i>	B	Donne e coppie in preconcezione e gravidanza, bambini 0/3 anni ed i loro genitori con attenzione a particolari vulnerabilità
<i>16. Sostegno alla genitorialità</i>	B	Famiglie con figli piccoli, adolescenti, giovani adulti con attenzione a particolari vulnerabilità
<i>17. Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti</i>	B	Adolescenti 11-19 anni, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori servizi
<i>18. Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità</i>	B	Donne, uomini e coppie di età 20-34 anni

19. <i>Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico</i>	B	Giocatori patologici e loro familiari, cittadini studenti e operatori di servizi sociali, sanitari, formativi
20. <i>Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano</i>	B/C	Persone anziane e loro familiari e caregiver
21. <i>Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza-FRNA</i>	B/C	Persone anziane e loro familiari e caregiver
22. <i>Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)</i>	C	Famiglie e persone in condizione di povertà secondo i criteri stabiliti dalle norme
23. <i>Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)</i>	C	Famiglie e persone in condizione di fragilità secondo i criteri stabiliti dalle norme
24. <i>La casa come fattore di inclusione e benessere sociale</i>	C	Nuclei in condizioni di estremo disagio abitativo, nuclei della "zona grigia", che hanno difficoltà a restare nel mercato
25. <i>Contrasto alla violenza di genere</i>	C	Donne vittime di violenza Uomini autori di violenza
26. <i>Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità</i>	D	La comunità come attore sociale e le sue risorse e vulnerabilità
27. <i>Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)</i>	D	Cittadini, pazienti e familiari, caregiver, professionisti del SSR
28. <i>Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari</i>	D	Persone con demenza e loro familiari/caregiver, persone utenti centri SM e famiglie, la comunità territoriale, il sistema dei servizi sanitari e sociali

<i>29. Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore</i>	D	Associazioni promozione sociale, Organizzazioni volontariato, Organismi partecipazione e rappresentanza, cittadini con part. attenzione a bambini/giovani
<i>30. Aggiornamento di strumenti e procedure relative ai servizi sociosanitari</i>	E	Cittadini adulti con bisogni sociosanitari e socioassistenziali, e caregiver; committenti e gestori di servizi
<i>31. Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/per i professionisti</i>	E	Madri e padri in attesa e neogenitori, neonati
<i>32. Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie</i>	E	Tutta la popolazione
<i>33. Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza</i>	E	Pazienti e professionisti dell'intero sistema emergenza-urgenza
<i>34. Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali</i>	E	Operatori operatori/trici e dirigenti afferenti a diversi servizi (sanitari, sociali, educativi, del lavoro, forze dell'ordine...) e diversi enti gestori, pubblici e privati; studenti/esse universitari; utenti (persone, famiglie, associazioni), volontari
<i>35. L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - come strumento per un nuovo modello di e-welfare</i>	E	Cittadini, Case della Salute, strutture residenziali e semiresidenziali, strutture territoriali, ADI, MMG, PLS.
<i>36. Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali - SST</i>	E	servizio sociale territoriale come struttura e come operatori; cittadini, persone singole, famiglie, gruppi e comunità

37. <i>Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela</i>	E	Bambini, adolescenti e neomaggiorenni a rischio evolutivo, genitori e famiglie vulnerabili. Famiglie affidatarie e enti gestori di comunità, Terzo settore
38. <i>Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali</i>	E	Tutta la popolazione, in particolare fascia di età pediatrica e anziana, persone più fragili con patologie croniche
39. <i>Livelli essenziali delle prestazioni sociali nella Regione Emilia-Romagna</i>	E	Tutta la popolazione

Scheda 1 - CASE DELLA SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA

Razionale/Motivazione:

Gli orientamenti internazionali ribadiscono la necessità di rafforzare l'assistenza primaria per rispondere in maniera efficace ai mutamenti epidemiologici e sociali. Nel 2014 la Commissione Europea ha definito l'assistenza primaria come l'offerta di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona, comprendenti tutte le dimensioni della salute, erogati da équipes multiprofessionali e interdisciplinari, con la collaborazione dei pazienti e delle famiglie, in risposta alla maggioranza dei problemi di salute. La Legge Balduzzi (L.189/2012) e il Patto per la Salute 2014-2016 sono allineati a tali orientamenti, evidenziando la necessità di organizzare le cure primarie secondo modelli multiprofessionali e interdisciplinari, che vedono, quali professionisti deputati all'erogazione dell'assistenza primaria, il personale dipendente delle aziende sanitarie e degli enti locali in integrazione con il personale convenzionato (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali), presso specifiche strutture. In Emilia-Romagna le Case della Salute traducono empiricamente gli orientamenti internazionali e nazionali, ponendosi in continuità ed a completamento del percorso regionale di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, avviato a partire dagli anni 90.

Le Case della Salute rappresentano una delle priorità del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015.

Descrizione:

Le Case della Salute intendono qualificarsi come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento in cui operano comunità di professionisti, convenzionati e dipendenti del Servizio Sanitario Regionale, secondo uno stile di lavoro per équipes multiprofessionali e interdisciplinari, al fine di garantire l'accesso e l'erogazione dell'assistenza primaria, in integrazione tra servizi sanitari (territorio-ospedale), e tra servizi sanitari e sociali, con la collaborazione di pazienti, caregiver, associazioni di volontariato e altre forme di organizzazione.

Ad oggi le Case della Salute, funzionanti sono 87, con una popolazione di riferimento pari al 44% dei 4 milioni e 500 mila abitanti dell'Emilia-Romagna.

Le Case della Salute si pongono come il luogo ideale per la medicina di iniziativa, un modello assistenziale che intende intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento.

Nel 2016 sono state approvate da parte della Giunta Regionale le nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute (DGR 2128/2016) con l'obiettivo di proporre un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e della attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari con la partecipazione della comunità.

Azioni da sviluppare:

- proseguire con l'attivazione delle Case della Salute programmate e con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie;

- diffondere e implementare nei territori locali i contenuti delle nuove indicazioni regionali attraverso la realizzazione di un programma formativo regionale nelle Case della Salute;
- proseguire nell’implementazione di progetti di medicina di iniziativa, anche in accordo con quanto previsto nei progetti specifici del Piano Regionale della Prevenzione;
- promuovere le Case della Salute a media\alta complessità che dovranno svolgere una funzione Hub rispetto alle Case della Salute a bassa complessità (Spoke), e anche rispetto a quei Nuclei di Cure Primarie non ancora inseriti nelle Case della Salute, che garantiscono un’assistenza di prossimità, affinché, tendenzialmente ed in termini incrementali, ogni cittadino della regione possa essere preso in carico all’interno dei percorsi di cura integrati propri della Casa della Salute;
- individuare strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Case della Salute;
- realizzare su tutto il territorio regionale la rete delle case della salute in coerenza con la DGR 2128/2016.

Beneficiari:

Tutta la popolazione presente in un determinato territorio.

Elementi di trasversalità/integrazione:

1. la pianificazione delle Case della Salute avviene in condivisione con gli Enti Locali;
2. partecipazione della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, fino ai singoli cittadini);
3. collaborazione con i servizi sociali nell’accesso e presa in carico;
4. programma formativo multidisciplinare (dell’ambito sanitario e sociale) con la partecipazione delle Comunità locali.

Indicatori:

1. evidenza del livello di realizzazione e programmazione delle Case della Salute nei singoli territori (report annuale monitoraggio con evidenza dei percorsi integrati, aree di intervento e n° ambulatori infermieristici);
2. evidenza dell’impatto delle Case della Salute sulla popolazione e sui professionisti (progetto regionale di valutazione);
3. evidenza di iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi;
4. evidenza del percorso formativo regionale realizzato nelle Aziende Sanitarie.

Scheda 2 - RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE INTEGRATA

Razionale/Motivazione:

Dalla fine degli anni 90, col Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (PSR) è stato avviato un percorso di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, ed in particolare della rete ospedaliera secondo 2 approcci distinti:

- 1) reti Hub&Spoke, di competenza della programmazione regionale, per le discipline/attività in cui la risposta più adeguata alle esigenze di qualificazione e sostenibilità deve basarsi sulla concentrazione delle casistiche più complesse in centri Hub connessi agli Spoke per le casistiche meno complesse (es. neonatologia, cardiocirurgia, grandi traumi, oncologia);
- 2) reti ospedaliere integrate con i servizi distrettuali e sociali, al fine di assicurare ai cittadini di un determinato territorio (di norma provinciale) le prestazioni necessarie ai loro bisogni assistenziali per tutte le discipline che non presentano le caratteristiche delle reti H&S.

La rete ospedaliera, nella nostra come in altre Regioni, si è sviluppata attorno a punti di offerta storici e sulla base di opportunità locali. Il percorso di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera si è orientato e si orienta al perseguimento di maggiori livelli di appropriatezza della risposta ed efficienza nell'uso delle risorse sulla base dei bisogni prevalenti della popolazione (cronicità, multimorbidità), ed in armonia con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. In tal senso, l'implementazione di modalità organizzative e strumenti per il rafforzamento della presa in carico territoriale, della continuità dell'assistenza tra territorio e ospedale, e della integrazione socio-sanitaria (Le Case della Salute, gli Ospedali di Comunità, i percorsi assistenziali, i percorsi dedicati alle cure palliative e al fine vita) concorre alla riduzione dei ricoveri ospedalieri per tutte quelle condizioni di salute in cui non è necessario. A questo si affiancano i percorsi che favoriscono la continuità della cura ed il rientro nel contesto più appropriato una volta risolto il problema acuto (ad es. percorsi di dimissione protetta, interventi educativi sul paziente ed il care-giver, ecc.). Per rispondere in maniera strategica e integrata alle esigenze degli utenti portatori di una molteplicità di bisogni differenziati, si raccorderanno le risposte che riguardano da un lato le professioni sociali nelle Ausl e dall'altro i servizi sociali propri degli Enti Locali. Oltre agli interventi a sostegno della continuità assistenziale ospedale-territorio, assumono rilevanza in questa prospettiva i percorsi nei servizi ad alta integrazione sociale e sanitaria e la tutela delle persone fragili e vulnerabili.

Descrizione: applicare gli standard nazionali previsti dalla Legge 135/2012 e dal DM 70/2015, contestualizzandoli alla realtà regionale (DGR 2040/2015).

Azioni da sviluppare:

1. Ripuntualizzare le discipline incluse nelle reti Hub&Spoke, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, rispetto a bacini di utenza, unità operative, assetto della rete.

2. Adeguare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie), migliorando il livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere (es. indice di occupazione dei posti letto), incrementando il passaggio dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, e rafforzando l'introduzione di modelli innovativi territoriali (ospedali di comunità).
3. Attuare una riorganizzazione della rete ospedaliera che tenga conto dei volumi di attività e degli esiti di salute, rendendo compatibile questa riorganizzazione per le situazioni logistiche più complesse come gli Ospedali di montagna che devono essere valorizzati nel contesto della rete.
4. Rafforzare i meccanismi di interfaccia con i servizi territoriali sanitarie e socio sanitari al fine di garantire un utilizzo più appropriato della rete ospedaliera.
5. Sviluppare la valutazione sulle esperienze dell'organizzazione dei reparti per intensità di cura.

Beneficiari: pazienti del Servizio Sanitario Regionale, le Aziende Sanitarie e le Case di Cura Private Accreditate del Servizio Sanitario Regionale ed i rispettivi professionisti.

Elementi di trasversalità/integrazione: a livello locale, le scelte e le azioni relative alla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata sono il frutto di una progettualità condivisa fra Aziende Sanitarie ed Enti Locali nell'ambito delle sedi istituzionali dedicate.

Indicatori: entro la legislatura:

1. adeguamento dei posti letto come da azione n. 2, target 100%;
2. definire il riassetto delle discipline incluse nelle reti Hub&Spoke attraverso proposte dei gruppi di lavoro appositamente istituiti, target 100%;
3. valutazione dei diversi modelli fin qui sviluppatasi con lettura integrata degli assetti ospedalieri e territoriali (evidenza documento, target 100%);

Scheda 3 - CURE INTERMEDIE E SVILUPPO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ IN EMILIA-ROMAGNA

Razionale/Motivazione:

A livello internazionale si stanno sperimentando e sviluppando modelli organizzativi dei servizi sanitari e socio-sanitari cosiddetti di “cure intermedie” per rispondere ai bisogni emergenti legati all’allungamento della speranza di vita, all’aumento delle patologie croniche, multimorbidità e fragilità.

Il concetto di “cure intermedie” nasce in Inghilterra nel 2000 nel National Beds Enquiry¹ ed entra definitivamente nella politica sanitaria europea². Le Cure Intermedie³ risultano, quindi, essere costituite da un’area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari, erogati nel contesto della Assistenza Territoriale, in cui il piano di assistenza (PAI) è concordato attivamente tra operatori sanitari e sociali, pazienti e caregiver e dove il self-management del paziente è uno degli obiettivi primari. La visione della Regione, per la definizione della rete delle Cure Intermedie, prevede lo sviluppo di una rete il più possibile integrata, di servizi e strutture dedicate a soggetti affetti da multimorbidità e fragili, con l’obiettivo di garantire la continuità dell’assistenza tra i diversi setting, sulla base dell’intensità assistenziale. In tale ottica andrà posta particolare attenzione alle modalità di accesso, alla organizzazione dei diversi percorsi dei pazienti con particolare riferimento alla dimissione da ambito ospedaliero (dimissioni protette). Tra i servizi e le strutture caratterizzanti le Cure Intermedie, un ruolo importante rivestono gli Ospedali di Comunità. Studi internazionali hanno dimostrato che le Cure Intermedie negli Ospedali di Comunità riducono in modo significativo il numero di re-ricoveri, per la stessa patologia, rispetto all’ospedale per acuti. Dopo 26 settimane di follow-up un numero sempre maggiore di pazienti risulta più responsabilizzato e più autonomo nella gestione dell’autocura.

In tale ottica la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato ulteriormente la rete assistenziale territoriale attraverso la realizzazione di luoghi e modelli assistenziali per favorire ulteriormente l’accesso alle cure territoriali (Case della Salute) e avvalendosi di setting e strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale-territorio come gli Ospedali di Comunità.

Gli Ospedali di Comunità regionali intendono qualificarsi come strutture innovative per garantire l’integrazione ospedale-territorio e la continuità delle cure.

Descrizione:

Nel Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015 (DM 70/2015) le strutture intermedie si caratterizzano per avere come obiettivo sia evitare le ammissioni in ospedale sia supportare al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, con varie funzioni, sia nella gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, sia nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, sia nei centri di comunità/polikliambulatori.

¹ Department of Health. Shaping the Future NHS: Long-Term Planning for Hospital Services. London: Department of Health, 2000.

² Department of Health. The National Plan: a Plan for Investment, a Plan for Reform. London: Department of Health, 2000.

³ Pearson M., et al (2013), «Intermediate care: a realist review and conceptual framework», National Institute for Health Research; Rikkert MG, Parker SG, van Eijken MI. What is intermediate care? *BMJ*. 2004;329(7462):360-1.; *Intermediate Care Framework*, (2006): *Intermediate Care – Agreeing on a Common Definition* <http://www.jitscotland.org.uk/action-areas/intermediate-care/>. *British Geriatric Society*, (2008), *Guidance for commissioners and providers of health and social care*; Ed, London.

In tale ottica assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo di strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità dell'assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale ad una centrale operativa\punti unici di coordinamento che, attraverso una valutazione multidimensionale, garantisca la presa in carico e la continuità con la rete territoriale dei servizi e delle strutture (DM 70/2015).

In particolare, l'Ospedale di Comunità viene definito come una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20), gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da medici dipendenti del SSN.

Nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 2040 del 10 dicembre 2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015" si afferma come l'Ospedale di Comunità prenda in carico prevalentemente pazienti che necessitano di: sorveglianza infermieristica continuativa; interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (struttura e familiare). La degenza media prevedibile è di circa 20 giorni e l'accesso può avvenire dal domicilio o dall'ospedale, su proposta del medico di medicina generale o dall'ospedale.

L'accesso agli Ospedali di Comunità (DGR n.221\2015; DGR n. 2040\2015) avviene sulla base di una valutazione multidimensionale del paziente, che sostiene un piano integrato e individualizzato di cura(PAI), concordato attivamente tra operatori sanitari e sociali, pazienti e caregiver. L'assistenza è garantita da Infermieri presenti continuativamente nelle 24 ore, coadiuvati da altro personale (OSS) e altri professionisti come i fisioterapisti quando necessario; la responsabilità clinica della singola persona è affidata al Medico di medicina generale o ad altro personale Medico dell'AUSL. Per un corretto monitoraggio dell'attività assistenziale è stato, inoltre, istituito un flusso informativo regionale che permette analisi puntuali dei percorsi di cura dei pazienti. Ad oggi sono attivi 14 Ospedali di Comunità.

Azioni da sviluppare:

- Sviluppo di una rete il più possibile integrata dei servizi e delle strutture caratterizzanti le Cure Intermedie in Regione Emilia-Romagna, per livelli crescenti di intensità assistenziale, in coerenza con le indicazioni internazionali e nazionali ma soprattutto con la specificità locale, prevedendo la realizzazione di centrali operative\punti unici di coordinamento per la continuità dell'assistenza, prevedendo letti territoriali in ogni distretto.
- Valutazione dell'appropriatezza organizzativa nell'accesso alla rete delle Cure Intermedie e delle modalità di risposta tempestiva.
- Valutazione dell'impatto degli Ospedali di Comunità:
 - sull'appropriatezza del ricorso ai servizi sanitari ospedalieri e territoriali (ad es. ricoveri potenzialmente evitabili in ambito ospedaliero, trasferimento tempestivo dall'ospedale per acuti in OsCo, domiciliarità);
 - sulla salute dei pazienti (ad es. nel miglioramento dell'autonomia attraverso scale di valutazione come la Barthel Modificata);
 - l'esperienza dei pazienti con questionario ad hoc;
 - l'esperienza dei professionisti coinvolti (operatori dell'OsCo, Ospedale per acuti, Case della Salute, Nuclei di Cure Primarie, Strutture socio-sanitarie e del Sociale).

- Le Aziende USL, in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, proseguono il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione (DM n. 70\2015; DGR 2040\2015).

Beneficiari:

I pazienti prevalentemente con patologie croniche provenienti da struttura ospedaliera o dal domicilio, con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa.

Elementi di trasversalità/integrazione:

1. a livello locale, le scelte e le azioni relative al percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità si realizza in accordo tra le Aziende Sanitarie e le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali;
2. l'Integrazione tra Ospedale-Territorio;
3. partecipazione della Comunità (associazioni di pazienti, di volontariato);
4. coinvolgimento dei Servizi Sociali nel percorso assistenziale individuale (PAI).

Indicatori:

1. Evidenza di una analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Ospedali di Comunità e mappatura posti letto;
2. Evidenza dei percorsi di raccordo fra Ospedale e Territorio;
3. Valutazione di impatto del modello organizzativo Ospedale di Comunità.

Scheda 4 - BUDGET DI SALUTE

Razionale/motivazione:

La sperimentazione del Budget di Salute si sviluppa sulla base di una forte azione propositiva della Consulta Regionale Salute Mentale, con l'obiettivo di individuare nuovi strumenti socio-sanitari per utenti che non trovavano una risposta appropriata nei percorsi tradizionali della psichiatria.

Descrizione: Strumento integrato socio-sanitario a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato delle persone affette da disturbo mentale grave. Attivabile dalle Aziende USL in collaborazione con i Servizi Sociali, è composto da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), il benessere, il funzionamento psico-sociale, l'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità, mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.

Le linee di indirizzo (DGR 1554/2015) identificano gli elementi qualificanti del Budget di salute: a) UVM sanitaria e sociale, con il coinvolgimento di pazienti, familiari, altri soggetti vicini alla persona; b) Progetto personalizzato, sottoscritto dall'utente, condiviso con i familiari ed altri soggetti coinvolti nella realizzazione; c) Interventi nelle aree che costituiscono i principali determinanti sociali di salute: abitare, formazione-lavoro, socialità; d) Dimensione territoriale degli interventi (supporto alla domiciliarità, accompagnamento sul territorio, percorsi di autonomia possibile), in alternativa e/o successivamente all'assistenza residenziale.

Azioni da sviluppare:

A livello regionale:

- a) attivazione del programma di coordinamento che collega rappresentanti di Aziende Usl ed Enti Locali per la promozione delle linee di indirizzo;
- b) azioni formative con il coinvolgimento di sanitario, sociale, terzo settore e diffusione delle esperienze;
- c) monitoraggio degli interventi d) coinvolgimento di utenti e familiari nello sviluppo del programma regionale.

A livello locale:

- a) consolidare l'uso dello strumento con gli elementi qualificanti delle linee di indirizzo;
- b) incentivare l'applicazione del Budget di salute per soggetti giovani, agli esordi;
- c) sperimentare l'applicazione dello strumento, in raccordo con procedure e strumenti già consolidati negli specifici percorsi, per pazienti dei SerT, della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, e di altre tipologie di soggetti fragili.

Beneficiari: Pazienti dei Centri di Salute Mentale; in via sperimentale, altri soggetti con fragilità socio-sanitaria.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Caratteristica peculiare del Budget di salute è la progettualità condivisa tra servizi sanitari e sociali, il terzo settore, le associazioni, la persona beneficiaria dell'intervento, la sua famiglia e la rete informale sul territorio. Un lavoro complesso che trova nella valutazione multiprofessionale, tra Sanità e Sociale, la sede per l'incontro dei diversi interlocutori, la costruzione e la formalizzazione del progetto, e il monitoraggio dell'intero processo che ha al centro la persona, con i suoi bisogni e risorse. In questa prospettiva, si intende restituire al soggetto fragile un potere contrattuale per renderlo partecipe della produzione dei servizi di cui ha bisogno. Altri soggetti coinvolti nell'applicazione dello strumento: Consulta Salute Mentale, utenti esperti/facilitatori, medici di medicina generale, altri professionisti delle cure primarie con particolare riferimento ai percorsi sviluppati nelle Case della Salute.

Indicatori:

1. N. pazienti con budget di salute / N. pazienti CSM;
2. risorse messe a disposizione dalle Aziende USL e dagli Enti locali;
3. coinvolgimento di utenti e familiari nel programma regionale;
4. azioni formative realizzate;
5. (in fase matura) numero Aziende USL che hanno sperimentato l'applicazione dello strumento su altre tipologie di soggetti fragili.

Scheda 5 - RICONOSCIMENTO DEL RUOLO DEL CAREGIVER FAMILIARE NEL SISTEMA DI SERVIZI SOCIALI, SOCIO-SANITARI E SANITARI

Razionale/Motivazione:

Il caregiver familiare è una risorsa per il sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, nell'ambito dell'accudimento di persone con bisogni assistenziali complessi non in grado di prendersi cura di sé. Al tempo stesso, il caregiver familiare è portatore di bisogni specifici riguardanti sia le modalità di gestione della persona accudita (es. accesso e fruizione dei servizi assistenziali, accudimento diretto), sia il suo stesso benessere psicofisico, sociale ed economico.

In Emilia-Romagna è stata approvata la Legge Regionale n. 2/2014 dedicata al riconoscimento e al sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza) nell'ambito degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.

Il Patto per il Lavoro (sottoscritto dalla Regione il 20 luglio 2015) ha previsto la redazione di linee guida in grado di fornire indicazioni alle Aziende USL ed ai Comuni per l'attuazione dei principi sanciti dalla Legge Regionale n. 2/2014, nella direzione di un welfare di comunità che valorizzi anche l'esperienza e l'apporto degli Enti del terzo settore. Nel mese di luglio 2016 la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha costituito un apposito gruppo di lavoro, composto da parti sociali, associazioni di pazienti e familiari e professionisti delle Aziende USL e dei Comuni con l'obiettivo di elaborare la proposta di linee guida attuative della Legge Regionale n. 2/2014, che sono state approvate con DGR n. 858 del 16 giugno 2017.

Descrizione:

Sono numerose le iniziative che già vengono realizzate a livello locale a sostegno del caregiver familiare (iniziative informative/formative, gruppi di auto-mutuo aiuto, consulenze psicologiche, assistenziale, legali, ecc.), seppur rilevando disomogeneità territoriali circa il livello di promozione e realizzazione da parte dei soggetti pubblici, e frammentazione delle iniziative promosse dal terzo settore, riguardanti prevalentemente specifici gruppi target/patologie.

Emerge la necessità di migliorare la consapevolezza dei cittadini circa le opportunità esistenti, e la collaborazione multidisciplinare per la realizzazione di programmi, progetti, attività, con un approccio il più possibile partecipato.

Azioni da sviluppare:

Con le linee attuative sopracitate si promuovono forme strutturate di raccordo e coordinamento, articolate a livello territoriale, con il coinvolgimento e la valorizzazione degli Enti del terzo settore, delle parti sociali, delle associazioni datoriali, e degli altri soggetti della Comunità disponibili a partecipare, al fine di valorizzare le esperienze e le competenze sviluppate in questi anni, e sviluppare proficue collaborazioni, portando a sistema e dando continuità a quanto realizzato in modo sporadico e/o isolato.

Coerentemente col disegno del nuovo PSSR, i soggetti pubblici sono invitati a ricercare e sviluppare nuove possibili sinergie, a sostenere i processi partecipativi e di auto-organizzazione, connettendo le iniziative della comunità e degli attori della società economica e civile con gli interventi istituzionali organizzati a sostegno del caregiver familiare e più in generale delle famiglie con carichi di cura.

Tra le principali azioni individuate dalle linee attuative figurano: lo sviluppo delle condizioni organizzative affinché il caregiver sia supportato nell'accesso alla rete dei servizi e nello svolgimento delle attività di cura; la promozione di interventi di informazione e formazione di base per i caregiver famigliari; la promozione della formazione dei professionisti di ambito sociale, socio-sanitario e sanitario, al fine di sensibilizzarli rispetto al riconoscimento del caregiver nell'ambito del PAI, all'importanza di garantire orientamento, supporto e accompagnamento nei momenti critici, alla capacità di leggere e gestire gli aspetti psicologici ed emotivi, anche utilizzando specifici strumenti di valutazione del carico psico-fisico. Nell'ambito del piano regionale della prevenzione 2015/2018 è previsto uno specifico progetto riguardante la tutela e la promozione della salute mentale e fisica dei caregiver.

Nell'ambito di politiche per la prossimità e la domiciliarità che si pongono l'obiettivo di accogliere, accompagnare affiancare e sostenere chi si prende cura di persone non autonome e/o fragili, le linee attuative favoriscono anche la qualificazione ed emersione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari ("badanti"), promuovendo la consapevolezza e l'informazione delle famiglie (anche nella veste di datori di lavoro domestico).

Beneficiari: Caregiver familiari e persone accudite (es. non autosufficienti, con disabilità, fragili), famiglie, assistenti familiari, professionisti dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, Enti del terzo settore, comunità locali. Particolare attenzione è posta alle situazioni in cui si sommano più fragilità (es. persone anziane che svolgono anche ruolo di caregiver familiare nei confronti del coniuge del figlio/a, ecc.).

Elementi di trasversalità/integrazione:

1. Le linee attuative si rivolgono all'intero sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.
2. Le linee attuative rappresentano anche una cornice di riferimento a cui possono raccordarsi le azioni e gli interventi realizzati in diversi ambiti per il sostegno e la promozione dell'empowerment del caregiver familiare (es. promozione della salute mentale e fisica, percorsi per la cronicità, non autosufficienza, demenze, disabilità, ecc.).
3. Le linee attuative prevedono il raccordo con i programmi rivolti alla qualificazione e regolarizzazione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari, attivati a livello territoriale.

Indicatori:

1. Ricognizione e coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver.
2. Definizione di un programma integrato per il riconoscimento e la valorizzazione del caregiver familiare, all'interno dei Piani di Zona.
3. Definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver.
4. Pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate.

Scheda 6 - PROGETTO DI VITA, VITA INDIPENDENTE E DOPO DI NOI. MAGGIORE SVILUPPO DEI SERVIZI DI PROSSIMITÀ PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

Razionale/Motivazione:

Le persone con disabilità, escludendo le situazioni di non autosufficienza legate all'invecchiamento, rappresentano un gruppo di popolazione che esprime bisogni spesso eterogenei e complessi, in particolare quando la disabilità è associata ad ulteriori elementi di svantaggio, quali l'indebolimento dei legami famigliari e sociali, problemi di salute che si aggiungono alla disabilità principale, maggiore difficoltà ad accedere alle risorse ed opportunità presenti nel contesto di vita, fasi critiche del percorso di vita quali il passaggio all'età adulta o l'invecchiamento, situazioni di difficoltà economica ed esclusione sociale.

Descrizione:

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con la legge 18/09 rappresenta il principale punto di riferimento riconosciuto dalla comunità internazionale per la programmazione delle politiche a favore delle persone con disabilità, che va pertanto preso a riferimento anche nella programmazione regionale e locale del settore sociale e sanitario. In merito alle attività di abilitazione e riabilitazione la Convenzione prevede che vengano adottate misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a forme di mutuo sostegno, al fine di permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita.

Azioni da sviluppare:

1. Un primo obiettivo è *garantire l'integrazione e la partecipazione sociale della persona con disabilità nella comunità di appartenenza*. A questo scopo, *nel settore sociale e sanitario devono essere garantiti servizi e programmi che abbiano inizio nelle fasi più precoci possibili e siano basati su una valutazione multidisciplinare dei bisogni e delle abilità di ciascuno, nonché facilitino la partecipazione e l'integrazione nella comunità e in tutti gli aspetti della società, nei luoghi più vicini possibili alle comunità di appartenenza*.

Nel settore socio-sanitario devono essere garantiti su tutto il territorio regionale gli interventi della rete dei servizi socio-sanitari per le persone con disabilità che è stata sviluppata soprattutto in seguito all'avvio del FRNA (DGR 1230/08) ed al percorso di accreditamento socio-sanitario (DGR 514/09 e s.m.i.). La rete comprende servizi territoriali, domiciliari, diurni e residenziali di piccole dimensioni, di carattere comunitario, fortemente radicati nell'ambito territoriale di riferimento, che offrono alle persone con disabilità grave una presa in carico personalizzata, a partire da una valutazione multidimensionale che viene effettuata da équipe multiprofessionali (UVM) presenti in ogni ambito distrettuale della regione.

A fianco dei servizi professionali, nella definizione del progetto personalizzato e più in generale nella programmazione territoriale deve essere promosso il cosiddetto lavoro sociale di rete e di comunità al fine di sostenere e valorizzare le competenze e le risorse delle persone con disabilità, delle loro famiglie e di tutte le reti di solidarietà presenti nella comunità (reti informali, volontariato, associazionismo) attraverso interventi quali, ad esempio, l'educazione

personale e familiare, il parent training, interventi di sollievo, gruppi di auto mutuo aiuto, interventi psico-educativi individuali o di gruppo, animazione sociale.

2. Un secondo obiettivo è quello della vita indipendente. La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità prevede che le persone con disabilità abbiano accesso ad una serie di servizi di sostegno in particolare al domicilio, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirvisi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione. In Emilia-Romagna nell'ambito della programmazione del FRNA e FNA sono previsti diversi interventi per favorire la domiciliarità e la vita indipendente, quali in particolare l'assegno di cura di sostegno e l'assistenza domiciliare. Oltre la metà delle risorse del FRNA dedicate alla disabilità vanno a finanziare interventi che favoriscono la permanenza al domicilio. La Regione ha inoltre aderito da fine 2013 alla sperimentazione promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali in tema di vita indipendente ottenendo il finanziamento di vari progetti di carattere sperimentale, che sono tuttora in corso di svolgimento in vari distretti della regione. *In futuro è necessario consolidare gli interventi per la Vita Indipendente con particolare riferimento a progetti individuali per la domiciliarità e l'abitare in autonomia per le persone con disabilità grave. Particolare attenzione deve essere rivolta ai progetti di vita indipendente delle persone con disabilità in giovane età ed anche alle persone con disabilità acquisita in età adulta, valorizzandone la capacità di autodeterminazione.*
3. Un terzo obiettivo è quello del cosiddetto "Dopo di noi", vale a dire la necessità di garantire un progetto di vita adeguato alle persone con disabilità che restano prive del sostegno del nucleo familiare. Sul Dopo di noi è stata approvata a livello nazionale la Legge n.112/16 del 22 giugno 2016 per la quale è già stato previsto nella legge di stabilità per il 2016 ed anni successivi uno specifico finanziamento nazionale. Dal 2017 è dunque prevista l'applicazione della Legge nazionale sul territorio regionale. *In particolare il Decreto 23.11.2016 e la DGR 733/17 con la quale è stato approvato il Programma regionale di attuazione della Legge 112/16 prevedono la realizzazione di specifici interventi assistenziali, educativi e strutturali che dovranno essere assicurati in ogni ambito distrettuale in collaborazione in particolare con le persone con disabilità, famiglie, Associazioni e Fondazioni.*
Per il Dopo di Noi e la Vita indipendente, la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità prevede che le persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione. *Occorre dunque sviluppare gli interventi di prossimità, al fine di garantire un rapporto ottimale tra opportunità di inclusione sociale, capacità di presa in carico della rete e risorse disponibili, quali in particolare le soluzioni abitative innovative previste dal DM 23.11.2016 per il Dopo di Noi – Durante Noi.*
4. Un'ulteriore area di azione riguarda i bisogni delle *persone con gravissima disabilità*. Si tratta di situazioni conseguenti a traumi o a patologie quali mielolesioni, cerebrolesioni, patologie progressivamente invalidanti, quali la SLA. La Regione per rispondere ai bisogni di queste persone con la DGR 2068/04 e successive modifiche ha avviato oramai da tempo uno specifico programma che si articola in interventi e servizi di carattere domiciliare e residenziale ed una forte integrazione tra servizi sociali e sanitari, ospedalieri e territoriali. Nel corso degli anni il numero di persone prese in carico nell'ambito della rete per le gravissime disabilità è progressivamente aumentato, anche grazie alle ulteriori risorse che si sono rese disponibili nell'ambito del FNA. *Alcuni aspetti della rete, tuttavia, quali ad esempio le risposte residenziali, non appaiono ancora sufficientemente consolidati su tutto il territorio*

regionale e richiederanno pertanto nei prossimi anni ulteriori interventi di sviluppo e consolidamento, anche tenendo conto delle proposte e riflessioni già in atto in alcuni ambiti territoriali. Un'ulteriore azione sarà l'applicazione dei nuovi criteri di accesso previsti a livello nazionale per le disabilità gravissima ai fini dell'utilizzo del FNA, che coincidono soltanto in parte con i criteri di cui alla richiamata DGR 2068/04.

5. Un'ultima azione comune a tutta l'area della non autosufficienza e fragilità riguarda la necessità di favorire e valorizzare l'utilizzo dell'**amministrazione di sostegno** in attuazione della LR 11/09, da garantire nell'ambito del sistema integrato degli interventi socio-sanitari e della programmazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, in particolare attraverso l'applicazione in ogni ambito distrettuale delle linee guida regionali approvate con DGR 962/2014, su iniziativa degli Enti Locali e delle Aziende USL, in collaborazione con altri Enti o Autorità, con particolare riferimento ai Tribunali e agli Uffici del Giudice Tutelare, nonché in collaborazione con gli Enti del terzo settore, così come previsto all'articolo 3 della LR 11/09.

Beneficiari: Persone con disabilità, con priorità alle condizioni di disabilità grave e gravissima.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Gli interventi per le persone con disabilità devono riguardare l'intero progetto di vita della persona ed i principali ambiti della vita sociale (famiglia, scuola, lavoro, società). Occorre dunque promuovere l'integrazione tra i diversi settori di intervento: politiche sociali, salute, scuola, formazione, lavoro, mobilità.

Indicatori:

1. N. ambiti distrettuali che hanno definito il Programma distrettuale per il "Dopo di Noi – Durante Noi" in attuazione della DGR 733/totale ambiti.
2. N. persone destinatarie delle tipologie di intervento per il Dopo di Noi di cui al DM 23.11.2016.
3. N. ambiti distrettuali che hanno definito azioni sull'amministrazione di sostegno secondo le Linee Guida DGR 962-2014/totale ambiti.
4. Approvazione del bando regionale per finanziare le soluzioni abitative di cui al Programma "Dopo di noi" Legge 112/16.

Scheda 7 - PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NELL'AMBITO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

Razionale/Motivazione:

La L. 38/10 ha definito principi e norme volte a garantire un'assistenza qualificata ed appropriata al paziente che necessita di cure palliative, rivolgendo specifica attenzione anche al paziente in età pediatrica, e affidando al modello organizzativo a rete il compito di rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia. La rete di cure palliative permette di assicurare le migliori sinergie tra i diversi setting (nodi della rete) in tutto il percorso assistenziale. La Regione ha da tempo indicato le cure palliative come uno degli ambiti strategici di sviluppo della presa in carico integrata dei pazienti, sostenendo negli anni lo sviluppo e il potenziamento della rete di cure palliative in tutte le sue articolazioni assistenziali. A seguito della L. 38/10 (e dei suoi provvedimenti attuativi) la Regione ha riorganizzato la rete locale di cure palliative (DGR 560/15) e ha definito i criteri di accreditamento della rete stessa (DGR 1770/16).

Descrizione:

La Rete di cure palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio (rappresentato dalla casa o dalla struttura residenziale in cui è domiciliato/residente il malato), in Hospice, ed ha come ambito di competenza, di norma, il territorio dell'azienda USL.

Azioni da sviluppare:

A livello regionale, a garanzia di equità di accesso e omogenee modalità assistenziali su tutto il territorio regionale, vanno definiti comuni strumenti di valutazione per l'accesso alla rete, per il passaggio dalle cure palliative domiciliari di base a quelle specialistiche, per la misurazione della qualità della vita e della qualità assistenziale percepita. A livello locale la Rete deve individuare i punti di accesso, i percorsi organizzativi che si realizzano dalla segnalazione del caso fino all'exitus, prevedendo tutti gli interventi professionali e multidisciplinari di base e specialistici. Vanno individuate le interfacce, i compiti e le modalità di intervento dell'equipe, gli strumenti per valutare le performance (audit organizzativi e audit clinici), l'individuazione delle azioni di miglioramento. Dovranno essere individuate a livello locale e monitorati a livello regionale i percorsi di formazione utili a sviluppare sia le competenze specialistiche dei professionisti dedicati alla rete di cure palliative, sia le competenze degli operatori che operano nelle strutture che si interfacciano e interagiscono con la rete di cure palliative quali le strutture residenziali per anziani (CRA), le unità operative ospedaliere, l'ADI. In particolare, per le strutture residenziali per anziani sarà necessario sviluppare una conoscenza diffusa delle Cure Palliative formando le figure sanitarie e socio-sanitarie maggiormente coinvolte nell'assistenza e nell'organizzazione (Medici, Coordinatori Infermieristici, Infermieri, OSS). Per quanto attiene alle cure palliative pediatriche sarà istituito un gruppo tecnico che avrà il compito di definire precisamente la popolazione target di questa rete, le modalità di accesso e di dimissione e le relazioni fra i diversi nodi, e di valutare il potenziale sviluppo di PDTA specifici attraverso la costituzione di sottogruppi di lavoro. Sarà inoltre necessario promuovere lo scambio e il confronto di esperienze tra le diverse componenti della rete.

Beneficiari: Pazienti di qualsiasi età con patologia cronico-degenerativa, non suscettibili di cure rivolte alla guarigione - o con opzioni terapeutiche limitate, anche in concomitanza di terapie specifiche - con presenza di sofferenza fisica, psicologica o spirituale. Per quanto attiene alle cure palliative pediatriche, inoltre, pazienti i cui caregiver abbiano necessità di formazione specifica rivolta all'assistenza, o di periodi di sollievo.

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'organizzazione a rete attua tutte le strategie necessarie all'integrazione delle diverse strutture ed equipe, sia ospedaliere che territoriali, che perseguono interessi comuni senza sovrapposizioni. Il funzionamento della rete necessita di un coordinatore e di un organismo tecnico di coordinamento che definiscano gli strumenti utili all'integrazione e alle attività trasversali. Dovranno quindi essere individuati criteri specifici per i nodi, ma comuni per tutta la rete, per definire modalità di accesso e di valutazione dei bisogni; andranno definiti il percorso che si realizza dalla segnalazione del caso al punto di accesso fino all'exitus e audit organizzativi con la condivisione sistematica dei risultati ottenuti e delle eventuali azioni di miglioramento. Altro elemento di trasversalità sono i piani di formazione che dovranno essere predisposti per gli operatori dedicati alla rete e per i professionisti che operano nelle strutture invianti. Inoltre sarà necessario condividere con i professionisti delle unità operative ospedaliere le modalità di attivazione dell'equipe specialistica di cure palliative per la consulenza ospedaliera. Ancora andranno condivisi, con gli operatori CRA, i criteri per l'individuazione dei pazienti target di cure palliative, le modalità di accesso alla rete attraverso l'Unità di Valutazione Cure palliative e le modalità di attivazione dell'UCPD (Unità Cure Palliative Domiciliari).

Andranno definite modalità di trasferimento delle informazioni tra i nodi della rete e le altre strutture. Dovranno poi essere realizzati programmi comuni di divulgazione e di informazione verso i propri cittadini sulle cure palliative, sull'organizzazione della Rete coinvolgendo anche le organizzazioni del mondo del volontariato e del *non profit* operanti nel settore cure palliative, con le quali le Aziende Sanitarie hanno sviluppato programmi per attività integrative.

Indicatori:

1. N. deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice sul numero di deceduti per causa di tumore dell'ultimo triennio disponibile (dati ISTAT). Valore standard > 60%;
2. Presenza della programmazione annuale di formazione specifica per gli operatori della rete;
3. Presenza della programmazione per la formazione degli operatori delle strutture invianti alla rete di cure palliative;
4. Presenza di programmi di divulgazione e di informazione verso i cittadini sulle cure palliative e sull'organizzazione della RLCP (anche con il contributo delle associazioni di volontariato e no profit operanti nel settore);
5. N. Aziende all'interno delle quali si è individuato il referente per le CP pediatriche e definito il percorso assistenziale del bambino-adolescente che accede alle CPP;

Scheda 8 - PROMOZIONE DELLA SALUTE IN CARCERE, UMANIZZAZIONE DELLA PENA E REINSERIMENTO DELLE PERSONE IN ESECUZIONE PENALE

Razionale/Motivazione

La ricca produzione normativa (1) degli ultimi anni in tema di politiche finalizzate al miglioramento delle condizioni di vita delle persone in esecuzione penale e sottoposte a misure detentive o sanzioni di comunità (minori e adulti), è sempre più orientata a riconoscere e valorizzare la centralità della persona nei programmi trattamentali, di reinserimento sociale, di prevenzione e promozione della salute, nei percorsi clinico-assistenziali offerti dalle Aziende USL operanti negli Istituti Penitenziari. Il DPCM 01/04/2008 ha infatti sancito il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria al SSN; i principi di riferimento della riforma prevedono: “Il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”.

La popolazione di riferimento è caratterizzata da molteplice appartenenza etno-culturale, differenze linguistiche, scarse conoscenze sanitarie, povertà non solo materiale ma anche in termini culturali e di strumenti/risorse personali, scarsa considerazione del proprio corpo come custode del proprio benessere, basso livello di alfabetizzazione, carente attenzione alle basilari norme di prevenzione, con un possibile rischio di strumentalizzazione della salute. Gli operatori rilevano malessere del recluso non sempre relativo a specifiche patologie organiche, ma anche legato alla prisonizzazione, all'allontanamento dalla famiglia e alla convivenza forzata con altre persone in un'analoga condizione di disagio, da cui discende la necessità dei detenuti di avere momenti di ascolto, di sostegno psicologico o di confronto.

Molte sono le linee guida emanate dalla Regione in ambito sanitario penitenziario, e numerosi i Protocolli siglati tra Regione e il Ministero della Giustizia per l'attuazione di misure volte all'umanizzazione della pena, al reinserimento sociale delle persone detenute e ad una appropriata tutela e promozione della salute.

Paradossalmente il carcere può essere un luogo in cui imparare ad usare i servizi, e acquisire comportamenti salutari e competenze professionali finalizzate a percorsi di reinserimento socio-lavorativo.

Si tratta, sia per i minori che per gli adulti, di costruire percorsi che da un lato consentano un'esecuzione della pena che sia realmente orientata al recupero e al reinserimento sociale, dall'altro creino le condizioni per sostenere e rendere autonome le persone sottoposte a misure penali, in cui spesso alla fragilità di tipo sociale, economica e culturale si somma lo stigma derivante dal coinvolgimento nel circuito penale. Analogamente sul piano sanitario sono presenti forme di vulnerabilità e disuguaglianza (immigrazione, prostituzione, tossico-alcoldipendenza); pertanto, nell'ambito del più ampio cambiamento della sanità penitenziaria, non più medicina d'attesa ma di iniziativa, accanto a servizi di cura e percorsi clinico-assistenziali per persone detenute con patologie acute o croniche, si sono affiancati, dal 2013, interventi specifici e strutturati di promozione della salute.

Descrizione:

In linea con il *probation system* europeo è necessario affrontare il tema individuando percorsi coordinati fra sistemi di esecuzione della pena intra ed extramurario; diventa sempre più necessario prevedere, in collaborazione con i Servizi Sociali Territoriali, interventi che favoriscano percorsi alternativi, o di dimissione, anche in favore di quelle persone detenute prive di risorse familiari, economiche o limiti personali.

Dal punto di vista della tutela della salute, prendendo quale modello quello dei servizi di assistenza sanitaria territoriale, si intende attuare un intervento assistenziale pluridisciplinare con caratteristiche simili a quelle disponibili nel territorio per i cittadini liberi, quali le Case della salute (vedi scheda n.1). Al fine di tutelare e promuovere la salute delle persone detenute, la presa in carico di ciascun assistito prevede la condivisione di un PAI; l'intervento clinico-assistenziale viene offerto dalla fase di ingresso alla dimissione, con la possibilità per ogni persona dimessa di richiedere la propria Cartella Sanitaria. Vengono costruiti inoltre percorsi per la continuità assistenziale alle dimissioni dal carcere. La persona detenuta assistita deve essere al centro della cura e deve essere favorito l'empowerment della persona stessa operando per un percorso di responsabilizzazione, rispetto allo stato di salute e allo stile di vita.

Per quel che riguarda i minori la Regione, in base agli articoli 27 e 28 della L.R. 28 luglio 2008 n. 14 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni", promuove forme e modalità per la territorializzazione degli interventi, intesa come condivisione tra i servizi sociali dell'amministrazione della giustizia, degli enti locali e servizi sanitari, di un progetto personalizzato sul minore, che lo accompagna dall'ingresso nel circuito penale fin dopo la sua dimissione. Oltre all'intervento di assistenza sanitaria all'interno dei servizi minorili, è previsto l'inserimento in comunità per motivi sanitari (di tossicodipendenza e neuropsichiatrica).

Obiettivo condiviso è la prevenzione delle recidive e di percorsi di devianza e marginalità, il recupero e il reinserimento nel tessuto sociale, attraverso azioni di valorizzazione delle risorse personali e di responsabilizzazione e la messa in rete dei servizi.

Azioni da sviluppare:

La Regione prevede integrazione di interventi tra Comuni e Aziende USL e promuove la collaborazione con il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria e l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, con gli Enti del terzo settore, per la programmazione condivisa, l'attuazione ed il monitoraggio di azioni volte a:

- sviluppo e consolidamento delle attività degli sportelli informativi per detenute/i, sia per l'ambito sociale che per l'ambito sanitario;
- promozione, in raccordo con le istituzioni competenti ed i soggetti del terzo settore, di interventi coordinati finalizzati al miglioramento della qualità della vita, benessere della persona e all'umanizzazione della pena, con particolare attenzione ai "nuovi giunti" e ai "dimittendi";
- realizzazione di incontri individuali e attivazione di gruppi per l'informazione/educazione in tema di salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto;
- produzione e utilizzo di materiale informativo specifico per il contesto di riferimento e/o realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione in linea con le campagne nazionali e mondiali (giornate sui temi dell'HIV, della prevenzione del tumore al seno, della lotta al fumo, ecc.);
- sostegno di progetti di inserimento e re-inserimento socio-lavorativo per coloro che sono in esecuzione penale esterna e/o in uscita dal carcere e che spesso sono portatori di fragilità complesse (personali, familiari, sanitarie, ecc.);
- sostegno alla sperimentazione di percorsi innovativi, quali quelli ispirati ai principi della giustizia riparativa con particolare attenzione alla mediazione penale;

- supporto ai percorsi di cura e inclusione sociale dei rei prosciolti per disturbi mentali sottoposti a misure di sicurezza detentiva, in Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), o non detentiva;
- sviluppo di azioni di confronto e coordinamento tra i Servizi Territoriali e Centro Giustizia Minorile.

Beneficiari: Persone detenute negli IIPP della regione, persone condannate in misura alternativa presenti sul territorio regionale, minori interessati da provvedimenti giudiziari.

Elementi di trasversalità/integrazione:

La presa in carico in esecuzione penale è finalizzata a co-costruire azioni mirate all'autonomia della persona, integrate rispetto alle diverse aree di bisogno, evitando la dispersione in micro azioni per uno stesso utente. L'intero processo vede al centro la persona con bisogni e risorse ed è finalizzato, coerentemente all'approccio delle diverse misure a sostegno della fragilità (SIA, RES, L.R. 14/15), all'empowerment e promozione di salute e alla responsabilizzazione del soggetto beneficiario (Patto di responsabilità/Patto per la salute), ad esempio attraverso l'attivazione di percorsi per la continuità assistenziale alle dimissioni con il coinvolgimento dei Servizi Sanitari Territoriali e le associazioni locali.

Per la realizzazione di queste attività è necessaria una programmazione congiunta, e integrazione di interventi, tra Comuni e Aziende USL, che insieme realizzino una stretta collaborazione con le direzioni degli Istituti penali, Uffici esecuzione penale esterna, Centro giustizia minorile (CGM), Ufficio servizio sociale minori (USSM), Garanti dei diritti in area penale, terzo settore, e ogni altro soggetto che a vario titolo si ritenga utile coinvolgere a livello locale; sede istituzionale per l'esercizio di tale collaborazione è il Comitato locale per l'esecuzione penale. Possono rappresentare uno strumento efficace per sostenere tale collaborazione le attività di formazione congiunta tra operatori dei diversi enti, in particolare tra educatori che agiscono negli Istituti e operatori sociali e sanitari del territorio.

Per i minori di particolare rilievo è la necessità di promuovere il raccordo con le diverse agenzie educative e servizi sanitari presenti sul territorio (consultorio/giovani, scuola, famiglie, centri aggregativi, associazionismo...).

Indicatori:

1. N° sportelli informativi attivati in carcere/numero IIPP (target 100%);
2. N° gruppi di informazione ed educazione alla salute e stili di vita e gruppi di auto-mutuo aiuto/numero IIPP (target 100%);
3. N° realizzazione di campagne di sensibilizzazione nazionali e mondiali attivate in ciascun carcere (es. giornate sui temi dell'HIV, della prevenzione del tumore al seno, della lotta al fumo)/numero IIPP (target almeno uno per IP);
4. N° interventi di inclusione lavorativa attivati in ciascun territorio dentro e fuori dagli IIPP;
5. N° interventi per l'inclusione socio lavorativa dei minori e dei giovani-adulti in esecuzione penale, nel procedimento minorile;
6. N° enti coinvolti di terzo settore.

(1) Nota

Ambito europeo: Direttiva 29/2012/UE, raccomandazioni in materia di *Probation*

Ambito nazionale:

- Dlg 15/12/2015 n. 212 Attuazione della direttiva 2012/29/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 ottobre 2012, che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato;
- la L.67/2014 del 28.4.14 introduce l'istituto della sospensione del processo con messa alla prova che affianca alle nuove pene non detentive una forma di probativo;
- la L.10/2014 reca misure urgenti in tema di tutela dei diritti fondamentali dei detenuti e di riduzione controllata della popolazione carceraria;
- la L.94/2013 che tra l'altro prevede che il condannato chieda l'applicazione alla misura alternativa per pene sotto i 3 anni e introduce un nuovo comma all'art. 21 O.P. nel quale viene previsto che detenuti e internati possono essere assegnati a prestare la propria attività a titolo volontario e gratuito nell'esecuzione di progetti di pubblica utilità in favore della collettività da svolgersi presso lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni o presso enti o organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato;
- la L. 9/2012 e la successiva L.81/2014 hanno permesso la riduzione degli ingressi tramite la predisposizione di alternative territoriali e residenziali;
- la L.199/2010 che prevede che la pena detentiva inferiore a dodici mesi possa essere eseguita presso l'abitazione del condannato;
- Protocollo operativo tra Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e conferenza nazionale volontariato e giustizia sullo statuto e le modalità d'azione del volontariato in ambito penitenziario - 13 novembre 2014;
- Stati generali per l'esecuzione penale sul tema delle misure e sanzioni di comunità (Tavolo 12) e in materia di giustizia riparativa, mediazione e tutela delle vittime del reato (Tavolo 13);
- D.Lgs 230/99 Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5 della Legge 30 novembre 1998 n. 419;
- D.P.C.M. 1 aprile 2008 (1). Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. (1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 maggio 2008, n. 126.

Scheda 9 – MEDICINA DI GENERE

Razionale/motivazione:

La medicina di genere è un approccio innovativo alle disuguaglianze di salute a partire dall'insorgenza e dall'evoluzione della malattia – dai sintomi, dalle diagnosi e prognosi fino ai trattamenti – legate non solo a una differente appropriatezza diagnostico-prescrittiva, ma soggette anche a disuguaglianze sociali, culturali, psicologiche, economiche e politiche. È una chiave di lettura che pone in primo piano il tema delle diversità e come un sistema e le agenzie preposte alla cura, all'assistenza, alla ricerca e alla formazione le affrontano. È noto come la medicina intesa come ambito organizzativo/professionale abbia come premessa culturale di riferimento il genere maschile. La letteratura ha ampiamente evidenziato che tale "implicito" culturale ha un effetto sia nei processi di cura e assistenza, diagnostici e terapeutici, sia negli esiti e risultati di tali processi. Sono cospicui gli sforzi che attualmente si stanno conducendo per introdurre lo studio delle differenze bio-sessuali e i risultati che si stanno ottenendo prefigurano la necessità di considerare cambiamenti negli attuali processi ad esempio diagnostici e terapeutici. In questa prospettiva è meglio parlare di medicina genere-specifica, vale a dire di una medicina a misura di uomo e di donna. Come ha più volte ripetuto Giovannella Baggio, nella pratica clinica e nell'insegnamento di una medicina ritagliata per l'uomo e per la donna, non può esserci un'altra strada separata e diversa dal resto della medicina. Insomma, la medicina di genere non è una medicina alternativa. Tutta la medicina, in ogni sua specialità, va applicata e insegnata in modo genere-specifico. Questo implica un profondo cambiamento di prospettiva da parte della comunità scientifica per colmare quel gap di conoscenze, certamente avanzate, ma non derivate da solidi studi di genere. Così all'interno delle organizzazioni preposte alla cura, l'impegno verso una medicina di genere si traduce nel concretizzare un'appropriatezza della cura rispettosa del diritto di equità di trattamento sia per uomini che per donne. Altrettanto rilevante è la necessità di incidere maggiormente sulle prassi organizzativo/professionali e quindi sui presupposti culturali che guidano tali prassi, spesso guidate da stereotipi e pregiudizi. In questa prospettiva sono da valorizzare le esperienze che hanno prodotto percorsi interessanti e proficui attraverso azioni anche di educazione alle differenze, in quanto accrescono la capacità di chi opera nell'ambito della salute di offrire risposte genere-specifiche, e quindi più aderenti alla specificità della persona.

Descrizione:

I riferimenti alla legge regionale 6/2014, in particolare gli articoli seguenti individuano alcuni indirizzi di sviluppo per quanto attiene la medicina di genere in una prospettiva di equità (vedi scheda 11). Verranno qui di seguito ripresi i passaggi della legge in cui viene richiamata la medicina di genere e vengono esplicitate le traiettorie di lavoro.

«Art. 10 Medicina di genere e cura personalizzata»

1. La Regione Emilia-Romagna tutela il diritto alla salute come sancito dall'articolo 32 della Costituzione, garantendo parità di trattamento e di accesso alle cure con particolare riguardo alle differenze di genere e relative specificità; favorendo la formazione dei professionisti della sanità e dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza per garantire nell'ambito dell'assistenza un approccio che tenga conto della medicina di genere.

2. Le aziende pubbliche sanitarie, le aziende ospedaliere e le strutture sociosanitarie della Regione Emilia-Romagna valorizzano l'approccio di genere nella cura e nell'assistenza di donne e bambine, di uomini e bambini; offrono un'informazione corretta ed equa sulle problematiche di salute e sulle differenze di genere; promuovono l'attività scientifica e di ricerca secondo l'ottica di genere, implementando percorsi di ricerca, prevenzione, diagnosi, cura farmacologica e riabilitazione orientate all'equità di genere; realizzano un'attività formativa professionale permanente con l'obiettivo di fornire la conoscenza di problematiche specifiche connesse alla diversità di genere e alla sicurezza sul lavoro.

3. La Regione Emilia-Romagna, anche in collaborazione con lo Stato, università, enti pubblici e privati, mass media e associazioni, promuove mediante appositi accordi campagne di comunicazione, informazione e sensibilizzazione sulla salute di genere, sulle patologie genere-specifiche, sulle differenze nella prevenzione e trattamento.

4. Agli obiettivi del presente Titolo sono adeguati tutti i documenti programmatici della sanità regionale, in particolare il Piano sociale e sanitario regionale, al fine di contribuire alla individuazione, promozione e monitoraggio dei determinanti di genere nell'organizzazione del lavoro, nella ricerca interdisciplinare, nei curricula studiorum, nei percorsi diagnostico-terapeutici, nell'uso dei farmaci, nei valutatori dei dati di efficacia e produttività del sistema sanitario, per fornire prestazioni appropriate e cure personalizzate coinvolgendo tutti gli operatori della sanità, in primo luogo i medici di famiglia.

5. L'Agenzia sanitaria e sociale regionale, nell'ambito delle proprie competenze, in forza degli indirizzi approvati dalla Giunta e nel rispetto della presente legge, adotta, nella formulazione dei propri programmi e delle proprie rendicontazioni l'approccio equity oriented, con particolare attenzione alle differenze di genere.

«Art. 11 Rete dei servizi e presidi territoriali»

(...) 2. La Regione Emilia-Romagna, nella piena applicazione della legge 29 luglio 1975, n. 405 (Istituzione dei consultori familiari) e della legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza), in particolare si impegna a garantire, consolidare e sviluppare le aree di attività connesse ai consultori familiari, nell'ambito del sistema di cure primarie integrato e della pianificazione delle case della salute, quale servizio di assistenza alla famiglia, alla maternità e paternità responsabili, alla educazione sessuale e alla contraccezione per i giovani, nonché di tutela del benessere delle donne e delle ragazze in un'ottica orientata alla salute e alla medicina di genere

(...) 4. L'approccio di genere, l'integrazione multidisciplinare tra i soggetti, le aziende e le agenzie della rete socio-sanitaria territoriale nell'organizzazione e nelle prestazioni sanitarie territoriali sarà rendicontato da un sistema di indicatori di qualità che incideranno sulla valutazione del budget attribuito alle aziende, sulla selezione dei progetti e programmi per il miglioramento dei servizi all'utenza, sulla produttività.

5. In particolare l'Agenzia sanitaria e sociale regionale e le Aziende del Servizio sanitario regionale si attivano, in collaborazione con gli enti locali dell'Emilia-Romagna, per promuovere piattaforme formative in tema di garanzie di equità, rispetto delle differenze e contrasto alle disuguaglianze, sia nei confronti degli utenti che degli operatori.

6. Nell'ambito della pianificazione della rete territoriale dei servizi si tiene conto della medicina di genere al fine di rafforzare i servizi di prevenzione e promozione del benessere e della salute femminile, nella logica di promuovere l'equità, ridurre le disuguaglianze e favorire il rispetto delle differenze nella programmazione, nella formazione, nell'accesso e nella fruizione dei servizi.

(...) 8. Nell'organizzazione, costruzione e allestimento degli spazi socio-sanitari pubblici e privati convenzionati, sarà cura della committenza promuovere la realizzazione di progetti rispettosi dell'ottica di genere, delle differenze e dei bisogni di accoglienza dell'utenza tutta, con particolare riguardo per le disabilità

Azioni da sviluppare

Adottando la logica che guida in generale l'approccio all'equità richiamato nella scheda 11, affinché la medicina di genere si traduca in pratica e diventi azione pervasiva a tutti i livelli del sistema così come richiamato negli articoli legislativi menzionati sopra, (nella programmazione, nei processi diagnostici, di cura e di assistenza, nella valutazione e nella ricerca) si rende necessario procedere attraverso diverse azioni per dare sistematicità alle molteplici progettualità che ne possono scaturire.

In primo luogo si individua l'attivazione di un dispositivo organizzativo/operativo quale un coordinamento "Medicina di genere ed equità", nella direzione generale Cura alla Persona, Salute e Welfare per analizzare le azioni trasversali implementate nella prospettiva di genere e promuovere iniziative di confronto finalizzate alla

loro armonizzazione e verifica. Questo consentirebbe anche di rispondere in modo puntuale a quanto richiamato nella normativa regionale n.6/2014 e di contribuire all'aggiornamento periodico del Bilancio di Genere. Il coordinamento inoltre fungerà da supporto all'introduzione, nel momento di elaborazione del Piano delle attività, di strumenti equity oriented quali ad esempio la scheda di valutazione Equia, per rilevare ex ante l'impatto delle azioni messe nel piano, in particolare sul genere. In questo modo si rafforza anche all'interno del sistema regionale un approccio culturale e una consapevolezza di quanto le scelte che si compiono hanno effetti pratici a volte indesiderati sui destinatari di tali scelte e quindi se rilevati anticipatamente si possono prevedere adeguamenti in una prospettiva attenta alle specificità di genere e non solo.

In secondo luogo l'adozione da parte di tutte le Aziende sanitarie dell'approccio di genere e dell'integrazione multidisciplinare si definisce come obiettivo da realizzare nell'arco di vigenza del Piano. Per testare la fattibilità e definire modelli e strumenti d'intervento utili a raggiungere l'obiettivo, si prevede che in fase di primo avvio almeno in un territorio regionale si sperimenti l'approccio di medicina di genere e se ne verifichino gli esiti, l'appropriatezza clinico-diagnostica, organizzativa, terapeutica ecc. Come già detto la medicina di genere non è una medicina alternativa ma una pratica che si fonda sulla assunzione del rispetto delle differenze di genere per rispondere in modo più appropriato e personalizzato. Quindi il territorio soggetto della sperimentazione dovrà approntare un impianto che investa tutti i livelli dell'organizzazione aziendale e in base ai risultati ottenuti saranno estrapolate indicazioni operative da trasferire ad altri contesti locali.

Beneficiari:

- Cittadini e cittadine dei servizi sanitari e sociali;
- Amministratori e amministratrici;
- Operatori e operatrici che operano in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale.

Elementi di trasversalità/integrazione

Ci sono diversi elementi di trasversalità/integrazione che riguardano i servizi presenti nella Direzione Generale Cura alla Persona, alla Salute e al Welfare, nell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e le altre direzioni della Regione Emilia-Romagna, trasversalità anche tra il livello regionale e il sistema dei servizi sanitari e sociali regionale, e attraverso il rafforzamento di una cultura orientata alle differenze di genere si rendono fluidi processi di lavoro improntati all'integrazione delle pratiche professionali.

Indicatori

1. Attivazione e evidenze delle azioni del coordinamento regionale "Medicina di genere ed equità";
2. Realizzazione della sperimentazione dell'approccio di medicina di genere in un territorio regionale/aziendale;
3. Definizione di linee operative per l'estensione dell'approccio alle altre Aziende sanitarie;
4. Formazione diffusa degli operatori compresi i medici convenzionati.

Scheda 10 - AZIONI DI CONTRASTO DELL'ESCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI POVERTÀ ESTREMA O A RISCHIO DI MARGINALITÀ

Razionale/Motivazione:

La crisi economica iniziata nel 2008 ha provocato l'impoverimento di molte categorie sociali, con la conseguenza che oggi molte persone vivono in condizione di povertà estrema e la condizione di homelessness è diventata sempre più grave.

L'aumento del fenomeno è legato alla congiuntura economica ma risente anche, soprattutto in prospettiva, degli esiti dei massicci flussi migratori non programmati provenienti dal nord Africa. Ciò pone l'obbligo di affrontare il tema uscendo da logiche tipicamente emergenziali e di costruire risposte strutturate e articolate, in quanto rivolte ad un numero crescente di persone, caratterizzate da bisogni complessi in cui si sommano problemi legati alle dipendenze, al disagio mentale, alla salute, di tipo relazionale, socio-economico, ecc.

Descrizione:

Nel mese di novembre 2015 sono state approvate in sede di Conferenza Unificata Stato Regioni le "Linee di indirizzo per il contrasto alla grave marginalità adulta in Italia" che rappresentano un importante strumento di indirizzo e, per la prima volta, disegnano il sistema di servizi e prestazioni in questo settore. Si rimanda a tale documento per i contenuti specifici, ma si sottolinea la necessità di garantire, in stretto raccordo con i soggetti del privato sociale, un sistema di servizi integrato, anche a bassa soglia, che non risponda esclusivamente a logiche contingenti ("emergenza freddo") ma che sappia coniugare la risposta ai bisogni primari indifferibili (cibo, riparo, cure mediche) ad un'azione di ascolto, presa in carico e investimento sulle capacità "residue" della persona, come premessa necessaria alla definizione di percorsi accompagnati di uscita dalla dipendenza/marginalità. Per realizzare questo obiettivo una dimensione fondamentale è quella del lavoro di comunità, per far sì che interventi e servizi escano dall'autoreferenzialità e si aprano al territorio e alla cittadinanza, con l'obiettivo di abbattere lo stigma, stimolare lo scambio e attivare nuove risorse e sinergie, a beneficio dell'intera comunità. Nei Comuni capoluogo sono attivi da molti anni progetti e interventi di riduzione del danno rivolti alle persone con dipendenze patologiche e condizioni di marginalità sociale, svolti da Comuni e Aziende sanitarie, in collaborazione con il Terzo Settore, attraverso Unità di Strada o in strutture dedicate a bassa soglia d'accesso. Hanno l'obiettivo di tutelare le condizioni generali di salute delle persone anche in assenza di motivazione ad intraprendere percorsi di cura ed operano con un approccio di comunità finalizzato a preservare e migliorare il contesto relazionale delle persone e dei territori in cui vivono.

Un'attenzione specifica va data all'assistenza sanitaria di base alle persone che, in quanto non residenti, ne sono prive (ad esclusione delle prestazioni di emergenza), di norma garantita dalle associazioni di volontariato. Ciò per garantire a ciascun individuo il diritto alla salute ma anche in ottica di protezione della salute pubblica.

Le Linee di indirizzo propongono, fra l'altro, l'Housing first, come metodo di intervento innovativo in grado di tenere insieme le dimensioni sopracitate: da un lato di interrompere "circuiti" di marginalizzazione e/o di dipendenza dai servizi e dall'altro promuovere benessere di comunità. Quest'approccio, sviluppatosi nel Nord America prevalentemente a favore di persone con problemi di salute mentale, si basa sul riconoscimento del diritto alla casa come punto di partenza per

consentire alla persona un recupero della propria autodeterminazione e dignità e la costruzione di un percorso di emancipazione, senza subordinarlo al raggiungimento di obiettivi predeterminati (lavoro, astinenza, ecc..). In ciò si differenzia dal tradizionale approccio “a gradini”, che prevede una graduale uscita dalla condizione di ‘senza dimora’ attraverso l’attivazione di servizi intermedi, che vengono via via attivati in funzione del livello di autonomia raggiunto. Ciò implica un forte lavoro, da parte di equipe multidisciplinari specializzate, di supporto e accompagnamento all’empowerment delle persone e al mantenimento e gestione degli appartamenti, nonché di orientamento e mediazione rispetto al contesto sociale. Questo strumento a sostegno dei percorsi di autonomia delle persone senza dimora ad elevata vulnerabilità, anche socio-sanitaria, per molti aspetti si avvicina ed integra lo strumento del budget di salute.

Azioni da sviluppare:

- sviluppo, nei comuni capoluogo, di un sistema articolato di interventi per il contrasto alla grave marginalità che comprendano interventi a bassa soglia e di pronto intervento sociale, anche attraverso l'utilizzo delle unità di strada, nonché di accoglienza e risposta abitativa incentrati sull’approccio dell’empowerment e del lavoro di comunità, ed in forte connessione con il servizio sociale territoriale. Il “pronto intervento sociale” rappresenta tra l’altro, in assenza della definizione di livelli essenziali, uno dei macro-obiettivi di servizio a cui è vincolato l’utilizzo del Fondo nazionale delle politiche sociali;
- rafforzamento e messa a sistema della rete dei soggetti pubblici e del terzo settore per azioni, interventi e progetti innovativi, volti a qualificare anche i servizi a bassa soglia attraverso la presa in carico delle persone e la personalizzazione degli interventi; promozione di convenzioni tra Ausl e associazioni di volontariato per l’erogazione delle prestazioni sanitarie di base alle persone prive della residenza; sensibilizzazione e coinvolgimento del contesto e della società civile al fine di favorire l’integrazione e l’inclusione delle persone in condizione di marginalità estrema;
- consolidamento del modello housing first coinvolgendo i vari settori (casa, salute, lavoro, istruzione, giustizia) per fornire risposte ai bisogni complessi delle persone in condizione di marginalità estrema e monitorare le esperienze avviate;
- monitoraggio del fenomeno e della presenza di servizi formali e informali sul territorio;
- qualificazione dei servizi e degli operatori attraverso: formazione e approfondimento su temi trasversali, confronto e scambio buone prassi, sperimentazione di strumenti organizzativi e operativi per l’integrazione degli interventi sociali e sanitari (salute mentale, SerT, pronto soccorso...).

Beneficiari:

Persone in situazione di grave emarginazione, spesso caratterizzate da fragilità “multipla” in cui si sommano problemi di salute, di disagio mentale, di dipendenza da sostanze, di precarietà della propria condizione giuridica, ecc. I dati della ricerca campionaria Istat indicano oltre 4.000 persone senza dimora in Emilia-Romagna, ma il dato, sulla base del confronto con gli enti locali, risulta essere sottostimato.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Analogamente ad altri approcci (ad esempio il budget di salute) il lavoro sociale con le persone senza dimora pone al centro la persona, con i suoi bisogni e risorse, rendendola partecipe e responsabile del percorso progettato insieme ai servizi. Occorre pertanto costruire risposte quanto più individualizzate e articolate in base agli effettivi bisogni. Condizione fondamentale per tale fine è l'integrazione in ambito socio-sanitario, per le forti correlazioni fra salute e deprivazione materiale, e in ambito socio-lavorativo, ai sensi della L.R. 14/2015, al fine di promuovere una reale autonomia e dignità della persona.

Indicatori:

Con riferimento in particolare ai comuni capoluogo:

1. N. persone senza dimora prese in carico;
2. N. persone inserite in esperienze di co-housing e di Housing first/Housing Led;
3. N. posti in accoglienza suddivisi in: H24, notturni, diurni.

Scheda 11 - EQUITÀ IN TUTTE LE POLITICHE: METODOLOGIE E STRUMENTI

Razionale/motivazione:

La letteratura in questi anni ha prodotto molte evidenze sugli effetti prodotti dai determinanti sociali sulle disuguaglianze di salute. Le disuguaglianze sociali in ambito sanitario rappresentano uno dei temi cruciali per le politiche pubbliche. L'ottica con cui tradizionalmente il tema è trattato, mette in relazione le variabili socio-economiche alle condizioni di salute e all'utilizzo dei servizi. Le disuguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale (per una lettura completa si rimanda al Libro Bianco sulle disuguaglianze in salute in Italia, a cura di G. Costa, 2014, e ai testi di Marmot di cui è stata curata una traduzione italiana "La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto", 2016).

Se da un lato quindi vanno intraprese azioni di politica pubblica intersettoriali, e il Piano Regionale Sociale e Sanitario ne è un esempio in quanto agisce per modificare i determinanti sociali (vedi le politiche attive di inclusione al lavoro, di accesso all'abitazione ecc.), dall'altro lato vanno anche considerate azioni di sistema che rendano coerenti le strategie dei servizi e le pratiche organizzative: la questione si sposta da ciò che influisce sullo stato di salute ai meccanismi generatori di iniquità all'interno delle stesse organizzazioni di cura, assistenza sanitaria e sociale.

La scelta teorica ed empirica da assumere nel dare corpo al programma regionale può essere riassunta dalla affermazione di Sennet (2003) che "*Diversi si nasce, disuguali si diventa*", ovvero il fatto che, benché la nostra società tenda a presentare le disuguaglianze come un dato di fatto, esse sono in realtà il risultato di una serie di interazioni rituali localizzate, cioè collettivamente costruite e organizzate nello spazio e nel tempo. Coerentemente l'interesse è rivolto all'agire organizzativo, in particolare alla sua dimensione processuale (Cooper, Law, 1995) e pratica (Gherardi, 2000), interesse che caratterizza un numero sempre maggiore di studi dell'organizzazione (Strati, 2004).

Le domande di cui tenere conto sono: come i processi dell'organizzazione quotidiana dei servizi prendono in considerazione la pluralità delle differenze e come possono produrre una eguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute e al benessere sociale o, al contrario, riprodurre le disuguaglianze sociali pre-esistenti o produrne di nuove? La riflessione assume come oggetto il rapporto tra forme di organizzazione ed effetti sociali cioè produzione/riproduzione di forme di relazioni sociali diseguali. Nella stessa logica si muove il documento dell'OMS "Governance for health equity" (2003), che traccia le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità, che peraltro costituiscono l'impianto del presente Piano:

- politiche e programmi intersettoriali;
- assunzione di un approccio "intersectionality" (ovvero intercategoriale, non targettizzante);
- assunzione di pratiche "empowering";
- lavoro di networking;
- promuovere comportamenti pro-attivi.

Ulteriore punto richiamato da Sennett è l'adozione del "rispetto" (costa poco, è relativamente facile attivarlo), un approccio centrato sull'ascolto dell'altro come persona.

Descrizione:

Per dare corpo alle strategie di equità come approccio strutturale dentro alle organizzazioni del sistema regionale dei servizi sanitari e socio-sanitari è necessario prevedere: a) azioni di sistema cioè indirizzate non solo su ambiti specifici di vulnerabilità ed iniquità ma che imprimano trasformazioni del sistema servizi nel suo complesso; b) azioni che pongano lo sguardo sia all'interno delle organizzazioni/istituzioni, gli operatori (*diversity management*), sia verso l'esterno: i fruitori dei servizi (utenti, familiari).

Facendo leva sulla esperienza maturata in questi anni è importante dare un nuovo impulso ai coordinamenti aziendali (es. board sull'equità) in staff alle stesse direzioni aziendali, affinché assicurino coerenza della applicazione pratica del criterio di equità tra i diversi livelli organizzativi: programmazione aziendale, gestione/amministrazione ed erogazione dei servizi in relazione alle differenze da eguagliare o strand dell'equità es. territoriali, culturali, genere, età, disabilità. Tali board avranno a disposizione degli strumenti/metodologie equity oriented, di toolkit sulla predisposizione del Piano delle azioni sull'equità e di supporti formativi metodologici. Si prevede di sviluppare l'adozione di strumenti equity oriented quali l'Health Equity Audit, per garantire una maggiore coerenza tra l'evidenza dei dati sulle iniquità e le azioni messe in campo. Inoltre si dovranno intensificare le azioni di supporto regionale per avviare in alcuni territori regionali, come attività prototipiche, strategie di *diversity management* in quanto l'attenzione alle diversità e quindi alle eventuali azioni di contrasto ad iniquità che insorgono dentro alle organizzazioni rimangono senza risposta. È stato ampiamente dimostrato come l'assunzione di strategie di diversity management riducono il turnover, incidono sul clima organizzativo ecc.

Azioni da sviluppare:

A livello aziendale:

- individuazione del referente aziendale dell'equità e attivazione del Board aziendale sull'equità
- adozione aziendale del piano delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione.
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equta-in-pratica/toolkit/toolkit-3>
- utilizzo di strumenti e metodologie (equity assessment) per valutare indirizzi, programmazione e interventi, nonché tramite la formazione dei professionisti e dei decisori all'utilizzo di tali strumenti.
<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equta-in-pratica/toolkit/toolkit-5/intro>
- sperimentazione di interventi secondo l'approccio diversity management nelle organizzazioni del sistema regionale attraverso progetti di ricerca-intervento per valutare l'intervento messo in campo: forme di sostegno per la conciliazione lavoro-vita privata ecc.

A livello regionale:

- implementazione degli strumenti di equity assessment nel programma del Piano della Prevenzione Regionale attraverso coordinamento delle attività aziendali, formazione, supporto tecnico/metodologico;

- piattaforme formative in tema di garanzie di equità, rispetto delle differenze e contrasto alle disuguaglianze, sia nei confronti degli utenti che degli operatori (L.R. n.6/2014).
- adozione di analisi epidemiologiche per valutare l'impatto di politiche e programmi sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione attraverso raccolta ed integrazione delle informazioni sulle condizioni rilevanti per la salute e loro descrizione tramite archivi dati non sanitari, analisi prospettive di fasce vulnerabili della popolazione e valutazioni dell'equità di accesso ai servizi, studi di approfondimento sulle vulnerabilità sociali e le disuguaglianze, nonché sui determinanti sociali nelle disuguaglianze di accesso ai servizi e nel loro utilizzo (monitoraggio epidemiologico delle condizioni socioeconomiche e demografiche che influenzano la salute di individui e comunità).
- implementazione di sistemi di sorveglianza delle disuguaglianze, del benessere e della vulnerabilità in età infantile – sia come strumento di programmazione di interventi a sostegno dell'infanzia e della genitorialità, sia come indicatore di valutazione della programmazione regionale e distrettuale.

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/equita-in-pratica/toolkit/toolkit-6/intro>

Beneficiari: Potenzialmente tutti gli utenti e gli operatori dei servizi del sistema regionale, in quanto portatori di differenze individuali multiple, con attenzione alle fasce di popolazione maggiormente vulnerabili quali ad esempio persone in povertà o a rischio di esclusione sociale (in relazione a condizioni di migrazione, di precarietà lavorativa, di discriminazione legata al genere, disabilità ecc.).

Elementi di trasversalità/integrazione

L'adozione di strategie e la messa in campo di azioni/strumenti di gestione dell'equità nel rispetto delle diversità di fatto si basa sulla condivisione di politiche integrate, sul lavoro di rete e sul coinvolgimento dei diversi attori coinvolti (empowerment individuale, organizzativo e comunitario).

Indicatori:

a livello aziendale:

1. presenza dei referenti dell'equità aziendali e del board aziendali (o altre forme di coordinamento) per il governo delle azioni di contrasto alle iniquità;
2. adozione del piano aziendale delle azioni di equità nel rispetto delle differenze, prioritariamente orientate agli obiettivi strategici del Piano (condizioni di povertà, rischio di esclusione sociale o discriminazione);
3. applicazione di almeno 1 strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio.

a livello regionale:

1. raggiungimento degli indicatori previsti nel Piano regionale della prevenzione in relazione all'utilizzo degli strumenti di equity assessment;
2. evidenza di valutazione impatto politiche e programmi sul grado di disuguaglianza sociale di salute nella popolazione tramite analisi epidemiologiche;

3. rilevazione dell'indicatore EDI (Early development instrument) su campione regionale e su campione distrettuale (almeno uno per area vasta);
4. creazione di una piattaforma formativa.

Scheda 12 - SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE DELLE PERSONE STRANIERE NEO-ARRIVATE

Razionale/Motivazione:

L'arrivo e la permanenza in Italia e in Emilia-Romagna di persone provenienti da Paesi Terzi rappresentano un fenomeno strutturale ed in aumento, che necessita di adeguate risposte in una ottica preventiva e promozionale. Nel corso degli ultimi anni le caratteristiche dei flussi in ingresso sono significativamente cambiate: si registra un forte incremento di flussi “non programmati” di migranti richiedenti protezione internazionale (all'interno dei quali si registra una significativa quota di specifici target particolarmente vulnerabili come donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.) un ridimensionamento degli ingressi per lavoro ed una sostanziale stabilità di quelli per ricongiungimento familiare. In merito ai primi si è di recente sviluppato, accanto all'accoglienza nell'ambito dello SPRAR la cui gestione è in capo agli Enti locali, un sistema di prima accoglienza “straordinaria” (CAS) di esclusiva competenza governativa che si sta gradualmente insediando in tutti i Comuni della regione.

In risposta a tale nuovo scenario, il sistema dei servizi regionali e locali è sollecitato alla definizione di risposte tempestive e competenti in termini interculturali, finalizzate a: supportare in termini specialistici la prima accoglienza di natura statale (HUB, CAS, SPRAR), sostenere l'inclusione sociale dei nuovi cittadini, anche in riferimento a quelli in uscita dall'accoglienza, evitare fenomeni di isolamento e/o esclusione sociale, promuovere una società più coesa e solidale. Più in generale occorre rinnovare nel territorio un impianto di interventi e servizi di accoglienza ed integrazione, in grado di supportare ed accogliere tutti i cittadini con vari gradi di vulnerabilità, nell'ambito del sistema di *welfare* universalistico.

La definizione delle priorità di azione in ambito distrettuale dovrà trovare occasione di complementarietà rispetto agli interventi previsti dal Fondo FAMI 2014-2020 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri già in corso o che si realizzeranno nei prossimi anni nel territorio regionale.

Descrizione:

Sostenere i percorsi di inclusione sociale della popolazione straniera, in particolare verso le persone neo arrivate (per ricongiungimento familiare, richiesta di protezione internazionale, lavoro) e/o specifici target particolarmente vulnerabili (donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.), al fine di rispondere a particolari bisogni (lingua italiana, mediazione, orientamento al territorio e alla normativa).

In relazione ai flussi non programmati di richiedenti protezione internazionale, occorre consolidare una filiera istituzionale dell'accoglienza e dell'inclusione, promuovendo la definizione di un modello di accoglienza integrato a livello territoriale tra interventi statali, regionali e locali, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Accoglienza e del Piano Nazionale Integrazione così come previsti dal Dlgs 142/2015.

Azioni da sviluppare:

a) Sostegno all'inclusione linguistica, culturale, sociale e sanitaria:

- sostenere la realizzazione di un Piano Regionale per l'insegnamento della lingua italiana e l'educazione civica, attraverso il potenziamento delle reti istituzionali, sia a livello regionale che territoriale, rappresentate dagli Uffici scolastici, dai CPIA, dalle Prefetture, dagli Enti Locali e dalla stessa Regione, per rispondere con maggiore efficacia agli adempimenti normativi inerenti l'acquisizione e formalizzazione delle competenze linguistiche e dei percorsi di educazione civica e valorizzare altresì i momenti formativi come occasione di sensibilizzazione e prevenzione in ambito sociale e di educazione alla salute;
- valorizzare, in un'ottica di complementarietà alla offerta formativa istituzionale, l'offerta formativa in italiano L2 erogata dal "sistema informale" del Terzo settore, maggiormente orientata alla socializzazione ed alla conoscenza del territorio, definendone standard minimi di qualità, supportando la formazione dei docenti volontari ed attivando forme di collaborazione e raccordo con il sistema dei CPIA, ai fini di facilitare il riconoscimento formale di tale attività;
- consolidare, nell'ambito delle funzioni di programmazione locale dei servizi territoriali, il supporto di interventi qualificati di orientamento informativo e legale, di facilitazione all'accesso ai servizi socio-sanitari, di mediazione linguistico-interculturale, e di mediazione sociale e dei conflitti, nonché una funzione di consulenza specialistica sulle tematiche interculturali e sulla progettazione di interventi territoriali di comunità.

b) Promozione di un sistema locale di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale, minori stranieri non accompagnati e vittime di tratta, in connessione e coerenza con interventi governativi:

- sostenere la connessione e l'integrazione tra i diversi sistemi di accoglienza rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale, ai minori non accompagnati, ed alle vittime di tratta, avendo come riferimento il modello di accoglienza definito dal Dlgs. 142/2015 e riconoscendo l'opportunità di promuovere la partecipazione ai Bandi SPRAR da parte degli Enti Locali, anche in forma associata, al fine dell'allargamento della disponibilità di posti SPRAR;
- consolidare un modello di governo regionale e locale dei sistemi di accoglienza che, anche attraverso la definizione di linee di intervento/protocolli tematici di ambito regionale e/o locale, consenta una miglior gestione del fenomeno e dei suoi impatti sul sistema dei servizi territoriali, attraverso la definizione di interventi specialistici rispetto a vulnerabilità di natura psico-sanitaria e l'attivazione di percorsi individuali di inclusione socio-lavorativa e/o di continuità assistenziale per i soggetti vulnerabili, in particolare per le persone in uscita dalle strutture di accoglienza;
- potenziare e sviluppare il progetto regionale Oltre la Strada, sia sul versante degli interventi di riduzione del danno rivolti alle persone che si prostituiscono attraverso percorsi strutturati con i Consultori familiari, sia nell'ambito dell'individuazione, emersione e protezione delle vittime, con riferimento alla tratta a scopo di sfruttamento sessuale e a quella indirizzata ad altri ambiti (grave sfruttamento lavorativo, coinvolgimento in attività illegali, accattonaggio forzato), anche rafforzando il raccordo e la collaborazione con le competenti autorità dello Stato (Direzione Distrettuale Antimafia, Direzione regionale del lavoro, Commissione territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale) e con gli enti locali, nonché con il sistema di accoglienza attivato per la gestione dei flussi non programmati.

Beneficiari: Persone appartenenti a Paesi Terzi neo arrivate in Italia, o specifici target particolarmente vulnerabili (donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta, ecc.).

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'inclusione sociale delle persone straniere, ed in particolare di coloro da poco arrivati in Italia, è un processo multidimensionale e trasversale, che riguarda lo straniero e la società di accoglienza nelle sue varie articolazioni (istituzioni, organizzazioni, persone). Il momento del primo contatto con il sistema dei servizi territoriali, così come con la comunità di arrivo, è fondamentale per impostare una corretta relazione tra neo-arrivati e società che accoglie. In questo senso imparare il prima possibile la lingua del paese di destinazione è essenziale per rimanere nel nostro paese in condizioni di regolarità, per attivare un processo di integrazione sociale, lavorativa, culturale, politica e per rafforzare le chance di successo del migrante nell'ambito delle singole politiche di settore. Mediazione linguistica e interculturale, ed orientamento specialistico ai servizi, rappresentano altresì un supporto necessario e trasversale a tutto il sistema dei servizi territoriali, così come al lavoro di comunità, in quanto il cittadino straniero va accompagnato alla comprensione del nuovo contesto ma, analogamente, il contesto deve essere supportato nell'incontro e nella comprensione della diversità culturale. La gestione dei flussi non programmati di richiedenti asilo, minori non accompagnati e vittime di tratta è oggi in capo a diversi soggetti istituzionali, sì che l'accoglienza si fonda su sistemi paralleli che devono essere ricondotti a sistematicità e maggiormente interconnessi con il territorio: ciò è possibile solo a patto di intensificare la collaborazione inter-istituzionale e, al contempo, coinvolgere opportunamente le comunità locali (società civile organizzata e singole individualità).

Analogamente l'interconnessione fra istituzioni e fra queste e la comunità è necessaria anche allo sviluppo di azioni di contrasto alla tratta e al grave sfruttamento di esseri umani, così come alle attività di supporto ai soggetti più vulnerabili: solo la sinergia fra i diversi soggetti coinvolti può infatti consentire di mettere in campo risorse originali ed inedite, e può incrementare e valorizzare il contributo di ciascuno al raggiungimento del medesimo obiettivo.

Indicatori:

1. N. beneficiari corsi lingua italiana realizzati nell'ambito del Piano Regionale per l'insegnamento della lingua italiana;
2. N. soggetti in carico ai programmi di assistenza del progetto regionale Oltre la Strada;
3. N. posti SPRAR in regione rivolti a MSNA;
4. N. posti SPRAR in regione e per ambito distrettuale rivolti a richiedenti e titolari di protezione internazionale;
5. Predisposizione annuale report sui flussi in ingresso e sulla presenza delle persone straniere in regione.

Scheda 13 - FONDI INTEGRATIVI PER PRESTAZIONI NON COPERTE DAI LEA

Razionale/Motivazione:

Dagli anni 90 è prevista a livello normativo nazionale la possibilità di istituire fondi sanitari integrativi, finalizzati a garantire prestazioni aggiuntive ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), oppure, nel caso di prestazioni ricomprese nei LEA, a coprire la quota posta a carico dell'assistito (Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, art.9).

Nel luglio 2015 in Emilia-Romagna è stato sottoscritto il Patto per il Lavoro (recepito con Dgr 1646/2015), tra Regione e diversi interlocutori chiave (Organizzazioni Sindacali, Associazioni datoriali, Istituzioni locali, Università, Terzo settore), in cui si prevede l'istituzione, in forma sperimentale, di un fondo regionale per la sanità integrativa per l'erogazione di prestazioni extra-LEA. Nel settembre 2016 è stato sottoscritto un Accordo tra la Regione e le Organizzazioni Sindacali in cui, tra gli impegni regionali, è inclusa la costituzione di un fondo di sanità integrativo aperto extra-LEA per l'assistenza odontoiatrica alla popolazione giovanile di età 5 -25 anni.

L'assistenza odontoiatrica è storicamente uno dei pochi ambiti dell'assistenza sanitaria in cui prevalgono le prestazioni a totale carico della popolazione rispetto a quelle garantite dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso i LEA. Nei LEA sono, infatti, incluse le prestazioni rivolte a determinati sottogruppi di popolazione: infantile (0-14) o di qualsiasi età in condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale.

Intervenire sulla popolazione giovanile (5 -25 anni) significa orientare l'intervento sulla prevenzione delle patologie dell'età adulta, più che sulla cura, consentendo potenzialmente di ridurre i futuri costi sostenuti dai singoli e dalla famiglia per i trattamenti, costi che possono essere elevati (in particolare per l'ortodonzia).

La realizzazione del fondo regionale integrativo per l'assistenza odontoiatrica alla popolazione di età 5 – 25 anni risponde all'esigenza di perseguire un approccio unitario alla persona. In altri termini, la Regione intende rispondere ai bisogni di tale popolazione attraverso l'erogazione sia di prestazioni incluse nei LEA, finanziate dal fondo sanitario, sia tramite la garanzia di prestazioni extra LEA, finanziate dal fondo integrativo regionale.

Descrizione:

Il fondo regionale è di tipo universalistico, ovvero prevede l'erogazione a tutta la popolazione di età 5-25 anni (830.332 abitanti in Emilia-Romagna) delle prestazioni odontoiatriche non garantite dai LEA. Il fondo prevede, inoltre, la copertura della quota di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino nel caso di prestazioni garantite dai LEA.

Il fondo sarà finanziato attraverso risorse regionali, della contrattazione, e dei singoli cittadini, la cui adesione è volontaria.

Azioni da sviluppare: Proseguire le attività del tavolo regionale dedicato, a cui partecipano le Organizzazioni Sindacali e le Associazioni Datoriali, per la definizione delle modalità di costituzione, organizzazione e funzionamento del Fondo.

Beneficiari:

Popolazione di età 5 -25 anni.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Obiettivo condiviso nel Patto per il Lavoro tra Regione e diversi interlocutori chiave (Organizzazioni Sindacali, Associazioni datoriali, Istituzioni locali, Università, Terzo settore).

Indicatori:

1. entro l'anno 2017: completamento iter normativo di istituzione del Fondo;
2. entro l'anno 2018: avvio del Fondo.

Scheda 14 - PROMOZIONE DELLE PARI OPPORTUNITÀ E VALORIZZAZIONE DELLE DIFFERENZE DI GENERE, INTERGENERAZIONALI, INTERCULTURALI, DI ABILITÀ

Razionale/Motivazione:

Il diritto alle pari opportunità è un preliminare fondamentale della democrazia e il tema della discriminazione assume, nell'attuale contesto di grandi trasformazioni sociali e demografiche, un peso sempre più rilevante anche rispetto alle necessità di garantire a tutti i cittadini e alle cittadine i propri e riconosciuti diritti, prevenendo fenomeni di esclusione e discriminazione.

Malgrado i numerosi progressi compiuti, le donne appaiono ancora discriminate in diversi ambiti, come ad esempio nell'accesso al lavoro qualificato, nelle opportunità di fare carriera e di accedere ai livelli più elevati di responsabilità e retribuzione, nella rappresentanza politica, nella ripartizione del lavoro di cura tra uomini e donne. Tale situazione trae alimento dai numerosi stereotipi di genere diffusi in tutti gli strati della popolazione, presenti nella famiglia, nell'educazione, nella cultura, nel mondo del lavoro, nell'organizzazione della società, nei media, su cui è importante intervenire.

L'approvazione della LR 6/2014 "*Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere*" rappresenta una tappa importante verso la piena realizzazione delle pari opportunità ed il contrasto delle discriminazioni nella nostra Regione, culmine di un percorso intrapreso da anni su questi temi.

La principale finalità della L.R. (art. 2 I comma) è rimuovere "*ogni forma di disuguaglianza pregiudizievole, nonché di ogni discriminazione diretta o indiretta nei confronti delle persone, in particolare delle bambine, delle ragazze e delle donne, che di fatto ne limiti la libertà, impedisca il pieno sviluppo della personalità e l'effettiva partecipazione all'organizzazione politica, economica e sociale della Regione*". Con approccio trasversale, la L.R. 6/14 affronta gli ambiti discriminatori della soggettività femminile nella società agendo su vari fronti, dall'occupazione a una corretta rappresentazione della donna sui media, dalla salute e benessere femminile, alla prevenzione e contrasto alla violenza di genere.

Per la Regione Emilia-Romagna la rimozione di qualsiasi forma di discriminazione, la promozione dell'uguaglianza tra uomini e donne e l'integrazione della dimensione di genere in tutte le politiche (*mainstreaming di genere*) costituiscono un importante obiettivo della propria azione: tenere presente la variabile di genere è infatti determinante perché donne e uomini vivono situazioni di vita differenti, hanno diversi bisogni, risorse ed opportunità.

Nel Patto per il lavoro, siglato il 20 luglio 2015 e recepito con DGR n. 1646/2015, si richiama l'importanza di valorizzare e rafforzare il ruolo che le donne svolgono nell'economia e nella società regionale attraverso vari strumenti, tra cui i servizi pubblici per l'impiego e politiche attive per il lavoro, l'incentivazione e la qualificazione dell'occupazione e dell'imprenditoria femminile. Analogamente importante permane l'attenzione al ruolo del welfare e dell'offerta dei servizi alle famiglie, rispetto alla priorità dell'occupazione femminile. L'armonizzazione tra vita e lavoro è uno degli ostacoli principali all'accesso e alla permanenza delle donne nel mercato del lavoro. Gli interventi volti ad ottenere una migliore integrazione tra vita lavorativa e vita familiare sono considerati strategicamente importanti al fine di affrontare una serie di problematiche sociali, quali, ad esempio, i mutamenti nella composizione della forza lavoro, nelle forme di organizzazione del lavoro, nell'individuazione di un nuovo welfare, e negli sviluppi demografici.

Sulla scia degli indirizzi europei, accanto alla parità tra donne e uomini devono essere prese in considerazione le discriminazioni multiple e i pregiudizi, oltre a quelli in base al sesso, il colore, le origini etniche e sociali, la lingua, la religione o altre convinzioni, le opinioni politiche e ogni altro genere di opinioni, l'appartenenza ad una minoranza, la disabilità, l'età, l'orientamento sessuale, l'identità di genere o lo stato economico e sociale.

Dalla differenza di genere alle diversità fra le persone, fra le culture, fra le religioni, fra i popoli: l'intreccio fra universalità dei diritti e riconoscimento delle diversità è uno dei nodi principali con i quali deve misurarsi oggi la cultura dei diritti umani. La caratterizzazione in senso pluriculturale della società può rappresentare un rischio di conflittualità sociale, in quanto i processi di coesione sociale non si realizzano spontaneamente, bensì abbisognano di una strategia e di una cura costante delle dinamiche tra gruppi, comunità ed individui in un dato territorio. La disuguaglianza nell'accesso ai diritti si manifesta oggi non soltanto in termini di ricchezza/povertà o di genere, ma anche lungo la linea di demarcazione della cittadinanza o dell'appartenenza culturale, con il rischio di limitare fortemente le possibilità di una reale inclusione sociale della popolazione straniera.

Il processo di femminilizzazione del fenomeno migratorio chiama in causa rilevanti questioni attinenti alla effettiva parità di genere ed emancipazione femminile ed alla delicata condizione sociale delle donne che migrano da sole per motivi di lavoro.

L'aumento della popolazione giovanile di origine straniera richiama nuovamente il tema dell'accesso ai diritti con particolare riferimento a quelli di cittadinanza, e ne evidenzia altresì un aspetto specifico, relativo al possibile scarto fra diritti formalmente riconosciuti ed opportunità realmente fruibili, specie in riferimento alle opportunità dei coetanei italiani.

Anche le persone con disabilità sono spesso vittime di discriminazioni dirette subendo in vari ambiti trattamenti meno favorevoli in ragione della propria condizione di disabilità. Occorre inoltre non trascurare le cosiddette discriminazioni indirette che si hanno quando una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento apparentemente neutri mettono una persona con disabilità in una posizione di svantaggio rispetto ad altre persone.

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (approvata il 13 dicembre 2006 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con legge 3 marzo 2009 n. 18) stabilisce che per discriminazione fondata sulla disabilità "si intende qualsivoglia distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l'effetto di pregiudicare o annullare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo". La convenzione impegna pertanto gli stati membri, anche a livello locale, "ad adottare tutte le misure adeguate ad eliminare la discriminazione sulla base della disabilità da parte di qualsiasi persona, organizzazione o impresa privata". Tali attività vengono realizzate con il coinvolgimento di Province e Città metropolitana. Infatti, ai sensi dell'art. 1 comma 85 della L. 56/2014, alle Province e Città metropolitana è attribuita la funzione fondamentale relativa a "...controllo dei fenomeni discriminatori in ambito occupazionale e promozione delle pari opportunità sul territorio".

Descrizione:

Poiché la discriminazione ha spesso all'origine pregiudizi e stereotipi, la Regione è da tempo impegnata nella diffusione di una cultura delle differenze e nel contrasto agli stereotipi. Il cambiamento culturale necessario per promuovere le pari opportunità, educare al rispetto e alla valorizzazione delle differenze

costituisce infatti un'azione essenziale per il riconoscimento di pari diritti e pari dignità per tutte e tutti, per una società più inclusiva, in cui le differenze siano considerate una risorsa da valorizzare, e prevenire fenomeni di sessismo, violenza, razzismo e omofobia. In questo modo si vuole inoltre contribuire anche all'importante obiettivo di contrastare la violenza contro le donne, che dagli stereotipi sessisti trova alimento. Le azioni regionali sono pertanto orientate a:

- promuovere un'attenzione alla prospettiva di genere in tutte le politiche regionali;
- sviluppare una cultura più rispettosa delle differenze di genere;
- sensibilizzare alle pari opportunità, sviluppare una cultura attenta alle differenze, contrastando gli stereotipi e ogni forma di discriminazione, con particolare attenzione alle giovani generazioni;
- promuovere pari possibilità per tutti, uomini e donne, giovani, stranieri, disabili di accesso alle stesse opportunità formative e lavorative e più in generale di vita;
- aumentare la consapevolezza del crescente contesto pluriculturale della società regionale, investendo nella diversità, nel dialogo culturale e interreligioso, valorizzando le inedite potenzialità delle "seconde generazioni" e promuovendo una rappresentazione pubblica non stereotipata del fenomeno migratorio con politiche in ambito culturale, sportivo e comunicativo;
- promuovere un contesto sociale non discriminatorio potenziando iniziative di prevenzione, educazione e sensibilizzazione sulla parità di trattamento e la lotta al razzismo, in raccordo con le azioni del Centro regionale contro le discriminazioni.

L'educazione alla differenza va promossa fin dall'infanzia, in quanto è nella prima fase della vita che si sviluppano modelli di riferimento, è pertanto importante un'integrazione maggiore con la scuola, anche attraverso la promozione e il sostegno di progetti dedicati a queste tematiche.

Anche per le persone con disabilità è necessario assicurare un'azione specifica di contrasto alle discriminazioni sia dirette che indirette, non solo dando attuazione alle azioni puntuali che il quadro normativo prevede nel caso di discriminazioni accertate, ma anche promuovendo in termini più generali un cambiamento di tipo culturale, in particolare da parte delle nuove generazioni, che è lo strumento più potente per costruire contesti sociali realmente capaci di realizzare l'integrazione.

Azioni da sviluppare:

- promuovere una cultura delle pari opportunità, con il coinvolgimento delle Province e della Città metropolitana, con particolare attenzione alle giovani generazioni, anche attraverso il sostegno a progetti su queste tematiche e ad attività educative nelle scuole per l'educazione al rispetto delle differenze e al contrasto agli stereotipi e alla violenza di genere;
- integrare la dimensione di genere in tutte le politiche regionali (anche attraverso l'attività dell'Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali, che contribuisce alla realizzazione del Piano integrato sulle pari opportunità di genere e del Bilancio di genere della Regione Emilia-Romagna);
- attivare il tavolo permanente per le politiche di genere in attuazione della L.R. 6/2014, quale sede di condivisione, riflessione e confronto sulle tematiche che impattano sulla dimensione di genere a livello regionale, prevedendo anche il confronto delle azioni positive territoriali;

- promuovere iniziative per favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e una cultura della condivisione tra uomini e donne delle responsabilità di cura di bambini, anziani e disabili, sostenendo misure e servizi conciliativi anche in raccordo con le aziende e le organizzazioni sindacali del territorio;
- raccordare le politiche del lavoro e della formazione per sviluppare percorsi di accesso a tutte le professioni, per incentivare e qualificare l'occupazione femminile di tutte le età, e contrastare la segregazione occupazionale di genere e i differenziali retributivi;
- sostenere la diffusione di un linguaggio più rispettoso delle differenze di genere (diffusione delle Linee guida in ottica di genere della Regione Emilia-Romagna);
- riconoscere e sostenere l'attività del caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato socio sanitario regionale (LR 2/2014);
- sostenere il centro regionale contro le discriminazioni;
- promuovere interventi di promozione interculturale, sul versante comunicativo attraverso la valorizzazione dei media interculturali in coerenza alle finalità del Protocollo d'Intesa regionale sottoscritto il 17 febbraio 2014, mentre sul versante sociale valorizzando l'attività dei Centri interculturali, dell'associazionismo migrante ed il protagonismo dei giovani di origine straniera, e dei neo-cittadini italiani;
- sostenere le iniziative, anche in raccordo con le istituzioni scolastiche, per l'insegnamento della lingua madre ai minori stranieri quale occasione per facilitare un raccordo trans-generazionale tra il paese di riferimento dei genitori e le nuove generazioni ed anche come esperienza che può migliorare il contestuale apprendimento della lingua italiana;
- avviare un percorso di ridefinizione e rafforzamento delle reti regionale territoriale contro le discriminazioni, rafforzando le competenze dei Nodi, degli Sportelli e delle Antenne, promuovendo la sensibilizzazione, prevenzione e informazione rivolta ai cittadini di paesi terzi, potenziali vittime di discriminazione; in tal senso appare opportuno favorire la diffusione sul territorio di interventi in una logica di prevenzione, mediazione e risoluzione efficace dei conflitti sociali e promuovere iniziative di prevenzione delle discriminazioni istituzionali;
- favorire l'inclusione e la partecipazione sociale delle persone con disabilità in tutte le fasi della vita, sostenendo e promuovendo consultazioni locali e territoriali delle associazioni, e promuovere azioni specifiche di contrasto delle discriminazioni dirette ed indirette nei confronti delle persone con disabilità.

Beneficiari:

Tutti i cittadini e cittadine della regione, con particolare attenzione alla popolazione straniera e alle persone con disabilità.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Il carattere di questo intervento è necessariamente trasversale e integrato con diversi settori delle politiche regionali e locali, in particolare con l'area della scuola, della formazione professionale, dell'Università, del lavoro, educativa, delle attività produttive. Per quanto riguarda le pari opportunità di genere e per lo sviluppo

del mainstreaming, a livello regionale molto importante è il ruolo dell'Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali (art. 39 LR 6/2014).

Indicatori:

1. predisposizione annuale del Bilancio di genere regionale e diffusione dell'utilizzo di tale strumento presso altri enti locali;
2. attività del Tavolo permanente per le politiche di genere;
3. progetti finanziati con bando regionale a sostegno della diffusione della cultura delle pari opportunità;
4. numero Centri Interculturali attivi;
5. attività del Centro regionale contro le discriminazioni e dei nodi regionali antidiscriminazione.

Scheda 15 - POTENZIAMENTO DEGLI INTERVENTI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA, IN PARTICOLARE NEI CONTESTI FAMILIARI DI ACCUDIMENTO E NEI SERVIZI

Razionale/Motivazione:

Molte evidenze scientifiche hanno dimostrato l'importanza dei primi anni di vita nello sviluppo precoce del bambino, in particolare si è appurato che lo sviluppo neurologico e quindi psicologico del bambino non è automatico ma avviene in risposta a stimoli sociali e interpersonali. Questi stimoli influenzano entità, direzione e stabilità delle connessioni sinaptiche e quindi lo sviluppo delle reti neuronali che sono alla base delle diverse competenze del bambino, delle interazioni tra queste e le sue capacità di apprendere. Così come le ricerche in campo internazionale, e le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dimostrano come l'attivazione di interventi domiciliari, per mamme in gravidanza e bambini nei primi mesi di vita producano risultati volti a contribuire a ridurre le disuguaglianze, a sostenere la genitorialità ed a prevenire condizioni di trascuratezza/negligenza dei bambini.

Le famiglie e le relazioni che in esse si instaurano, sono l'elemento determinante nella crescita dei bambini soprattutto nei primi anni di vita ed è proprio in rapporto a quello che le famiglie sono o non sono in grado di dare che si strutturano in fasi molto precoci disuguaglianze di competenze fondamentali. Interventi precoci in epoca prenatale e post natale di sostegno ai genitori hanno dimostrato di riuscire ad influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini e delle bambine con esiti anche a distanza di anni (studi longitudinali di oltre 20 anni) di riduzione delle disuguaglianze.

Descrizione:

In linea con quanto previsto dalla Commissione Europea nel 2013 combattere lo svantaggio socioculturale nei primi anni di vita è una misura fondamentale per ridurre la povertà e l'esclusione sociale. Ciò è possibile attraverso strategie integrate di sostegno ai neogenitori, nell'accesso al mercato del lavoro, di sostegno al reddito e nell'accesso ai servizi essenziali per la salute e lo sviluppo dei bambini, quali nidi e scuole per l'infanzia, servizi sociali e sanitari, abitazione e ambiente. Approcci che si basano su modalità di counseling (ascolto partecipativo, osservazione, sostegno, ecc) e di prossimità (servizi per la prima infanzia, interventi domiciliari, home visiting, ecc) sono orientati ad identificare i fattori di rischio ed a supportare la famiglia nell'identificazione delle risorse proprie, della rete familiare allargata e nel contesto sociale e delle modalità per far fronte alle difficoltà. Nello specifico ad esempio l'attivazione di interventi di home visiting o di programmi di intervento universale di sostegno ai genitori sono mirati a favorire la costruzione di legami di attaccamento sicuri nei bambini, aiutare il genitore ad adattare il proprio comportamento allo sviluppo del bambino e facilitare la loro relazione, rafforzare l'autostima della madre, prevenire episodi di negligenza/trascuratezza e situazioni di maltrattamento fisico-psicologico e di abuso.

Azioni da sviluppare:

- consolidare il sistema dei servizi 0/3 anni potenziando il raccordo con le scuole dell'infanzia, per attuare il sistema formativo 0/6 così come previsto dalla legge 107/2015, in particolare promuovendo la sperimentazione di azioni/progettualità/continuità con la scuola dell'infanzia anche statale, anche con il coinvolgimento del coordinamento pedagogico;

- sperimentare azioni centrate sul primo e secondo di anno di vita dei bambini e delle loro famiglie, che vedano una collaborazione tra servizi educativi (nidi, centri bambini genitori...), centri per le famiglie, servizi sanitari (consultori famigliari, pediatrie di comunità, neuropsichiatrie infantili, pediatra di libera scelta) e servizi sociali;
- porre un'attenzione particolare a raggiungere, informare, coinvolgere le famiglie straniere e le famiglie svantaggiate; individuando precocemente le situazioni di vulnerabilità nei periodi preconcezionale, prenatale e nel primo anno di vita, anche attraverso l'attivazione di screening, quali quello della violenza domestica e della salute mentale in gravidanza e nel post parto, e di interventi domiciliari;
- sostenere interventi integrati che coinvolgono le diverse opportunità territoriali, sviluppati da differenti settori (es cultura, sport, mobilità, ecc) e proposti a tutta la popolazione, come ad esempio la promozione della lettura nella prima infanzia, della musica e dell'attività fisica;
- potenziare e riqualificare la rete dei consultori famigliari, anche all'interno dell'organizzazione delle case della salute per: informare e orientare i genitori, in tutte le fasi di crescita dei figli, a partire dalla preconcezione fino all'adolescenza, valorizzando le responsabilità educative, in modo da agire preventivamente rispetto all'insorgenza di possibili disagi familiari; promuovere scelte genitoriali consapevoli ed informate nei giovani e facilitare l'accesso alle consulenze preconcezionali;
- garantire l'accesso ad un'assistenza appropriata ed integrata al percorso nascita con particolare attenzione alle azioni di empowerment della coppia genitoriale ed implementare un'assistenza integrata al puerperio e al sostegno dell'allattamento materno;
- attivare azioni di sostegno alla genitorialità, di prevenzione e cura (es. interventi di educativa domiciliare e/o home visiting e/o altri programmi di intervento);
- promuovere nei contesti di accudimento del bambino (interventi a domicilio), fattori protettivi e di resilienza, stimolando anche la capacità dei genitori (e del contesto allargato) di fruire delle risorse offerte dai servizi socio-educativi e sanitari territoriali.

Beneficiari:

Donne e coppie in preconcezione e gravidanza, bambini 0/3 anni ed i loro genitori. Neomamme e famiglie con figli piccoli anche in condizioni di vulnerabilità sociale. Individuazione di criteri di priorità nell'attivazione dell'intervento in relazione all'età dei bambini, alle condizioni della madre, ed ai fattori di rischio (ad es. basso livello socio-economico; età della madre <20 anni o nucleo monoparentale; basso livello di scolarizzazione; mancanza di supporto familiare, stato depressivo materno o depressione post-partum, ecc.).

Elementi di trasversalità/integrazione:

- la programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia con i servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) i coordinamenti pedagogici, le biblioteche del territorio;

- monitorare situazioni di rischio attivando eventuali interventi specialistici e/o di tutela. Servizi coinvolti: Consultori Familiari, Punti nascita, Pediatria di Comunità, Sert, Salute Mentale, Servizi Sociali, Servizi Educativi, Neuropsichiatria Infantile, Terzo settore (es. casa/comunità per gestanti e per madri con bambino, ecc.), Associazionismo.

Indicatori:

1. sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di CTSS;
2. N. utenti per visite/consulenze in puerperio /totale donne che hanno partorito nell'anno;
3. tassi allattamento materno a 3 e 6 mesi;
4. N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse).

Scheda 16 - SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ (FAMIGLIE E CONTESTO ALLARGATO\COMUNITÀ)

Razionale/Motivazione:

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della povertà dei minori e delle loro famiglie, si tratta di povertà economica, ma anche educativa e relazionale. Così come l'impoverimento complessivo del contesto sociale porta un aumento della vulnerabilità dei singoli, delle famiglie e della società tutta. Tra le principali difficoltà nell'esercizio della genitorialità vi sono le fasi di transizione legate all'eventuale insorgere di crisi della coppia, separazione/divorzio, perdita del lavoro, problematiche legate all'adolescenza dei figli, difficoltà economica, il carico assistenziale del nucleo familiare nelle situazioni di disabilità o patologie dei figli, ecc. L'essere stranieri, condizione spesso con scarse reti di supporto sociali e familiari, fa emergere situazioni di rischio di isolamento sociale e di privazione sia del nucleo familiare che dei figli anche se nati in Italia. Vi sono inoltre alcune forme di genitorialità che richiedono un'attenzione specifica, come l'essere famiglia affidataria e adottiva.

Descrizione:

I servizi pubblici sanitari, educativi, sociali e i Centri per le famiglie, registrano un aumento dell'instabilità e della conflittualità familiare ed un contemporaneo processo di riduzione delle relazioni sociali. Questa crescente sfiducia e conflittualità si estende nei confronti anche delle istituzioni/servizi pubblici che sono investiti di aspettative, deleghe e richieste a cui sovente si riesce a dare risposte solo parziali.

Occorre pertanto ri-orientare il sistema dei servizi, per consentire una reale progettazione ed innovazione degli stessi, sulla base dell'analisi del bisogno e delle risorse personali, familiari e comunitarie. L'attenzione deve essere mantenuta alla qualità dell'educazione nella prima infanzia, alla promozione del benessere e di stili di vita sani e consapevoli, quali fattori che agiscono preventivamente nelle situazioni di vulnerabilità sociale.

Oggi le famiglie richiedono e propongono l'attivazione di modalità di intervento flessibili, la sperimentazione di nuove forme di partecipazione e di responsabilità sociale, l'attivazione di azioni di prossimità nei contesti di vita delle persone in grado di dar valore e forza alle relazioni e significato alle forme di solidarietà comunitarie.

Il tema della vulnerabilità familiare richiama inoltre il fenomeno della negligenza e trascuratezza più o meno grave che può generare una carenza significativa o assenza di risposte adeguate allo sviluppo di un bambino. È riconosciuto scientificamente che all'origine della negligenza vi è una disfunzionalità nelle relazioni tra genitori e figli (o tra chi svolge le funzioni genitoriali) e scarse o problematiche relazioni tra le famiglie ed il mondo relazionale esterno. Occorre pertanto agire su entrambi i fronti per poter ottenere risultati tangibili di cambiamento.

Azioni da sviluppare:

- programmare/progettare/gestire in modo integrato tra sociale, sanitario, educativo sviluppando forme di raccordo e di rete tra i servizi pubblici ed il territorio per approfondire e trovare soluzioni condivise di sostegno alla genitorialità con particolare attenzione alle situazioni di figli con disabilità;

- prevedere forme di integrazione al reddito, agevolazione tariffaria, esoneri, per i nuclei familiari che presentano difficoltà, anche a causa della crisi economica. incentivare la partecipazione delle famiglie svantaggiate alle opportunità educative e culturali del territorio, in particolare a quelle rivolte a bambini e ragazzi;
- innovare gli strumenti dei professionisti rivolti al sostegno delle competenze genitoriali sviluppando programmi che nel far leva sulle abilità dei genitori, sulle loro motivazioni e risorse presenti nel contesto di vita, propongano azioni di forte partecipazione e condivisione della famiglia nelle scelte ed interventi attivati. Metodologie già in corso di sperimentazione ed adottate dal programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione dei minori P.I.P.P.I. , il modello dialogico, l'approccio delle family group conference, ecc.);
- approfondire il tema della conflittualità familiare, quale fenomeno all'attenzione dei servizi in modo trasversale, attraverso la metodologia del Community Lab, anche quale strumento a supporto della formazione;
- promuovere l'integrazione e/o l'unitarietà dei punti di accesso e degli interventi favorendo la vicinanza territoriale alle famiglie;
- sostenere e qualificare i Centri per le Famiglie, quali servizi dedicati all'informazione, orientamento, consulenza, sostegno alle competenze genitoriali, allo sviluppo delle risorse familiari e comunitarie, al fine dell'attuazione delle linee di indirizzo regionali (DGR 391/2015), anche attraverso il coordinamento regionale, i contributi per il funzionamento, il monitoraggio annuale e la formazione agli operatori;
- accompagnare le famiglie straniere in una dimensione culturale nuova, offrendo loro supporto alla funzione genitoriale esercitata in un contesto diverso da quello di provenienza. Condizioni che possono accentuare le difficoltà ad esercitare la funzione genitoriale. Ad esempio: avviare una riflessione sulle donne che diventano madri e sui bambini nati nella migrazione, contesto di vulnerabilità che può indebolire le interazioni precoci madre-figlio e la trasmissione culturale e linguistica;
- sostenere il sistema dei servizi sociali e sanitari alla attivazione di risposte efficaci in occasione di situazioni particolarmente complesse quali quelle inerenti i matrimoni forzati, le pratiche di mutilazioni genitali femminili o la violenza domestica.

Beneficiari:

Famiglie con figli piccoli, figli adolescenti, figli giovani adulti presenti in un determinato territorio.

Elementi di trasversalità/integrazione:

- collaborazione nella programmazione tra servizi educativi 0/3, Consultori Familiari, Case della salute, Servizi scolastici, Punti Nascita, Pediatria di Comunità, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici, Centri per uomini maltrattanti in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.);
- costruzione di percorsi formativi comuni a supporto delle scelte di programmazione individuate.

Indicatori:

1. attività formative regionali per operatori dei Centri per le famiglie a supporto della loro attività e in relazione a problematiche familiari emergenti;
2. evidenza di attività annuali svolte dai centri per le famiglie, con particolare riferimento a quelle dell'area sostegno alle competenze genitoriali (quali attività di consulenza, counselling di coppia e genitoriale, Mediazione familiare, ecc.) e all'area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie (quali gruppi di auto-aiuto, gruppi di famiglie-risorsa e reti di famiglie, ecc.);
3. attività di rete dei Consultori familiari a sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento a evidenza di progetti integrati tra consultori, centri per le famiglie, servizi educativi, sociali e associazioni.

Scheda 17 - PROGETTO ADOLESCENZA: INTERVENTI INTEGRATI PER LA PREVENZIONE, PROMOZIONE DEL BENESSERE, CURA DI PRE-ADOLESCENTI E ADOLESCENTI

Razionale/Motivazione:

L'adolescenza è una fase della vita di grande importanza per le sfide e i cambiamenti che porta con sé. È una fase delicata e di possibile fragilità che ha bisogno di attenzione e accompagnamento da parte del mondo adulto e dei servizi. La tutela dei diritti alla partecipazione, all'ascolto, alla conoscenza e ad un ambiente di vita che garantisca e promuova benessere e salute sono i principi ispiratori degli interventi rivolti agli adolescenti. Nel territorio regionale esistono numerose e spesso eccellenti esperienze di promozione del benessere e della salute e di prevenzione del rischio in adolescenza. Tali esperienze sono spesso frammentarie sia per la molteplicità di fattori (e di servizi) che intervengono nella fascia d'età 11-19 anni, che per la difficoltà degli adolescenti ad accedere in modo spontaneo ai servizi e, soprattutto, per la non completa condivisione delle strategie e integrazione degli interventi in ambito sociale e sanitario a livello regionale. È quindi indispensabile ricondurre il più possibile gli interventi ad una logica di sistema e di integrazione interistituzionale e interprofessionale sia a livello regionale che territoriale. La programmazione degli interventi ha come riferimento la conoscenza delle caratteristiche, delle condizioni di vita e dei bisogni degli adolescenti del territorio, definita sulla base di dati, ricerche e ascolto e coinvolgimento diretto degli adolescenti.

Descrizione:

Il "Progetto Adolescenza" (approvato con Dgr. 590/13 "Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza - Linee di indirizzo regionali") si propone di sviluppare in modo più diffuso interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita degli adolescenti (con attenzione agli adulti di riferimento ed al passaggio alla maggiore età) e di coordinare, in un percorso integrato dedicato agli adolescenti, le diverse competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti negli ambiti territoriali corrispondenti alle Aziende sanitarie/province ed ai Distretti/Zone sociali. La proposta metodologica è di operare utilizzando le risorse e le competenze già oggi disponibili, che vanno raccolte e coordinate in un "Progetto Adolescenza" con una programmazione che attraversi tutto il sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali, scolastici ed educativi, che operi in collaborazione con il Terzo settore e che sia coordinato a livello aziendale/provinciale, con una declinazione distrettuale. Le modalità organizzative del "Progetto Adolescenza" vengono definite nel rispetto delle diverse specificità territoriali e garantiscono continuità tra promozione, prevenzione e cura e appropriatezza degli interventi. Il gruppo di operatori che si coordina nel "Progetto Adolescenza" è multidisciplinare e trasversale a tutti i servizi sociali e sanitari che si occupano di adolescenti.

Sono collegati al "Progetto Adolescenza" tutti gli interventi socio-sanitari destinati alla fascia d'età 11-19 anni in ambito scolastico e comunitario (promozione di stili di vita salutari, prevenzione e cura delle psicopatologie, educazione all'affettività e alla sessualità, promozione della salute sessuale e riproduttiva, tutela dei minori, prevenzione del maltrattamento e abuso, individuazione precoce dei comportamenti a rischio ecc.), compresi i progetti contenuti nel Piano regionale della Prevenzione 2015-2018 di cui alla D.G.R. 771/2015.

Le raccomandazioni regionali “Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti” rappresentano uno sviluppo ed un approfondimento delle prime indicazioni sulle caratteristiche dei percorsi di cura contenute nella DGR 590/2013 e propongono un percorso di cura per l’età 14-25 anni fondato su continuità e integrazione tra promozione del benessere, prevenzione e cura; garanzia di accesso diretto; competenza specifica e integrazione dei professionisti.

Il Progetto Adolescenza” si caratterizza per:

- forte connessione tra i principali attori istituzionali che si occupano di adolescenza: scuola, servizi educativi, servizi sanitari, servizi e opportunità sociali (tempo libero, servizio civile, cultura, sport);
- integrazione e armonizzazione tra politiche di promozione, prevenzione, sostegno e cura;
- contemporaneità di attenzione all’adolescenza, alla comunità e ai legami esistenti e da sviluppare;
- organizzazione di interventi in una logica di prossimità (andare verso), affiancamento partecipato e flessibilità;
- attenzione e sostegno alle competenze genitoriali;
- attenzione e cura alla promozione del benessere scolastico, come fattore di contrasto alla dispersione scolastica e all’insuccesso formativo;
- cura delle relazioni tra generi, tra generazioni, tra culture;
- collaborazione con il terzo settore;
- integrazione gestionale delle risorse umane e materiali, infra e interservizi, individuando configurazioni organizzative e modalità di coordinamento tra le attività dei diversi servizi ed enti;
- integrazione professionale finalizzata al miglioramento del lavoro interprofessionale.

Azioni da sviluppare:

- Coordinamento interistituzionale e interservizi:
 - a livello regionale: coordinamento tra i Servizi regionali con competenze nella fascia d’età 11-19 anni per consentire una lettura e una gestione coordinata delle specificità dell’adolescenza e delle politiche regionali per gli adolescenti;
 - a livello intermedio (CTSS): l’Ufficio di Supporto alla CTSS garantisce il coordinamento tecnico territoriale per l’infanzia e l’adolescenza, coinvolgendo i soggetti che operano in questo ambito, come previsto dall’art. 21 della L.R. 14/2008;
 - a livello locale: governo territoriale integrato e condiviso tra tutti i soggetti e i servizi che si occupano di adolescenza e definizione di una funzione di coordinamento delle offerte territoriali rivolte agli adolescenti in ambito scolastico, familiare e comunitario; dare continuità agli interventi coordinati nel “Progetto adolescenza”;
- Monitoraggio dell’attuazione del Progetto adolescenza, con particolare riferimento a: sistema di governo locale del progetto, coinvolgimento del mondo adulto e comunitario, partecipazione attiva degli adolescenti, funzione di ascolto e connessione tra i servizi.
- Accompagnamento della programmazione distrettuale con percorsi di formazione e coprogettazione su obiettivi e priorità condivisi, trasversali alle diverse

programmazioni e con strumenti di valutazione comuni. La programmazione deve partire dall'analisi dei bisogni evolutivi degli adolescenti e dalla situazione locale in termini di risorse soggettive e di contesto (servizi e opportunità presenti nel territorio) per definire un quadro comune su cui innestare le azioni da mettere in campo e le priorità.

- Valutazione degli interventi con strumenti comuni e confrontabili a livello regionale e scambi di esperienze tra realtà diverse (benchmark).
- Attivazione di processi partecipativi che comprendano i destinatari degli interventi, in particolare gli adolescenti.
- Organizzazione di punti di accesso distrettuali dedicati agli adolescenti (Spazi giovani consultoriali, Centri adolescenza...), con équipe opportunamente formate.
- Collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'attivazione e la gestione di sportelli d'ascolto, come strumento di promozione del benessere scolastico e intercettazione precoce delle situazioni problematiche, favorendo l'integrazione tra scuola e servizi territoriali e il coordinamento degli sportelli presenti in ogni distretto. Progettazione e attuazione di interventi di promozione di sani stili di vita e di educazione all'affettività e alla sessualità, in collaborazione con le istituzioni scolastiche e con il coinvolgimento attivo degli studenti come peer educator, come previsto dal Piano regionale della Prevenzione.
- Organizzazione di interventi di prossimità (Unità di Strada educative e di riduzione dei rischi, connessione con i Centri di Aggregazione giovanile ecc.) anche con l'utilizzo di forme di comunicazione di prossimità (Informazioni e consulenza via web, coinvolgimento di peer educator ecc.).
- Organizzazione di interventi di sostegno agli adulti di riferimento (genitori, insegnanti ecc) anche in collaborazione con i Centri per le Famiglie e i gruppi di auto-mutuo aiuto presenti sul territorio.
- Attuazione dei progetti del Piano regionale della Prevenzione 2015-2018 rivolti agli adolescenti.

Beneficiari: Adolescenti 11-19 anni, adulti di riferimento (genitori, insegnanti, educatori), operatori dei servizi socio-sanitari-educativi-scolastici e del Terzo settore, la comunità di riferimento. Adolescenti e giovani adulti (14-25 anni) per i percorsi di cura di salute mentale.

Elementi di trasversalità/integrazione: Il progetto coinvolge tutti i servizi degli ambiti sociale, sanitario, educativo, scolastico e del privato sociale che si occupano di adolescenti.

Indicatori:

1. Presenza di un coordinamento sovradistrettuale in ambito CTSS (art. 21 L.R. 14/2008);
2. Presenza di un coordinamento distrettuale del "Progetto adolescenza";
3. N° interventi di prossimità attivi;
4. N° punti di accesso dedicati agli adolescenti;
5. % di raggiungimento degli obiettivi dei progetti del Piano regionale prevenzione 2015-2018 rivolti agli adolescenti.

Scheda 18 - PROMOZIONE DELLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA IN ETÀ FERTILE E PREVENZIONE DELLA STERILITÀ

Razionale/Motivazione:

L'analisi demografica mostra come la generazione del boom demografico, che ha caratterizzato la nostra regione (e l'Italia in genere) tra metà degli anni '60 e metà degli anni '70, sia oggi arrivata ad avere tra i 40 e i 50 anni di età e come solo in piccola parte le generazioni seguenti, nate in periodo di calo demografico, siano state compensate dall'insediamento nella nostra regione della popolazione straniera. Di conseguenza la maggioranza della popolazione femminile in età fertile è ormai arrivata alle classi di età più avanzate, quelle caratterizzate da tassi di fecondità più bassi, mentre pian piano si stanno "riducendo" le classi di età a più alta fecondità. È soprattutto a questa modifica strutturale della popolazione che si deve il calo delle nascite a cui si assiste negli ultimi anni. Dal 2009 al 2016 i nati (residenti o meno) nelle strutture della regione sono passati da 42.426 a 34.155 (dati fonte CedAP), con un calo del 19,4%. Parallelamente ai nati, cala il tasso di natalità: da 9,8 per mille del 2009 a 7,8 per mille per il 2016 (dato stimato).

Accanto a una riduzione della natalità, aumentano nella popolazione in età fertile i fattori di rischio che minano la futura fertilità: abuso di sostanze, obesità e sovrappeso, diagnosi tardiva di patologie urologiche e ginecologiche dei giovani adulti, MST e HIV.

Descrizione:

Il Piano nazionale della fertilità si prefigge l'obiettivo di informare i cittadini sul ruolo della fertilità nella loro vita, sulla sua durata e su come proteggerla evitando comportamenti che possono metterla a rischio, di fornire assistenza sanitaria qualificata per difendere la fertilità promuovendo interventi di prevenzione e diagnosi precoce al fine di curare le malattie dell'apparato riproduttivo e di sviluppare nelle persone la conoscenza delle caratteristiche funzionali della loro fertilità per poterla usare scegliendo di avere un figlio consapevolmente.

In accordo con il Piano sopracitato, la Regione Emilia-Romagna si prefigge l'obiettivo di promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile mediante la promozione di stili di vita sani, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare e potenziando e valorizzando le attività consultoriali.

Nell'ambito della rete delle cure primarie, le sedi consultoriali costituiscono infatti un importante punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione, e rappresentano spesso il presidio di accesso prevalente al servizio sanitario anche per alcune fasce svantaggiate della popolazione, con riferimento in particolare alla popolazione straniera.

Con DGR n. 1698/2015 la Regione ha assegnato un finanziamento di 600.000,00 euro per promuovere e sostenere i progetti a carattere educativo per la tutela della fertilità e della salute sessuale, potenziando le attività consultoriali rivolte a giovani adulti (fascia di età 20-34 anni) e sviluppando interventi formativi, concordati in integrazione con i professionisti dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione generale e agli operatori sanitari delle cure primarie, con l'obiettivo di diffondere la cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità. L'apertura di almeno uno spazio ad accesso facilitato per giovani adulti per la preservazione della fertilità (prevenzione e trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, diagnosi precoce e trattamento

dell'endometriosi, consulenza preconcezionale e prenatale, family planning) è anche un obiettivo delle linee di programmazione alle Aziende sanitarie per l'anno 2016 (DGR 1003/2016).

Azioni da sviluppare:

- potenziare e valorizzare le attività delle sedi consultoriali con l'istituzione di Spazi dedicati ad accesso facilitato alla fascia di età 20-34 anni;
- organizzare interventi formativi, in integrazione con i servizi dei dipartimenti materno infantili, rivolti alla popolazione target e agli operatori sanitari per la diffusione della cultura della preservazione della fertilità e della prevenzione della sterilità;
- promuovere la tutela della fertilità maschile e femminile attraverso la promozione di sani stili di vita e di salute riproduttiva, il contrasto alle malattie ed infezioni trasmesse per via sessuale e la pianificazione familiare;
- garantire l'assistenza ostetrica, psicologica e medica nella preconcezione, nell'infertilità e nelle problematiche sessuali e relazionali dei singoli e della coppia.

Beneficiari:

Donne, uomini e coppie di età 20-34 anni.

Elementi di trasversalità/integrazione: la programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia tra i Consultori Familiari e le cure primarie, il Dipartimento di Sanità Pubblica, i Servizi sociali e i centri per le famiglie, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. servizi infettivologici, U.O. di ginecologia, dermatologia, urologia, ecc.).

Indicatori:

1. realizzazione di almeno un progetto di formazione per gli operatori sulla preservazione della fertilità e prevenzione della sterilità in ogni realtà aziendale;
2. progettazione di una campagna informativa per la cittadinanza sulla tutela della fertilità maschile e femminile;
3. apertura di almeno uno spazio giovani adulti per distretto;
4. % di utenti 20-34 anni/utenti totale dei CF.

Scheda 19 - PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Razionale/Motivazione:

L'incremento dell'offerta di gioco d'azzardo negli ultimi anni è stato imponente, ed è stato accompagnato da campagne pubblicitarie particolarmente aggressive. Il risultato è un aumento del fatturato del settore, e in parallelo del numero di persone che sviluppano forme di dipendenza dal gioco d'azzardo. Occorre un'azione di carattere culturale per creare la necessaria consapevolezza dei rischi e delle problematiche insite nel gioco d'azzardo. Contrastare questo fenomeno richiede politiche integrate che mirino alla riduzione dell'offerta; questo obiettivo può essere conseguito attraverso modifiche legislative nazionali o per quanto di competenza anche regionali volte a diminuire in modo significativo l'offerta di gioco, fornire maggiore autonomia e controllo agli Enti Locali e garantire maggiori tutele agli utenti al fine di evitare fenomeni di ludopatie. Gli interventi preventivi, di promozione dell'uso responsabile del denaro, il trattamento della dipendenza e il contrasto al sovraindebitamento sono azioni che possono essere intraprese in ambito sociale e sanitario. Al fine di tutelare le giovani generazioni, oggi sempre più esposte al dilagare di questo fenomeno grazie alla diffusione di internet e dei dispositivi mobili, è necessario strutturare percorsi di prevenzione all'interno delle scuole.

Descrizione

La Regione Emilia-Romagna in accordo con l'Osservatorio Regionale ha redatto il piano triennale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico come richiesto dal Ministero della Salute al fine di ripartire tra le Regioni il Fondo nazionale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico. Il Piano regionale prevede azioni di prevenzione, di cura e riabilitazione. La Regione Emilia-Romagna ha messo a punto tale piano, condividendolo anche con Anci, la strategia adottata è quella della condivisione, della collaborazione tra i Soggetti istituzionali e non istituzionali dei territori dove questo fenomeno sociale è ormai ampiamente diffuso.

Azioni da sviluppare:

Il percorso di modifica della L.R. 5/2013 intrapreso nel 2016 ha trovato il suo completamento con la DGR 831/2017 che detta le modalità attuative rispetto ai divieti di offerta di gioco a meno di 500 metri dai luoghi sensibili. Va inoltre difesa l'autonomia regionale sul tema, arginando le pressioni del Governo volte a diminuire il potere programmatico e di controllo agli Enti Locali. Va sostenuta e condivisa una cultura del gioco responsabile anche promuovendo protocolli per l'autoregolamentazione (come il non utilizzo di spazi pubblicitari per la diffusione del gioco d'azzardo) e figure dedicate al contrasto del rischio di patologia.

Il piano regionale di contrasto al gioco d'azzardo patologico si articola su obiettivi e finalità di ordine generale così sintetizzabili:

Obiettivo generale 1 Promuovere presso i cittadini, compresi gli esercenti di locali con giochi d'azzardo, la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, tenuto conto anche di indagini epidemiologiche specifiche effettuate su base regionale e provinciale.

Obiettivo generale 2. Promuovere nel contesto scolastico la conoscenza del fenomeno e dei rischi correlati alle pratiche di gioco d'azzardo, in coerenza e in ampliamento con quanto previsto dal Piano regionale della Prevenzione (PRP), al fine di sostenere le Scuole aderenti al PRP e di ampliarne il numero.

Obiettivo generale 3. Sostenere la formazione specifica del personale sanitario, sociale, educativo, delle associazioni territoriali e degli esercenti di locali non esclusivi con gioco d'azzardo per il riconoscimento dei segni legati alla presenza di gioco d'azzardo patologico nelle famiglie promuovendo una responsabilità sociale diffusa e la conoscenza della rete di trattamento.

Obiettivo generale 4. Promuovere e consolidare una rete competente per il trattamento integrato sanitario e sociale che comprenda interventi ambulatoriali e residenziali, in favore dei giocatori d'azzardo e dei loro familiari, e che veda la collaborazione dei Servizi Sanitari e degli Enti privati accreditati del Sistema di cura delle Dipendenze Patologiche, dei Servizi Sociali degli Enti Locali e delle Associazioni che gestiscono gruppi di auto aiuto.

Azioni di carattere regionale

- Interventi di indirizzo, sostegno e coordinamento alle AUSL e agli EE.LL.;
- Realizzazione di studi epidemiologici su base regionale e provinciale;
- Organizzazione di eventi formativi su base regionale per diversi target;
- Elaborazione di strumenti di monitoraggio e reportistica sui progetti locali;
- Pubblicazione di materiali sul sito collegato all'Osservatorio regionale;
- Interventi di coordinamento verso soggetti del territorio (Centri Antiusura e altri soggetti che si occupano di sovraindebitamento).

Azioni di carattere territoriale

Azioni preventive e di sensibilizzazione, di avvicinamento delle persone con dipendenza da gioco d'azzardo e delle loro famiglie ai servizi sanitari, attraverso:

- Coordinamenti territoriali tra AUSL, Ente Locale, Enti accreditati del Sistema per le Dipendenze Patologiche e eventuali Associazioni territoriali;
- Promozione della rete territoriale di assistenza e contrasto attraverso la programmazione distrettuale socio sanitaria, i tavoli dei Piani di Zona o eventuali accordi di programma;
- Organizzazione di eventi locali, promozione del marchio etico SlotFreER, collaborazione con le Scuole che sperimentano progetti di prevenzione, coinvolgimento dei Centri per le Famiglie, collaborazione con le Associazioni e le parti sociali del territorio, coinvolgimento delle Associazioni di categoria e dei soggetti gestori.

Beneficiari: Cittadini, studenti ed insegnanti, personale sanitario, sociale, educativo e delle Associazioni, giocatori patologici e loro familiari, esercenti di locali con gioco d'azzardo.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Il Distretto sanitario-Zona sociale è il luogo privilegiato per la programmazione territoriale. Negli ultimi anni sono state avviate numerose attività a livello locale, con il contributo di tavoli cui partecipano tutti i portatori di interessi (Istituzioni ma anche terzo settore, società civile, gruppi di autoaiuto ecc..).

Sulla base di questa positiva esperienza, dopo una consultazione con gli Enti locali avvenuta nella Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali, gli obiettivi e le azioni riferibili agli obiettivi generali 1 e 2 saranno programmati dai Comitati di distretto, attuati dagli attori che i Comitati individueranno e rendicontati per motivi amministrativi dalle Ausl.

L'obiettivo 4, che riguarda il potenziamento delle attività di accoglienza, trattamento, riabilitazione, sarà programmato a livello distrettuale, attuato e rendicontato dalle AUSL con la collaborazione degli Enti accreditati per il trattamento delle dipendenze.

Gli obiettivi specifici (studio epidemiologico), (formazione docenti), (formazione sociosanitaria) (formazione esercenti) saranno programmati dalla Regione, gestiti e rendicontati dalle AUSL.

Indicatori:

1. presenza della programmazione specifica di interventi di contrasto del GAP all'interno dei Piani di zona;
2. incremento del n. utenti che accedono ai servizi di cura;
3. almeno n. 3 corsi di formazione, a cura della Regione, rivolta agli esercenti con offerta di gioco non esclusiva.

Scheda 20 - AZIONI PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO E IN SALUTE E DI TUTELA DELLA FRAGILITÀ NELL'ANZIANO

Razionale/Motivazione:

Il progressivo invecchiamento della popolazione costituisce un trend demografico caratterizzante l'Emilia-Romagna, così come l'Italia e in generale i Paesi occidentali. In Emilia-Romagna nel 2015 l'indice di vecchiaia è pari a 175,5, valore superiore a quello nazionale e di altri Paesi europei.

Allo stesso tempo si assiste al progressivo incremento nell'aspettativa di vita e dell'aspettativa di vita libera da disabilità. Si stima che in Emilia-Romagna gli uomini e le donne di età ≥ 65 anni abbiano circa 10 anni di vita attesa liberi da disabilità (indagine PASSI d'Argento 2012-2013). La popolazione di età ≥ 75 anni (e non ≥ 65 anni) identifica in maniera più appropriata la popolazione anziana a maggiore rischio di fragilità, sanitaria e sociale. In Emilia-Romagna nel 2015 erano presenti 560.835 abitanti di età ≥ 75 anni (12,6% pop. generale) e nel 2035 saranno 625.486 (14,0% pop. generale), secondo le proiezioni del servizio statistico regionale. Alla fine degli anni 90 l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) ha proposto un cambiamento di paradigma rispetto al modo di valutare la popolazione anziana: da un'accezione "passiva", di popolazione bisognosa con un impatto elevato sulla comunità in termini di domanda di servizi sanitari e sociali, ad un'accezione "attiva", di vera e propria risorsa per la comunità. Il nuovo paradigma è stato definito dall'OMS "invecchiamento attivo", inteso come processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita delle persone anziane.

Nel 2012 la Commissione Europea ha avviato un programma di Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo con l'obiettivo di accrescere di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini dell'Unione Europea entro il 2020. Il Partenariato prevede la collaborazione a livello locale tra istituzioni pubbliche e soggetti privati (es. aziende, associazioni) rispetto a diversi ambiti di intervento, tra cui lo sviluppo di modelli di presa in carico della cronicità basati sull'integrazione e multidisciplinarietà e la prevenzione e gestione della fragilità.

Il mantenimento di uno stato di "buona salute" rappresenta un prerequisito essenziale per un invecchiamento attivo. La prevenzione e promozione della salute e di sani stili di vita costituiscono quindi obiettivo rilevante in tutte le fasi e luoghi di vita delle persone, dall'infanzia fino all'età adulta, indispensabile anche al fine di sostenere l'efficacia degli interventi mirati all'invecchiamento attivo.

Descrizione:

Attraverso il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza la Regione Emilia-Romagna sostiene da anni lo sviluppo della rete di servizi socio-sanitari, residenziali e semiresidenziali, e la realizzazione di interventi di natura assistenziale ed economica per il mantenimento al domicilio degli anziani e dei disabili non autosufficienti. Nei prossimi anni si manterrà costante l'impegno regionale per l'ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, prevedendo anche l'identificazione di soluzioni maggiormente flessibili ed innovative orientate al lavoro di comunità, al fine di sostenere reti sociali, sinergie tra servizi e associazioni di volontariato, singoli cittadini e centri di aggregazione territoriale, e nel contempo mantenere la necessaria prossimità ai bisogni della popolazione anziana a rischio di non autosufficienza.

Le azioni, regionali e locali, di promozione dell'invecchiamento attivo e in salute riguardano sia l'ambito dei servizi/interventi che della ricerca.

Rispetto al primo (servizi/interventi) da tempo la Regione sostiene programmi e interventi per la prevenzione e promozione della salute della popolazione anziana, a partire dal Piano Regionale della Prevenzione e dalla Programmazione locale per il benessere sociale e la salute. In questo ambito è stata realizzata un'analisi delle azioni innovative che costituiscono punto di riferimento di buone pratiche (es. gruppi di teatro con anziani, che diventano opportunità anche per i loro familiari e giovani studenti/tirocinanti; gruppi di anziani per la narrazione delle loro storie di vita/o canzoni e, quindi, mantenere viva la memoria).

Tra i setting ideali per la realizzazione di iniziative di promozione della salute, con la partecipazione della comunità, vi sono le Case della Salute, che rappresentano al tempo stesso una opportunità per garantire un accesso ed una risposta ai bisogni della popolazione anziana, integrati, multidisciplinari, e orientati al paradigma della medicina d'iniziativa. Rispetto al secondo ambito (ricerca) dal 2013 la Regione Emilia-Romagna, attraverso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, partecipa al Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo, come *reference site*.

Azioni da sviluppare:

- Proseguire i progetti ed i programmi previsti dal Piano Regionale Prevenzione 2015-2018 riguardanti l'empowerment dei cittadini, l'educazione su stili di vita salutari, l'esercizio fisico, l'alimentazione, e altri.
- Diffondere e implementare nei territori locali i contenuti delle nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute con particolare riferimento alle aree integrate di intervento "prevenzione e promozione della salute" e "prevenzione e presa in carico della cronicità".
- Diffondere le buone pratiche, basate sul lavoro di comunità, finalizzate all'attivazione di gruppi anziani.
- Proseguire le attività di ricerca nell'ambito del partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo.

Beneficiari: tutta la popolazione anziana

Elementi di trasversalità/integrazione: Il Piano di Azione Regionale (PAR) per la popolazione anziana costituisce l'ambito di coordinamento delle politiche e degli interventi intersettoriali per la popolazione anziana e deve assicurare il monitoraggio dell'attuazione degli interventi e le azioni realizzate in modo da consentire la valutazione sull'efficacia del percorso e la coerenza degli obiettivi.

Indicatori:

1. Realizzazione di iniziative di promozione di stili di vita salutari, con particolare riferimento all'attività fisica (es. gruppi di cammino, corsi di attività fisica adattata).
2. Realizzazione della nuova edizione dell'indagine "Passi d'Argento" sulla popolazione di età ≥ 64 anni.
3. Realizzazione di iniziative di confronto locale sulle buone pratiche.
4. Adeguata offerta di ricoveri temporanei di sollievo (% offerta di ricoveri di sollievo sul totale delle giornate).

Scheda 21 – INNOVAZIONE DELLA RETE DEI SERVIZI PER ANZIANI NELL'AMBITO DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Razionale/motivazione

Il Fondo regionale per la non autosufficienza nasce con la legge regionale 27 del 2004 con l'obiettivo di rispondere ai problemi della non autosufficienza, attraverso la creazione di una rete di servizi, in grado di garantire nel tempo, la presa in carico delle persone anziane o disabili. (Per quanto riguarda le persone disabili cfr scheda n.6).

Alla legge seguono, per la parte relativa agli anziani, le delibere attuative Dgr 509/07, Dgr 1206/07 e smi che costituiscono il riferimento del Fondo.

Il Fondo regionale si attiva nel 2007 è costituito da una quota di FSR e da una quota proveniente dall'addizionale regionale e ha natura strutturale; il Fondo regionale è integrato dal FNA.

L'istituzione del Fondo aveva come obiettivi:

- consolidare e qualificare i servizi storici esistenti;
- garantire e sviluppare l'ambito della domiciliarietà;
- garantire l'equità di accesso ai cittadini;
- garantire equità rispetto al sistema di compartecipazione alla spesa dei servizi.

Il governo istituzionale del Fondo (la programmazione congiunta Regione\Enti Locali\ AAUUSSELL, la definizione dell'importante ruolo dei Comuni all'interno dei Distretti, la Programmazione Distrettuale finanziata dal riparto distrettuale in base alla popolazione ultrasettantacinquenne) costituisce il processo virtuoso attraverso il quale si consolida l'integrazione socio-sanitaria, nasce e si afferma la programmazione e la gestione associata dei servizi sociosanitari, si arricchisce la gamma degli interventi secondo i fabbisogni territoriali.

Il processo di accreditamento di alcuni servizi determina un sistema di regole e requisiti organizzativi volti a dare trasparenza e omogeneità alla spesa, condizioni di qualità ai servizi, maggiore equità nel sistema di compartecipazione dei cittadini. La qualificazione dei profili professionali del lavoro di cura e le condizioni di accreditamento determinano un ambiente più stabile e più favorevole all'investimento professionale.

Dal 2007 ad oggi il sistema FRNA che possiamo considerare una politica integrata e matura della Regione ha subito le fasi alterne dei finanziamenti statali alle quali la Regione ha supplito con risorse proprie consentendo una sostanziale costanza di risorse che, stante la crisi e le varie spending, possiamo considerare un importante risultato. Ma non v'è dubbio che l'analisi che aveva determinato la nascita del FRNA non solo è tuttora valida, semmai si è decisamente confermata: tutti i dati demografici attuali ci disegnano una regione a forte invecchiamento e con una struttura familiare sempre più piccola e una forte fascia di popolazione anziana che vive sola. All'aumento del fabbisogno si renderà necessario un adeguamento del Fondo.

In questi anni la presenza del Fondo ha consentito di mettere in campo processi che hanno promosso lo sviluppo della rete dei servizi a livello regionale e di migliorare l'equità di accesso e di partecipazione al costo dei servizi per i cittadini, in un quadro di aumento della qualità dei servizi stessi e di espansione di nuove forme di servizio.

Nei prossimi anni è necessario prevedere una ulteriore qualificazione e consolidamento dei servizi e degli interventi, anche per raggiungere una maggiore omogeneità nell' erogazione dei servizi in tutto il territorio, anche attraverso proposte innovative che riguardano sia gli attuali servizi che nuove opportunità di tutela.

Il Fondo Regionale ha operato, in questi anni, in anticipazione rispetto ad una legge nazionale, che riteniamo necessaria, per rendere esigibili i diritti sociali attraverso la definizione dei LEPS, in tutto il Paese.

Descrizione

Dal 2007 ad oggi sono intervenuti molti cambiamenti, ben descritti nello scenario socio-demografico ed economico alla base del nuovo PSSR; l'andamento demografico e l'invecchiamento della popolazione; la struttura della famiglia che si riduce; la fragilità delle famiglie e la povertà che cresce; il crescente disagio abitativo, le nuove cronicità.

Da qui la necessità, per evitare il rischio di non essere in grado di rispondere ai bisogni, di uno sforzo di riprogettazione del sistema di welfare, che, ferma restando l'esigenza di consolidare, estendere, integrare il sistema dei servizi, punti ad una profonda innovazione sociale, per mettere in campo nuove risorse e nuove modalità di presa in carico delle persone.

I principi ai quali ancorare l'innovazione: universalismo, governo del pubblico, valorizzazione del lavoro di cura, migliore integrazione socio-sanitaria, partecipazione attiva e diffusa di cittadini singoli o associati.

Azioni da sviluppare

- Promuovere la domiciliarità come elemento cardine del sistema: una domiciliarità aperta, che diventa il perno della rete dei servizi, nelle forme classiche e nelle forme più innovative, con servizi e supporti efficaci, che aumentano il grado di protezione al crescere della non autosufficienza, la personalizzazione degli interventi e le reti di supporto sono il perno intorno al quale si costruiscono i vincoli organizzativi, mantenendo la residenzialità come soluzione per rispondere ai casi non trattabili a domicilio.
- Costruire sulla domiciliarità la Filiera dell'innovazione sociale: il supporto al caregiver, l'assistente familiare inserita nella rete dei servizi, l'abbattimento delle barriere architettoniche e la domotica, i contributi economici per il mantenimento a domicilio, i servizi semiresidenziali e di sollievo a supporto, nuove forme di domiciliarità protetta, rete di case della salute e osco a supporto, garanzia di percorsi di dimissione protetta, programmi di contrasto all'isolamento e costruzione di reti di solidarietà sociale.

- Costruire un sistema di regolazione regionale, simile all'autorizzazione al funzionamento, delle Case Famiglia (white list), con un collegamento specifico alla rete dei servizi e aperte alla partecipazione del territorio.
- Promuovere o sostenere azioni di contrasto alla violenza nelle relazioni di cura, anche con apposite campagne formative/informative.
- Promuovere un'ulteriore qualificazione del lavoro di cura non intesa unicamente come prestazione ma come capacità di organizzare l'ambiente di cura, valorizzare le risorse presenti e personalizzare l'intervento.
- Monitorare le domande di accesso alle strutture residenziali.
- Promuovere un metodo di confronto permanente sull'utilizzo del FRNA: risorse, compartecipazione, strumenti di gestione.

Beneficiari: Anziani, famiglie.

Elementi di trasversalità/integrazione

Integrazione dei servizi sociali, sanitari, abitativi.

Riorganizzazione delle cure intermedie e degli ospedali di comunità nel distretto.

Ruolo centrale del distretto.

Indicatori

- N. progetti innovativi di rete domiciliare distinti per tipologia;
- N. ricoveri di sollievo e dimissioni protette;
- Approvazione di un regolamento regionale per le Case famiglia e linee guida per i regolamenti comunali;
- monitoraggio della compartecipazione alla spesa dei cittadini ai servizi socio sanitari.

Scheda 22 - MISURE A CONTRASTO DELLA POVERTÀ – SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE ATTIVA E REDDITO DI SOLIDARIETÀ (SIA/REI - RES)

Razionale/Motivazione:

Per fronteggiare il fenomeno di povertà assoluta che nell'anno 2015 si stima abbia raggiunto i 4 milioni e 598 mila di individui (il numero più alto dal 2005), con la legge di stabilità 2016 ed il successivo Decreto interministeriale del 26 maggio 2016 si è dato avvio a livello nazionale alla sperimentazione del SIA -Sostegno per l'inclusione attiva, la misura nazionale di contrasto alla povertà. In attesa che si completi il percorso attuativo della Legge n°33 "*Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali*", approvata lo scorso 15 marzo 2017 che prevede l'introduzione del Reddito di inclusione-REI, il SIA si configura come una "misura ponte" che ne anticipa alcuni elementi essenziali. La Regione Emilia-Romagna ha deciso inoltre di rafforzare le politiche di contrasto alla povertà nel proprio territorio regionale prevedendo l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari con risorse dedicate del bilancio regionale. Nel mese di dicembre 2016 è stata pertanto approvata la legge regionale 24/2016 "*Misura di contrasto alla povertà e sostegno al reddito*" che prevede l'istituzione in Emilia-Romagna del Reddito di Solidarietà-RES finalizzato a sostenere le persone in situazione di grave difficoltà economica. Il RES prevede l'ampliamento della platea dei potenziali beneficiari in ottica universalista, infatti possono accedervi tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, che non rientrano nella misura nazionale.

Descrizione:

Il *Sostegno all'inclusione attiva* prevede l'erogazione di un beneficio economico alle famiglie in condizioni disagiate (con ISEE inferiore o uguale ai 3000 euro) nelle quali almeno un componente sia minorenne oppure sia presente un figlio disabile o una donna in stato di gravidanza accertata. Per godere del beneficio, è previsto che il nucleo familiare del richiedente aderisca ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa sostenuto da una rete integrata di interventi, individuati dai servizi sociali dei Comuni (coordinati a livello di Ambiti territoriali), in rete con gli altri servizi del territorio (centri per l'impiego, servizi sanitari, scuole...) e con i soggetti del terzo settore, le parti sociali e tutta la comunità. Dal mese di settembre 2016 i servizi sociali dei comuni hanno iniziato a raccogliere le domande di cittadini in possesso dei requisiti per accedere al SIA e sono attualmente impegnati nella presa in carico integrata. L'approvazione della LR 24/2016 che istituisce il *Reddito di Solidarietà* per la Regione Emilia-Romagna permetterà l'allargamento della platea dei beneficiari rivolgendosi a nuclei, anche unipersonali, di cui almeno un componente sia residente in regione da almeno 24 mesi, con Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore o uguale a 3000 euro. L'attuazione della misura regionale RES si configura in maniera strettamente integrata con l'attuazione del SIA/REI in quanto prevede le medesime modalità di accesso e di presa in carico integrata.

Azioni da sviluppare:

La Regione Emilia-Romagna, anche in collaborazione con ANCI ER, dovrà supportare e coordinare i Comuni al fine di facilitare l'avvio del Reddito di Solidarietà su tutto il territorio regionale, garantendo il necessario coordinamento con l'attuazione del SIA/REI, da un lato, e dall'altro con l'attuazione della legge regionale

14/15 “Disciplina a sostegno dell’inserimento lavorativo e dell’inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l’integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari” che prevede di promuovere e sostenere l’inserimento lavorativo, l’inclusione sociale e l’autonomia delle persone fragili e vulnerabili e che pertanto rappresenta l’infrastruttura delle misure di politica attiva del lavoro attivabili, se possibile ed opportuno, per promuovere il reinserimento delle persone beneficiarie del RES e del SIA/REI.

L’attuazione congiunta di queste 3 misure (SIA/REI, RES e LR 14/15), dovrebbe consentire di potenziare gli strumenti a disposizione delle istituzioni, degli operatori e delle organizzazioni per integrare le politiche sociali, sanitarie e del lavoro al fine di sostenere e supportare i percorsi di autonomizzazione delle persone e delle famiglie, anche attraverso la sperimentazione di strumenti innovativi. L’obiettivo è migliorare le competenze, potenziare le capacità e favorire l’occupabilità dei soggetti coinvolti; fornire loro gli strumenti per fronteggiare il disagio, rinsaldare i legami sociali e riconquistare gradualmente il benessere e l’autonomia.

A livello territoriale i Comuni e gli ambiti distrettuali, sulla base di una valutazione multidimensionale dei bisogni e delle potenzialità di ciascuna famiglia, dovranno garantire interventi personalizzati di: presa in carico, orientamento, monitoraggio e attivazione di interventi sociali in rete con altri servizi pubblici e privati del territorio.

Alle possibilità concrete di rafforzare e qualificare l’organico attraverso la partecipazione ai bandi PON, va data continuità con la quota vincolata per i servizi d’inclusione sociale, parte della dotazione del Fondo per la lotta alla povertà e all’esclusione sociale (REI).

Beneficiari:

Per il SIA i beneficiari sono i nuclei familiari con presenza di almeno un componente minorenni o di un figlio disabile, ovvero di una donna in stato di gravidanza accertata e con ISEE inferiore o uguale a 3000 euro; per il RES i beneficiari sono tutti i nuclei familiari, anche unipersonali, di cui almeno un componente sia residente in regione da almeno 24 mesi con Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore o uguale a 3000 euro; per la Legge Regionale 14/15 i beneficiari individuati sono individui “fragili” così come definiti dallo strumento di valutazione della condizione di fragilità e vulnerabilità denominato “Indice di fragilità” (DGR 191/2016).

Elementi di trasversalità/integrazione:

L’integrazione tra servizi sociali, del lavoro, sanitari, educativi e con il terzo settore e la comunità nel suo insieme è la cifra distintiva delle misure di contrasto alla povertà definite a livello nazionale e regionale. La valutazione multidimensionale attraverso le equipe multidisciplinari è lo strumento di attuazione delle misure individuate che dovrebbe consentire di affrontare le situazioni di fragilità e vulnerabilità prevedendo la presa in carico integrata, così come previsto dalla LR. 24/2016, dalla LR. 14/15 nonché dalle linee guida di attuazione del SIA/REI.

Indicatori:

1. Realizzazione sistema informativo RES/SIA;

2. Realizzazione percorso formativo regionale di accompagnamento all'attuazione del RES;
3. n° domande presentate e n° domande accolte per il SIA/REI;
4. n° domande presentate e n° domande accolte per il RES;
5. n° assunzioni effettuate con i bandi PON e la quota vincolata del Fondo;
6. numeri di progetti individuali/familiari realizzati.

Scheda 23 - AVVICINAMENTO AL LAVORO PER LE PERSONE FRAGILI E VULNERABILI - Lr 14/2015

Razionale/Motivazione:

La crisi economica e la conseguente mancanza di lavoro protratta per lungo termine non ha fatto altro che aumentare il numero di persone che si rivolgono ai Servizi Sociali ai quali chiedono anche aiuto per cercare lavoro. Si pensi, in particolare, a tutta quella fascia di cittadini che hanno perso il lavoro da lungo tempo e non hanno reti parentali di supporto o si vergognano dello stato in cui si trovano e si isolano da tutto. Il lavoro è la prima fonte di autonomia economica, rinforza l'identità e l'autostima, il senso di appartenenza ad una comunità. Al mondo sociale e socio sanitario il lavoro interessa anche quando non è solo o totalmente fonte di sostegno economico perché è un utile strumento di inclusione in quanto veicola regole, stimola, è fonte di relazioni interpersonali.

La condivisione di tutti questi principi ha portato all'approvazione da parte dell'assemblea legislativa della L. R. 30 luglio 2015, n. 14: "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari."

Questa legge scommette su alcuni punti:

- un progetto fatto con e per la persona, che la impegna e che mette assieme le risorse e i saperi di più servizi contemporaneamente moltiplica la sua potenza;
- la condizione di fragilità non definisce una nuova categoria di utenti, ma una condizione temporanea che può essere superata;
- il mercato del lavoro ha delle potenzialità e responsabilità sociali che vanno valorizzate.

Gli obiettivi della legge sono sostanzialmente due:

- 1) promuovere e sostenere l'inserimento lavorativo, l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso il lavoro delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità;
- 2) realizzare una programmazione e attuazione integrata degli interventi.

Azioni da sviluppare:

La Giunta regionale ha già approvato numerosi atti per avviare le attività previste dalla legge e quindi dare attuazione alla stessa:

- con delibera n. 191/2016 è stato approvato lo strumento di valutazione della fragilità e vulnerabilità delle persone. Lo strumento deve verificare la sussistenza delle condizioni per l'accesso al percorso, essere quindi centrato sulle funzionalità della persona ed individuare i sostegni necessari a ricostruire le condizioni per rendere possibile l'avvicinamento al lavoro;
- con delibera n. 1230/2016 si è approvata la ridefinizione degli ambiti territoriali di riferimento dei Centri per l'impiego. In sostanza si è fatto coincidere territorialmente l'ambito di attività dei Centri per l'impiego con gli ambiti distrettuali socio sanitari;

- con delibera n. 1229/2016 sono state approvate le linee di programmazione integrata previste dall'articolo 4 della L.R. 14/2015 e il piano integrato territoriale Visto che siamo all'inizio dell'attuazione della L.R. 14 /2015 e c'è bisogno di avviare in parallelo un monitoraggio sull'attuazione degli interventi previsti dalla legge si è stabilito che, in fase sperimentale la programmazione sia regionale che territoriale sia annuale e non triennale;
- con delibera n. 1441 del 12 settembre 2016 la Giunta regionale ha approvato una direttiva per la redazione degli accordi di programma distrettuali e approvato lo schema di accordo tipo;
- con delibera n. 1803 del 9 novembre 2016 sono state approvate tutte le proposte di accordo quadro e i relativi piani integrati territoriali presentate dagli ambiti distrettuali ai sensi dell'art. 4 della Legge regionale 14 /2015;
- con Decreto del Presidente n. 247 del 16 dicembre 2016 vi è stata l'approvazione degli Accordi di programma e dei Piani integrati previsti dall'art. 4 della L.R.14/2015;
- infine con delibera di Giunta Regionale n. 2324 del 21 dicembre 2016 è stato approvato l'invito a presentare operazioni per l'inserimento al lavoro, l'inclusione sociale e l'autonomia, attraverso il lavoro, delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità. Si tratta dell'avvio del procedimento giuridico – amministrativo che serve per finanziare le azioni inserite nel programma personalizzato di politiche attive del lavoro a disposizione dell'équipe territoriali;
- con delibera n.297 del 30/03/2017 sono state approvate le 38 operazioni una per ogni distretto;
- oltre alla redazione di tutti gli atti amministrativi è stato anche predisposto uno strumento informatico per la gestione di tutte le attività previste dalla legge regionale e sono stati realizzati dei corsi di formazione in tutti e 38 Distretti del nostro territorio per formare sia gli operatori dell'accesso che dell'integrazione per l'utilizzo dello strumento (profilo di fragilità, programma personalizzato, catalogo delle prestazioni).

A regime si avrà un modello multilivello sovrapponibile e integrabile a quello dei Piani di zona e quindi le attività da espletare saranno:

- linee di programmazione triennali regionali che definiscono gli obiettivi e le priorità degli interventi, le risorse disponibili, i criteri di riparto, le regole per l'accesso e la decadenza dei benefici, le competenze delle équipe territoriali;
- piano integrato territoriale triennale che individua gli obiettivi locali, le priorità, le misure di intervento e il modello organizzativo. Il Piano, coordinato o integrato con il piano di zona, viene approvato con accordo di programma che impegna le parti a erogare le prestazioni di propria competenza;
- programma annuale di attuazione distrettuale che definisce in modo specifico l'utilizzo delle risorse in funzione delle diverse tipologie di intervento.

A seguito della programmazione avviene da parte dell'équipe multi professionale la presa in carico integrata. Non si crea un nuovo, ulteriore servizio ma si riunisce una équipe multi professionale che, assieme alla persona, effettua l'analisi della situazione e predispone il programma personalizzato.

Il programma personalizzato è finalizzato all'inserimento lavorativo e all'inclusione, si basa sulle risorse, competenze, bisogni e propensioni della persona e sui sostegni che si ritengono necessari per ricostruire le condizioni atte a superare o ridurre in modo significativo le fragilità.

Gli interventi che compongono il programma sono quelli offerti dai soggetti istituzionali e dagli altri soggetti coinvolti secondo i programmi di attuazione annuali supportati da risorse e sostegni di rete. Il programma viene sottoscritto in forma di patto come assunzione degli impegni da parte dei servizi e della persona per la quale è formulato. Ogni programma è affidato ad un responsabile individuato all'interno dell'équipe.

Beneficiari: I cittadini con le condizioni e i requisiti previsti, che possono accedere indifferentemente da qualunque servizio sociale, sociosanitario o del lavoro.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Considerato l'inevitabile intreccio tra situazione di povertà e distanza dal lavoro il modello integrato disegnato da questa legge e la sua attuazione non potranno essere disgiunti dall'attuazione del Reddito di solidarietà, misura di contrasto alla povertà introdotta in Regione Emilia-Romagna con la LR 24/16 e la misura nazionale di contrasto alla povertà denominata SIA - Sostegno per l'inclusione attiva, introdotta con decreto legge il 26 maggio 2016 modificato dal Decreto ministeriale del 16 marzo 2017 e dall'introduzione del reddito d'inclusione REI approvato con Legge 15 marzo 2017, n. 33.

Importanti per l'attuazione saranno le connessioni con gli attori del Patto per il lavoro, in particolare con le aziende socialmente responsabili che si renderanno disponibili ai percorsi di inserimento lavorativo con particolare attenzione alle cooperative sociali che si occupano di inserimento lavorativo.

Indicatori:

1. N. persone per le quali viene utilizzato lo strumento di valutazione della fragilità e vulnerabilità;
2. N. persone che sottoscrivono il programma personalizzato;
3. N. percorsi di attivazione avviati;
4. N. persone occupate a seguito dei percorsi di inserimento lavorativo;
5. N. pazienti dei DSM-DP inseriti nel percorso L.R. 14/2015 e valutazione dei percorsi;
6. Monitoraggio dei Piani Integrati Territoriali ai sensi della L.R. 14/2015.

Scheda 24- LA CASA COME FATTORE DI INCLUSIONE E BENESSERE SOCIALE

Razionale/Motivazione

L'abitare si connota come "aspetto imprescindibile per l'inclusione sociale" (Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia - 2015) e come fattore complementare alle politiche di contrasto alla povertà e di sostegno alla fragilità, avendo, tra l'altro, funzione di sostegno concreto alla realizzazione di interventi sociali e sanitari fuori da contesti istituzionalizzati.

La crisi economica ha accentuato questa connessione mettendo in evidenza la difficoltà dei servizi a gestire sempre più numerose situazioni di cosiddetta "emergenza abitativa" che richiedono risposte in tempi rapidi e l'attivazione di risorse multiple.

Il tema del disagio abitativo va pertanto affrontato in maniera organica e strutturata al di là di logiche puramente emergenziali, e, per quanto attiene lo specifico delle persone fragili, inserito nel più ampio paradigma della promozione dell'autonomia della persona. L'intervento pubblico, da questo punto di vista, non può che configurarsi come "a termine" e sussidiario rispetto all'iniziativa degli individui.

Descrizione

L'abitare deve essere inteso come insieme di soluzioni tra loro differenziate e correlate, in funzione del livello di integrazione sociale, lavorativa e reddituale delle famiglie. Si mira a consolidare l'idea della filiera dell'abitare, quale "percorso abitativo" connotato da differenti soluzioni in funzione dei bisogni delle persone: la casa infatti dovrebbe essere un luogo accessibile sia dal punto di vista fisico (assenza di barriere architettoniche in correlazione alla condizione fisica dei componenti del nucleo) che dal punto di vista economico (i contratti di locazione privati; le case pubbliche latamente intese – Edilizia Residenziale Sociale; i mutui prima casa; ecc.). Dovrebbe essere sostenibile in termini di costi di gestione, dovrebbe essere progettata per includere e favorire i rapporti sociali e di vicinato, dovrebbe essere flessibile come possibilità di adattare il luogo dell'abitare alle varie fasi evolutive della vita della persona (famiglia con figli; nuclei unipersonali; famiglia composta da soli anziani, ecc.).

È necessario in primo luogo ridefinire le caratteristiche e gli snodi all'interno della filiera e rimodularla, a partire dal settore strategico dell'Edilizia Residenziale Pubblica. L'obiettivo della riforma in atto dell'ERP è proprio quello di ridefinire il patrimonio pubblico quale servizio abitativo temporaneo per soggetti in difficoltà, assegnandogli un valore riconosciuto con la revisione, basata su parametri oggettivi, del canone d'affitto: in concreto si tratta di favorire il "turn over" delle famiglie assegnatarie in base alle mutate condizioni economiche in modo da garantire equità sociale ed evitare che siano sempre le stesse categorie ad usufruire delle case popolari.

Il sistema della formazione e della gestione delle graduatorie comunali dovrà conseguentemente essere rivisto per diventare uno strumento più adeguato agli effettivi posti disponibili e ai tempi di rotazione degli alloggi.

Le azioni messe in atto per favorire il turn over all'interno degli alloggi ERP, in un contesto di impoverimento delle fasce sociali più deboli e di difficoltà di miglioramento delle condizioni economiche delle famiglie nel breve periodo, prevedibilmente non produrranno un beneficio continuativo in termini di disponibilità di alloggi. Per questo motivo è necessario sollecitare il governo perché si ripensino in modo complessivo le politiche abitative, dopo il Piano Casa del 2014 (Legge 80) che è prevalentemente dedicato ad iniziative di rigenerazione/ristrutturazione/manutenzione degli alloggi esistenti.

Accanto a questo, i cambiamenti socio-demografici che si stanno verificando, e sempre più si verificheranno nell'utenza dell'edilizia residenziale pubblica, implicano un forte impegno da parte di tutti gli attori coinvolti e la messa in cantiere di progetti e iniziative di mediazione, di animazione e integrazione sociale e intergenerazionale, di risocializzazione all'interno dei quartieri e/o dei condomini ERP, con l'obiettivo di evitare l'acuirsi delle conflittualità e i conseguenti effetti di degrado e di abbandono. Sempre in quest'ottica, per diminuire la quota di alloggi ERP non utilizzati, si potrebbero sperimentare iniziative di auto-recupero partecipate dai futuri destinatari degli alloggi che, in questo modo, sarebbero coinvolti in percorsi di responsabilizzazione, con positivi effetti sulla "tenuta" della comunità.

Alle risposte che possono essere fornite dall'Edilizia Residenziale Pubblica vanno affiancati interventi pubblici fortemente integrati con il Servizio Sociale Territoriale per sostenere i nuclei familiari che hanno perso il proprio alloggio a seguito di uno sfratto: in questi casi purtroppo si ricorre frequentemente a risorse emergenziali, spesso inutilmente onerose, che dovrebbero invece essere ricondotte a soluzioni che garantiscano maggiore appropriatezza di intervento (sostegno educativo professionale), omogeneità territoriale e coerenza, anche grazie a percorsi di co-progettazione con il Terzo settore.

Per sostenere la domanda abitativa di quell'area grigia della popolazione che non rientra nei canoni di povertà economica per l'accesso all'ERP, ma che, allo stesso tempo, non è in grado da sola di misurarsi con il libero mercato, occorre incoraggiare e agevolare le iniziative di social housing, promosse da enti locali e da soggetti privati, tramite una normativa semplice e non ostativa, anche tramite eventuali contributi da parte degli enti pubblici. Si realizzerebbe così l'obiettivo del miglioramento della qualità urbana realizzando progetti integrati in cui la rigenerazione dell'edilizia privata e la riqualificazione della città pubblica siano ricompresi in un'iniziativa unitaria e contestuale, in accordo tra l'amministrazione e gli investitori privati. È necessario che nell'ambito dell'ERS e dei criteri di accesso agli alloggi a canone calmierato vengano definite modalità di calcolo dei canoni e criteri di accesso fortemente ancorati ai redditi reali delle famiglie, che spesso rientrano nella categoria dei "lavoratori poveri" e hanno una capacità di spesa estremamente ridotta, anche attraverso una analisi dell'attuale utilizzo del patrimonio rientrante in questa casistica (patrimonio disponibile, alloggi assegnati, alloggi disponibili, liste di attesa, redditi dei nuclei assegnatari).

Un'altra linea di attività è data dallo sviluppo di progetti di cohousing (co-abitazione), un differente modo di abitare e di vivere il condominio, il quartiere e la città, che permette di riscoprire la socialità e la cooperazione tra vicini di casa coniugando spazi privati e spazi comuni. Questo significa abitare unità immobiliari con ampi spazi, coperti e scoperti, destinati all'uso comune tra i coresidenti che li gestiscono in modo collettivo, avendo in cambio benefici dal punto di vista sociale, economico e ambientale, ad esempio una cucina collettiva, sale studio-laboratorio, lavanderia comune, sale di lettura, spazi gioco per i bambini, ecc. fino a dividersi mezzi di trasporto (car-sharing, bike-sharing), orti e giardini.

Il co-housing è una scelta che può favorire, magari per periodi transitori, uno stile di vita comunitario, in particolare per le persone fragili: da un lato, infatti, la condivisione di spazi e risorse agevola la cooperazione ed il mutuo aiuto fra gli individui, dall'altro, la condivisione di beni e servizi consente di accedere ad opportunità non sostenibili per il singolo. Particolarmente innovativo il "Progetto Abitare solidale", gestito in modo sussidiario dal Terzo settore, recentemente avviato nella Città metropolitana di Bologna e in altre realtà regionali che prevede una coabitazione basata sul reciproco aiuto e solidarietà fra chi ospita: cittadini soli con abitazioni sovradimensionate bisognosi di un sostegno per mantenere la propria autosufficienza e per contrastare processi di isolamento e chi viene ospitato perché in momentanea difficoltà economica e sociale a rischio di marginalità per i quali l'accesso ad una casa può costituire una concreta opportunità di riscatto sociale.

Da ultimo si segnala la difficoltà nell'individuare soluzioni che incrocino il mercato delle abitazioni sfitte/non occupate/invendute e la domanda di soluzioni abitative per famiglie a rischio di vulnerabilità. In merito alle strategie di intervento il tentativo dei servizi territoriali di porsi come mediatori con le agenzie immobiliari non ha prodotto sinora risultati particolarmente efficaci in quanto le agenzie richiedono garanzie molto elevate; risulta necessario monitorare gli esiti dei progetti di agenzie per l'affitto realizzate dai Comuni per individuare i modelli più efficaci da implementare.

In un quadro di questo tipo, fondamentale risulta promuovere l'integrazione operativa e professionale fra tutti i soggetti a vario titolo coinvolti, pubblici e privati, al fine di individuare soluzioni innovative e rispondenti alle caratteristiche specifiche del territorio.

Azioni da sviluppare:

La finalità è proseguire la costruzione della "filiera dell'abitare", disegnando delle politiche in grado di sostenere la platea di chi si trova in condizioni di disagio abitativo, attraverso strumenti adatti ai bisogni differenziati. In relazione al sistema di edilizia residenziale pubblica, la priorità è il completamento e la piena attuazione della riforma in atto, al fine di facilitare il turn-over all'interno degli alloggi e responsabilizzare maggiormente gli inquilini, attraverso la valorizzazione del bene-casa nel calcolo del canone di affitto. In merito alle azioni di social housing, vanno attentamente valutate, e realizzate nel limite delle risorse disponibili, possibili sperimentazioni per promuovere nuove forme dell'abitare, incoraggiando la collaborazione tra pubblico e privato.

Per quanto riguarda emergenza abitativa ed ERS, partendo da una analisi sulle risposte oggi in campo a livello regionale in questi ambiti e sulla loro efficacia, occorre definire o ridefinire modalità di lavoro tra politiche abitative e SST ed il livello di servizio e di strumenti di cui ci si intende dotare per dare risposte ai nuclei familiari in difficoltà.

In una fase come quella attuale che vede forte tensione abitativa con nuclei in difficoltà e contemporanea presenza di alloggi sfitti in aumento, occorre promuovere lo sviluppo di progetti che intercettino il patrimonio privato sfitto e lo rendano disponibile per rafforzare i vari nodi della "filiera dell'abitare" (emergenza abitativa, ERP ed ERS), favorendo anche nuove tipologie di accordo tra pubblico e privato (es. affitti a riscatto) permettendo così agli Enti Locali di investire le ingenti risorse che oggi dedicano a questi temi a soluzioni più adeguate.

Di grande importanza è anche l'analisi delle soluzioni abitative disponibili per la cosiddetta "zona grigia" e l'eventuale revisione delle condizioni di accesso.

A seguito della costituzione della Città Metropolitana di Bologna e della revisione delle competenze della Province, un ruolo crescente hanno assunto i Distretti socio-sanitari, il cui ambito territoriale è stato ritenuto in diverse occasioni una dimensione adeguata anche per le politiche abitative. Emerge quindi l'opportunità di una riflessione sulle sedi tecniche e politiche di governo di questa materia.

Beneficiari:

Nuclei in condizioni di estremo disagio abitativo, ovvero senza una abitazione e non in grado di reperirne una a canoni di mercato, ma anche i cosiddetti nuclei della "zona grigia", ovvero famiglie che hanno difficoltà a restare nel mercato, pur non presentando le caratteristiche per accedere al sistema Erp. Per quanto riguarda le azioni relative all'Erp, ne sono beneficiari *in primis* gli inquilini, ma anche potenzialmente i nuclei iscritti nelle graduatorie.

Trasversalità:

Con riferimento al livello di integrazione di una persona o di un nucleo familiare, si evidenzia una specifica e stringente correlazione tra i seguenti tre assi o ambiti, e le corrispondenti politiche di supporto:

1. integrazione sociale;
2. integrazione lavorativa;
3. integrazione abitativa.

Si è visto, ad esempio, in questi anni di crisi economica come la perdita anche solo temporanea del lavoro, e quindi del reddito, abbia innescato dirette ripercussioni sulle possibili soluzioni abitative e sul livello delle relazioni sociali, e viceversa. È fondamentale pertanto che ogni intervento a sostegno dell'autonomia venga progettato, realizzato e monitorato alla luce delle connessioni e sinergie fra i diversi ambiti, tenendo conto del lavoro di approfondimento dei gruppi tecnici del Tavolo regionale di concertazione sulle politiche abitative.

Indicatori:

In merito alla riforma del sistema Erp, rappresentano indicatori degli esiti della riforma:

1. il tasso di turn-over annuale all'interno degli alloggi, ovvero il numero di nuclei familiari che subentrano a vecchi inquilini;
2. il numero di famiglie presenti nelle graduatorie comunali per l'accesso all'Erp;
3. N° alloggi Erp per ambito distrettuale;
4. mappatura e monitoraggio delle esperienze di social housing e co-housing.

Scheda 25 – CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

Razionale/Motivazione:

La Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica adottata nel maggio 2011 a Istanbul, ratificata dall'Italia con Legge 27 giugno 2013 n. 77 ed entrata in vigore il 1 agosto 2014, sancisce che la violenza maschile contro le donne è una violazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali, oltre che del diritto alla salute. Nei principi sanciti dalla Convenzione di Istanbul e dalle normative e raccomandazioni delle agenzie internazionali, a partire dalla Conferenza delle donne di Pechino del 1995, si evince che per fronteggiare il fenomeno della violenza maschile è necessario riconoscerne il carattere strutturale e non episodico o emergenziale.

La legge 15 ottobre 2013, n.119 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province", in coerenza con la normativa europea, prevede all'art. 5 il "Piano di azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere", adottato con DPCM del 7 luglio 2015 n. 1861.

La Regione Emilia-Romagna, con la legge regionale 27 giugno 2014 n. 6 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere", dedica il titolo V "Indirizzi di prevenzione alla violenza di genere", alla prevenzione della violenza maschile contro le donne e attua i principi della Convenzione di Istanbul nell'ordinamento e nel contesto del territorio regionale. Infine con Delibera di Assemblea legislativa n. 69/2016 la Regione ha approvato il Piano regionale contro la violenza di genere, che ha l'obiettivo di prevenire e contrastare la violenza contro le donne e di attivare un sistema di protezione efficace.

Nonostante il sistema di prevenzione e protezione attivato, che vede coinvolti numerosi soggetti pubblici e privati in un'ottica di sussidiarietà e collaborazione (Enti locali, AUSL, Centri antiviolenza, Forze dell'Ordine, Servizi di area giuridica, servizi scolastici ecc.) il fenomeno della violenza contro le donne è oggi molto rilevante anche nella nostra regione. La situazione delle donne che subiscono violenza è stata inoltre influenzata dalla crisi economica che ha interessato il nostro paese dal 2008 e che ha reso i percorsi di uscita dalla violenza e della ricerca dell'autonomia più complessi. La crisi ha provocato un generale aggravamento delle condizioni materiali e di vita delle donne: quelle che si rivolgono ai centri sono per lo più donne che appartengono a ceti sociali medio/bassi, e che in numero consistente rilevano l'impossibilità di trovare lavoro e autonomia abitativa. È quindi opportuno sostenere le donne nel percorso di uscita dalla violenza con azioni che tengano conto di questi presupposti e delle difficoltà crescenti.

Descrizione:

Il Piano Regionale individua quali aree di intervento:

- a) la prevenzione di tutte le manifestazioni del fenomeno della violenza maschile contro le donne;
- b) la protezione e il sostegno verso l'autonomia delle donne inserite in percorsi di uscita dalla violenza;
- c) il trattamento per gli uomini autori di violenza;
- d) le azioni di sistema per dare attuazione agli interventi.

La premessa degli obiettivi e delle azioni indicate dal Piano Regionale è che il fenomeno della violenza abbia origini culturali e di natura strutturale e sia il frutto di relazioni storicamente diseguali tra il genere femminile e quello maschile. Pertanto il Piano Regionale si inserisce nel contesto della promozione delle pari opportunità, di cui uno degli assi prioritari è la diffusione di una cultura di genere, del contrasto agli stereotipi e della promozione di ruoli non discriminatori. Riconoscendo la violenza contro le donne quale fenomeno culturale e sociale multidimensionale, il Piano Regionale valorizza le competenze dei soggetti pubblici e privati impegnati sul tema, per rafforzare il sistema di prevenzione primaria e secondaria e di protezione delle donne che la subiscono.

Azioni e obiettivi del Piano Regionale sono circoscritti a prevenire e contrastare la violenza maschile contro le donne, pur riconoscendo che la violenza di genere può dispiegarsi anche a svantaggio di soggetti diversi dalle donne e in svariati ambiti, come ad esempio nelle relazioni di cura e nei contesti educativi e scolastici dove anziani, disabili e minori possono essere oggetto di violenza. Per questi ambiti è necessario prevedere specifiche azioni di prevenzione e contrasto.

Le azioni e gli obiettivi del Piano Regionale sono volti a contrastare, oltre che i fenomeni di violenza che trovano collocazione nei rapporti familiari e/o intimi, che sono i più comuni, anche la violenza contro le donne (es. stalking e mobbing) che può verificarsi negli ambienti di lavoro e nei contesti di prossimità.

Tra le azioni di prevenzione della violenza contro le donne oggetto del Piano Regionale, rientrano altresì quelle finalizzate al contrasto di altri fenomeni connessi, quali la tratta e la riduzione in schiavitù, i matrimoni forzati, e le mutilazioni genitali femminili (MGF).

Il Piano Regionale promuove azioni e progetti che tengano in particolare considerazione il contesto pluriculturale che caratterizza la Regione Emilia- Romagna, declinando gli interventi in modo che risultino inclusivi delle peculiarità e degli aspetti culturali delle nuove cittadine, quali destinatarie di iniziative sia di protezione che di prevenzione.

Le donne che subiscono violenza accedono a servizi specializzati quali i Centri anti violenza del territorio regionale, che sono inseriti, sulla base della L.R. 2/2003, nel sistema integrato dei servizi distrettuali. L'organizzazione della presa in carico è in capo ai Comuni che hanno stipulato con detti centri apposite convenzioni. Anche i servizi sociali e sanitari possono rappresentare punti di accesso della rete cui si rivolgono le donne che subiscono violenza, e la governance e il coordinamento tra loro sono stati delineati dalle linee di indirizzo regionali per l'accoglienza delle vittime di violenza approvate nel 2013 (DGR 1677), confermate nel recente Piano regionale contro la violenza del 2016 (DAL 69/2016), previsto dalla LR 6/14, legge quadro sulle pari opportunità e contro le discriminazioni di genere che dedica il titolo V alla prevenzione della violenza di genere. La stessa legge inoltre, all'art. 27, stabilisce che "La Regione promuove l'autonomia economica delle donne che hanno subito violenza e si impegna a contrastare il fenomeno delle donne con fragilità sociale, economica ed occupazionale".

Con il Piano regionale contro la violenza di genere, approvato con DAL 69/16, per dare attuazione alla legge, si sono esplicitate le azioni di promozione dell'autonomia economica delle donne, prevedendo specifiche azioni nel mercato del lavoro sia in ambito di prevenzione della violenza, che di protezione della donna dopo la violenza.

Nell'attuale assetto dei servizi le maggiori criticità che affrontano le donne riguardano gli strumenti a loro disposizione per ripensarsi nell'uscita dalla situazione violenta, ossia con l'ottenimento di indipendenza economica, con particolare riferimento a una situazione lavorativa stabile e sufficiente al proprio mantenimento e a quello dei figli/e, ed all'autonomia abitativa. Questi due aspetti assumono particolare rilevanza per le donne straniere che in mancanza di un lavoro non hanno i requisiti per il mantenimento dei permessi di soggiorno, condizione che può rappresentare un forte deterrente nel percorso di allontanamento dalla situazione di

violenza spesso agita dai mariti. Su questo è opportuno utilizzare lo strumento previsto dalla legge 119/2013 che dà la possibilità alla donna straniera vittima di violenza di ottenere un permesso di soggiorno.

Azioni da sviluppare:

- attivazione dell'Osservatorio regionale sulla violenza di genere e attività di monitoraggio rete dei servizi, in attuazione del Piano regionale contro la violenza di genere, per realizzare una maggiore conoscenza del fenomeno sul territorio regionale e programmare le necessarie azioni di contrasto e prevenzione;
- sostegno alla rete regionale dei Centri antiviolenza e delle case rifugio, con l'assegnazione delle risorse del "Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità";
- attuazione del Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere, di cui all'art. 5 del decreto legge 14 agosto 2013. N. 93, anche attraverso il finanziamento di specifiche linee di azione ivi previste per quanto concerne attivazione di sistemi informativi, formazione operatori dei servizi, azioni a supporto dell'autonomia abitativa e lavorativa delle donne in uscita da percorsi di violenza;
- monitoraggio dell'attuazione delle linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere (DGR 1677/2013);
- attivazione di iniziative di informazione e divulgazione, anche in collaborazione con altre Direzioni, e approfondimenti tematici sull'educazione al rispetto delle differenze e al contrasto alla violenza di genere, con particolare attenzione al tema delle diverse radici culturali;
- sostegno a progetti rivolti alla promozione ed al conseguimento delle pari opportunità e al contrasto delle discriminazioni e della violenza di genere, anche attraverso specifici bandi regionali;
- azioni di protezione e prevenzione, in attuazione del Piano regionale contro la violenza di genere, in particolare azioni di contrasto della fragilità sociale della donna, attraverso formazione e orientamento professionale e sostegno all'inserimento lavorativo, anche secondo le disposizioni della L.R. n. 14/2015, al fine di consolidare azioni di inclusione lavorativa e dell'autonomia economica di donne che subiscono o sono a rischio di subire violenza;
- porre particolare attenzione alla protezione delle donne nella fase successiva alla denuncia;
- prosecuzione e rafforzamento dei programmi d'intervento e trattamento degli uomini autori di violenza e loro monitoraggio (Centri Liberiamoci dalla violenza-LDV).

Beneficiari: Donne vittime di violenza (maltrattamenti, abusi, tratta, matrimoni forzati, ecc.), uomini autori di violenza.

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'azione rivolta alle donne vittime di violenza necessariamente vede il coinvolgimento di numerose aree di attività oltre a quella dei servizi sociali e sanitari: area scuola, formazione professionale e lavoro, politiche abitative, politiche della sicurezza.

Indicatori:

1. attività e dati Osservatorio regionale sulla violenza di genere;
2. avvio sistema informativo per monitoraggio presidi di accoglienza donne vittime di violenza (Centri anti violenza e case rifugio);
3. monitoraggio attività e diffusione centri per il trattamento degli uomini maltrattanti (LDV);
4. utilizzo fondi regionali a sostegno della rete regionale dei Centri anti violenza e delle case rifugio;
5. n. progetti formativi per gli operatori.

Scheda 26 - METODI PER FAVORIRE L'EMPOWERMENT E LA PARTECIPAZIONE DI COMUNITÀ

Razionale/motivazione

La partecipazione nelle politiche sanitarie e di welfare si presenta oggi come un'urgente necessità dovuta alla grande trasformazione sociale in cui siamo immersi, con le sue ricadute che chiama i Servizi a ricostruire il con-senso dei cittadini verso la propria azione.

Lo stesso stile partecipativo va ripensato perché le condizioni dello svolgimento dei processi partecipativi si sono profondamente modificate e il rapporto di sfiducia nei confronti delle istituzioni ha accentuato quel fenomeno che viene identificato come "esodo dalla cittadinanza".

- In questo ripensamento si individuano come cruciali alcune indicazioni di fondo:
- andare verso i cittadini (e non soltanto attenderli nei Servizi), specie verso coloro che si vergognano di chiedere, perché non abituati a vivere condizioni di difficoltà economiche, e che, rivolgendosi ai servizi, temono lo stigma di chi non è riuscito a essere all'altezza delle performance richieste dalla nostra società;
- generare nuove risorse in collaborazione con i cittadini, anche quelli portatori di problemi, per far fronte a una situazione in cui aumentano le difficoltà e diminuiscono le disponibilità finanziarie; i servizi devono cercare dei partner, dei collaboratori, non più solo degli utenti;
- far transitare le istanze dei singoli dall'"io" al "noi", favorendo la costruzione di contesti che consentano l'elaborazione collettiva dei disagi individuali, spesso ancora non consapevolmente formulati come richieste o problemi;
- pensare per problemi (ad esempio nuove fragilità familiari) e non più per categorie di utenti (anziani, minori, disabili, ...).

Descrizione:

Diversi sono i processi istituzionali che si caratterizzano per un elevato grado di innovazione strettamente connessa alla capacità degli attori sociali coinvolti di generare processi di empowerment di comunità. Tra questi figurano: esempi di programmazione locale per il benessere sociale e la salute (Piani di Zona), il Piano regionale della Prevenzione che include alcuni progetti di comunità per guadagnare salute, e l'avvio di alcune case della salute. In altri processi l'elemento prevalente è quello di agire il cambiamento all'interno delle istituzioni che si trovano a transitare in configurazioni organizzativo gestionali complesse (vedi ad esempio le Unioni dei Comuni) o riorientare i servizi verso fenomeni inediti quali la conflittualità familiare.

Il Community Lab è uno degli strumenti a disposizione, che è al tempo stesso formazione, ricerca e pratica. Il Community Lab consiste appunto in un'analisi partecipata di contesti locali e di concreti casi di conflitto sociale e/o di sofferenza sociale in cui la risposta al problema è prodotta in modo partecipativo, coinvolgendo i cittadini e non solo i tecnici. In tal senso, il Community Lab è un metodo formativo che prevede la produzione di conoscenza attraverso l'azione con la comunità, proprio a partire dall'analisi delle dimensioni quotidiane e delle forme sperimentali del lavoro sociale e di cura/assistenza. È un metodo per sostenere l'innovazione nella Pubblica amministrazione, applicabile a settori diversi, in cui si rende necessario il cambiamento attraverso processi collettivi di partecipazione.

Nel caso specifico della sperimentazione attuata nel biennio 2013-2015, il Community Lab ha permesso di sviluppare un sistema di attivazione, sostegno e accompagnamento di sperimentazioni per l'innovazione del welfare in modo partecipato.

Il Community Lab ha accompagnato:

- lo sviluppo (a volte il consolidamento)-di alcuni servizi innovativi;
- il ripensamento (a volte radicale) dei sistemi di governance di progettazione zonale;
- la sperimentazione di nuovi modi di collaborazione tra istituzioni e società civile;
- Il Community Lab ha allestito contesti di apprendimento induttivo a partire dai "casi"; ha prodotto la crescita di una cultura e di nuove prassi di programmazione partecipata, connettendo all'interno di questo laboratorio situazioni che sarebbero rimaste non interrelate tra loro.

Il Community Lab ha incontrato vari livelli di evoluzione locale, fornendo contributi a:

- vision;
- allestimento di governance;
- metodologia di intervento comunitario.

Azioni da sviluppare:

In relazione a quanto previsto nel presente Piano si individuano due direzioni principali di applicazione del Community Lab.

La prima si riconduce alla necessità di potenziare il rapporto tra servizi territoriali e comunità di riferimento in una prospettiva di sviluppo di empowerment di comunità in relazione ai principali ambiti trasversali presenti nello stesso Piano Sociale e Sanitario (es. forme innovative di azioni di sviluppo dei servizi di prossimità, sostegno alla genitorialità).

La seconda direzione consiste nel utilizzare il metodo community lab per accompagnare le sperimentazioni locali di partecipazione delle comunità nella programmazione locale sia nelle fasi di definizione delle priorità sia nelle fasi di progettazione degli interventi diretti alla promozione della salute.

Infine si prevede di attivare percorsi di formazione per la facilitazione di processi partecipativi e di dialogo per dotare le organizzazioni e istituzioni di competenze trasversali necessarie per rafforzare l'integrazione inter-istituzionale e interprofessionale.

La prospettiva assunta è la comunità come attore sociale, considerando i problemi che attraversano il contesto comunitario come identificato nel PSSR.

Beneficiari: Cittadini, Operatori, Istituzioni e Rappresentanze Sociali.

Elementi di trasversalità/integrazione

Il metodo di per sé è un dispositivo che funziona per creare connessioni ed integrazioni sia in senso orizzontale sia in senso verticale tra soggetti pubblici (aziende sanitarie, enti locali ecc.), il terzo settore, le associazioni e singoli cittadini.

Indicatori:

1. Realizzazione di un Community Lab per l'Implementazione delle Linee guida sulla programmazione locale partecipata e degli strumenti per i Piani di zona.
2. Monitoraggio sulle sperimentazioni attuate e rendicontazione quali-quantitativa delle esperienze realizzate.

Scheda 27 - CAPIRSI FA BENE ALLA SALUTE (HEALTH LITERACY)

Descrizione:

La Health Literacy (HL), nata negli USA negli anni '80, secondo la definizione dell'OMS rappresenta il grado della capacità degli individui (saper leggere, saper scrivere, saper parlare, saper ascoltare, avere minime competenze matematiche, nel contesto in cui si svolgono le attività sanitarie) di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie per favorire e mantenere una buona salute. Le competenze alfabetiche e numeriche degli italiani, secondo lo studio PIAAC (Programme for the International Assessment of Adult Competencies, 2011-2013) promosso dall'OCSE, sono insufficienti per accedere alle informazioni e destreggiarsi nella società. Lo studio, che ha analizzato le competenze alfabetiche e numeriche della popolazione adulta (16-65 anni) di 24 paesi tra Europa, America e Asia, colloca l'Italia all'ultimo posto per competenze alfabetiche e al penultimo per competenze numeriche, stimando che il 47% di italiani sia, inconsapevolmente, "analfabeta funzionale". Studi internazionali dimostrano che i pazienti si sentono in imbarazzo a dire che non hanno capito ciò che dice il medico e sono riluttanti a interrompere per fare domande, mentre spesso i professionisti sanitari usano termini scientifici, parlano rapidamente e interrompono il paziente. Possedere una buona "Health Literacy" significa avere le competenze per comprendere ciò che viene proposto e per riconoscere i propri bisogni di salute, assumere un maggior controllo sui fattori che incidono sulla salute, contribuire attivamente alle scelte terapeutiche, orientarsi nel Sistema sanitario, adottare comportamenti salutari (es. fare attività fisica e mangiare cibi sani); per contro è probabile che le persone con competenze limitate accedano in misura minore ai servizi di prevenzione, abbiano una minore capacità di comunicare i sintomi della malattia, maggiori difficoltà a comprendere il proprio problema di salute, a leggere e capire le istruzioni delle medicine, la loro funzione e i possibili effetti collaterali.

Azioni da sviluppare:

A livello regionale proseguire e sviluppare ulteriormente l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione e il monitoraggio degli interventi, al fine di consentire a livello locale di: a) investire in modo diffuso e capillare sulla formazione dei professionisti (formazione tra pari) riguardo all'HL, in particolare semplici tecniche e pratiche, che permettono di verificare che il paziente abbia compreso ciò che gli è stato detto: la formazione coinvolgerà figure sia sanitarie che amministrative e prevederà strumenti di valutazione d'impatto; b) produrre/rivedere materiale informativo in modalità partecipata con il contributo di pazienti e familiari, c) favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie, con particolare attenzione all'accesso al sistema dei servizi di emergenza-urgenza.

Beneficiari:

Cittadini, pazienti e familiari, caregiver, professionisti del SSR.

Gruppi di interesse:

Professionisti sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, personale amministrativo e di front office per la semplificazione della comunicazione scritta e verbale.

Trasversalità:

Trasversalità dell'approccio nella formazione dedicata ad intere unità operative e a gruppi di professionisti multidisciplinari nell'ambito delle attività di integrazione ospedale-territorio, integrazione socio-sanitaria e nello sviluppo e applicazione dei PDTA, con il supporto dei referenti aziendali HL e dei professionisti già impegnati nella formazione tra pari. Condivisione di materiale informativo tra le Aziende in un'ottica di benchmarking.

Indicatori:

1. N. aziende sanitarie che hanno realizzato eventi di formazione sull'Health Literacy annualmente;
2. N. professionisti sanitari e amministrativi formati in ogni azienda per anno/totale dei dipendenti suddivisi tra sanitari e amministrativi;
3. N. eventi formativi aziendali con valutazione di impatto pre e post formazione, con la somministrazione di questionari;
4. N. aziende sanitarie che hanno realizzato materiale informativo con il coinvolgimento di pazienti e familiari;
5. N. aziende sanitarie che hanno effettuato interventi per favorire l'orientamento delle persone all'interno delle strutture sanitarie;
6. Verifica del grado di soddisfazione sulla comunicazione.

Scheda 28 - VALORIZZAZIONE DELLE CONOSCENZE ESPERIENZIALI E DELL'AIUTO TRA PARI

Razionale/Motivazione:

L'automutuoaiuto si basa sulla condivisione di esperienze tra persone che hanno lo stesso problema o la stessa malattia. Si basa sulla convinzione che il gruppo racchiuda in se stesso le potenzialità di favorire un aiuto reciproco tra i propri membri. L'automutuoaiuto permette l'espressione dei bisogni profondi delle persone che affrontano esperienze difficili: il bisogno di essere ascoltati e accolti senza giudizi; quello di vedere la propria esperienza riconosciuta come risorsa e non solo come problema; quello di uscire dall'isolamento, condividendo la propria esperienza con altre persone; quello di riprendere in mano la propria condizione, superando una condizione passiva o prevalentemente assistenziale.

Il concetto di automutuoaiuto presuppone quindi:

- l'assunzione di responsabilità personale sulla propria condizione di disagio, il bisogno di superare l'isolamento;
- che ogni persona sia considerata sì come portatrice di sofferenza, ma anche e soprattutto come risorsa, ognuno come massimo esperto del proprio disagio;
- l'ascolto dell'altro come metodologia fondamentale;
- l'obiettivo di cambiare se stessi più che le strutture esterne.

Promuovere e supportare l'attività dei gruppi di automutuoaiuto significa mettere a disposizione dei cittadini uno strumento potente di autoaffermazione, di lotta allo stigma e all'isolamento, di empowerment di comunità.

A livello regionale sono presenti numerosi programmi di valorizzazione dell'aiuto tra pari. Si identificano alcuni di questi, per il valore del loro obiettivo intrinseco ma anche in quanto esperienze esemplari, potenzialmente trasferibili ad altri settori di attività (Centri incontro demenze, automutuoaiuto, utenti esperti e facilitatori sociali in salute mentale, gruppi di automutuoaiuto nelle dipendenze da alcol e gioco di azzardo). A livello locale si sono comunque sviluppate esperienze e gruppi di automutuoaiuto collegate a numerosi altri ambiti.

CENTRI DI INCONTRO DEMENZE

Descrizione:

La demenza è considerata dall'OMS un problema di sanità pubblica e interessa sia la persona con demenza sia il familiare/caregiver che la assiste. Numerose analisi sistematiche della letteratura hanno dimostrato che programmi di supporto multicomponenziali, che includono interventi mirati a fornire informazione, lo scambio tra pari e a garantire supporto pratico, emotivo e sociale, sono più efficaci rispetto alle singole attività dirette alle persone con demenza o ai loro familiari, anche al fine di prevenire la tendenza all'isolamento (sia del malato che del familiare), lo stigma, il disorientamento per la scarsa conoscenza della malattia. Tra gli esempi di interventi multicomponenziali, il programma di "Supporto" dei centri d'incontro ha dimostrato, nelle ricerche svolte, di essere un modello efficace ed efficiente nel migliorare il senso di competenza da parte dei caregiver, ridurre i sintomi, contenere i costi e ritardare l'istituzionalizzazione. Il programma di

supporto dei centri di incontro (nell'ambito dell'iniziativa Europea denominata JPND - Joint Programming on Neurodegenerative Disease), è stato adattato alla realtà regionale individuando le caratteristiche ottimali per la sua implementazione nel contesto italiano in generale e in quello della Regione Emilia-Romagna in particolare.

Azioni da sviluppare:

A livello regionale diffusione del documento "Prime Indicazioni per l'implementazione di Centri d'Incontro secondo il modello del Programma di supporto dei Meeting center" e monitoraggio degli interventi. A livello locale: seminari rivolti a tutti i responsabili di enti, organizzazioni e reti del volontariato potenzialmente interessati alla realizzazione e/o collaborazione, secondo le indicazioni contenute nel documento regionale.

Beneficiari: Persone con demenza e loro familiari/caregiver.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Nonostante il centro d'incontro si configuri come un servizio a bassa soglia, la piena integrazione nell'ambito della rete dei servizi è condizione imprescindibile per il perseguimento degli obiettivi del centro stesso. Il coinvolgimento di tutta la rete impegnata nelle cure delle demenze (incluse le reti del volontariato) è necessaria sia ai fini dell'individuazione del target di popolazione interessata, che per favorire l'integrazione del centro nel sistema delle cure, quale opportunità a bassa soglia e a completamento delle altre iniziative e servizi.

Indicatori:

1. N. centri d'incontro sul territorio distrettuale = 1;
2. N. familiari coinvolti/N. persone con demenza coinvolte = 0,5.

AUTOMUTUOAIUTO, UTENTI ESPERTI, FACILITATORI SOCIALI IN SALUTE MENTALE

Descrizione:

In Regione sono presenti numerose esperienze di valorizzazione del sapere esperienziale del quale le persone con disturbo mentale sono portatrici. Il riconoscimento di questo sapere modifica la percezione sociale della malattia mentale e riduce lo stigma, ma introduce anche elementi innovativi nei servizi di cura, favorendo il passaggio da un modello di approccio paternalistico a una vera condivisione del percorso di cura. E' importante mappare e conoscere queste esperienze.

Azioni da sviluppare:

Avviare un coordinamento regionale per promuovere e sostenere le diverse esperienze finalizzate all'empowerment dei singoli e della comunità sul tema della salute mentale. A tal fine sarà effettuata un confronto tra le diverse esperienze attivate sul territorio regionale, per quanto concerne: gruppi di auto mutuo aiuto (AMA) ed esperienze di empowerment delle persone assistite dai Centri di salute mentale (utenti esperti, facilitatori sociali ecc...).

L'obiettivo è facilitare la conoscenza e il confronto tra le diverse esperienze, anche con possibili scambi a livello interregionale, individuare e diffondere buone pratiche. Obiettivo secondario è definire, sulla base delle esperienze regionali ed extra-regionali già in corso, un percorso formativo base per volontari che desiderano impegnarsi in attività di supporto nelle diverse aree della salute mentale.

La AUSL di Modena coordina per la Regione questo percorso.

Beneficiari: Utenti dei servizi salute mentale, ma anche l'intera comunità.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Per la valorizzazione di queste esperienze è indispensabile una rete tra Regione, Aziende sanitarie, Enti locali, Enti del terzo settore.

Indicatori:

1. evidenza di incontri con utenti dei centri di salute mentale che partecipano all'attività della Consulta regionale salute mentale (almeno 2 all'anno);
2. realizzazione di corsi di formazione per volontari ed utenti esperti.

GRUPPI DI AUTOMUTUOAIUTO PER ALCOLISTI E PER DIPENDENTI DA GIOCO D'AZZARDO E LORO FAMILIARI

Descrizione:

La Regione ha riconosciuto alle Associazioni che gestiscono questi gruppi (AA, ALAnon, GAM, GamAnon, Arcat) un riconoscimento formale attraverso la sottoscrizione di protocolli di collaborazione. Tali protocolli riconoscono il ruolo di risorsa per il sistema della cura alle Associazioni richiamando la seguente definizione "L'auto aiuto non è un'attività, ma una risorsa. Il concetto di auto aiuto è importante nell'ambito della salute in quanto può essere visto come la base per nuovi modi di fronteggiare situazioni, di autodeterminarsi, di umanizzare l'assistenza e di migliorare la salute" OMS 1997

Azioni da sviluppare:

Monitorare nel territorio regionale l'applicazione dei protocolli e la loro diffusione; giungere entro il 2017, per quanto attiene le associazioni di alcolisti formalizzare l'allargamento del protocollo di collaborazione alle Università. Favorire la nascita di nuovi gruppi con particolare riferimento alla tematica della dipendenza da gioco d'azzardo.

Beneficiari: La comunità territoriale, il sistema dei servizi sanitari e sociali.

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'attività è consolidata e poggia sulle alleanze tra i Servizi sanitari e sociali, gli Enti locali, le Associazioni.

Indicatori:

1. evidenza della sottoscrizione del Protocollo di collaborazione con le Università entro il 2017;
2. evidenza di monitoraggio annuale sulla presenza di gruppi Giocatori Anonimi e Gamanon sul territorio regionale;
3. mappatura aziendale di tutte le tipologie di auto mutuo aiuto.

Scheda 29 - PARTECIPAZIONE CIVICA E COLLABORAZIONE FRA SISTEMA PUBBLICO ED ENTI DEL TERZO SETTORE

Razionale/Motivazione

La società regionale è caratterizzata da una crescente diversità culturale generata da fattori molto differenti: la presenza significativa e in aumento di persone e famiglie migranti (provenienti da ben oltre 170 differenti paesi di origine), la separatezza tra generazioni e tra nuclei famigliari, la persistente “distanza” e in parte iniquità tra generi. Si rileva un certo grado di frammentazione e segmentazione a livello sociale, ma anche la presenza di straordinarie risorse civiche, di impegno sociale, di collaborazione tra cittadini e con la pubblica amministrazione, in un’ottica di reciprocità e di democrazia, di sensibilità per l’interesse generale e per i cosiddetti beni comuni.

Costituisce quindi un obiettivo rilevante il supporto alla ricerca della coesione sociale e del superamento positivo di distanze e conflitti, alla ri-cucitura di un tessuto di relazioni, alla consapevolezza dei diritti e doveri di cittadinanza a partire dalle fasce d’età più giovani, attraverso la valorizzazione e la promozione del capitale sociale in tutte le forme in cui le nostre comunità lo esprimono: dalle associazioni di promozione sociale al volontariato, dalla cooperazione sociale alle forme di autoorganizzazione di cittadini, dalle iniziative autonome e individuali alle risposte progettuali a bandi. Ciò nella consapevolezza che azioni che soddisfano bisogni sociali, e quindi con impatto positivo sul benessere delle persone e della società, contribuiscono non solo allo sviluppo umano ma anche allo sviluppo socio-economico. Molti Enti locali sono già impegnati per questo obiettivo: progetti di servizio civile, regolamenti d’uso dei beni comuni, patti di collaborazione o territoriali con Enti del terzo settore, forme di partecipazione alla vita pubblica dei migranti e dell’associazionismo stesso con il coinvolgimento della intera popolazione sia autoctona che immigrata (art. 8 LR 5/2004), ecc. ...

Sono già attive, a livello regionale e locale, sedi e iniziative differenti che garantiscono rappresentanza ai cittadini in alcuni ambiti e in processi particolari (di consultazione, decisionali...). La partecipazione alla vita della comunità deve essere promossa anche con strumenti innovativi, che vadano oltre le rappresentanze formali, per sviluppare una competenza diffusa nella comunità e progetti supportati da un “volontariato competente”, come forme nuove di autoorganizzazione dei cittadini nella tutela dei beni comuni.

Descrizione

Si ricompono il quadro delle azioni regionali che hanno come matrice comune la motivazione soprarichiamata e si intende incentivarle in modo il più possibile organico e condiviso, anche con i territori, valorizzando ambiti diversi di iniziativa regionale tesi a rafforzare il civismo, l’esercizio di cittadinanza, il concorso a un bene comune, tramite lo sviluppo delle risorse relazionali e civiche di singoli e gruppi. L’obiettivo operativo è promuovere e consolidare le esperienze di partecipazione, co-progettazione, rappresentanza e cittadinanza attiva, in ambito sociale, culturale, ambientale, sportivo e istituzionale, di tutta la popolazione, con attenzione per le diverse culture e generazioni, in particolare per i giovani stranieri e di origine straniera (seconde generazioni), e per i generi.

Azioni da sviluppare:

A. Rafforzare, raccordandoli il più possibile in una cornice organica, gli interventi nei seguenti ambiti:

- servizio civile nazionale e regionale, come motore di solidarietà sociale e d'impegno per il bene comune. La Regione Emilia-Romagna ha voluto allargare l'esperienza del Servizio Civile Regionale anche ai cittadini provenienti da altri Paesi (in particolare giovani cittadini dell'Unione europea e giovani cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti, che dal 2014 possono partecipare al SCN), ai ragazzi e alle ragazze dai 15 ai 18 anni, alle persone adulte e anziane;
- percorsi di partecipazione e di rappresentanza della componente straniera della popolazione con particolare attenzione per i ragazzi, in particolare:
 - ascolto delle comunità che "accolgono" per promuovere una più efficace integrazione e coinvolgere i territori locali, anche attraverso il lavoro sociale di comunità e la valorizzazione delle risorse degli Enti del terzo settore nell'accoglienza e inclusione della popolazione straniera, anche al fine di prevenire e contrastare fenomeni di ghettizzazione urbana e territoriale,
 - formazione e accompagnamento alle associazioni di migranti,
 - promozione e valorizzazione delle esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte dei cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali,
 - promozione e sostegno della cittadinanza attiva in ambito sociale, culturale, sportivo dei giovani stranieri e di origine straniera, evidenziandone la funzione di agenti qualificanti dei processi di inclusione;
- coinvolgimento di enti del Terzo settore: a) nel programma di contrasto alla esclusione e povertà (cfr. Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna); b) nell'ampliamento della partecipazione di adolescenti e giovani agli enti stessi e alle loro attività; c) nell'attività di confronto e concertazione sulle politiche locali e regionali tramite, rispettivamente, le forme di rappresentanza locale e la Conferenza regionale del Terzo settore;
- raccordo con il Programma percorsi partecipativi finanziato dalla L.R. 3/10 "Norme per la definizione, riordino e promozione delle procedure di consultazione e partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali" per favorire il protagonismo dei cittadini e dei soggetti sociali nell'elaborazione delle scelte pubbliche. In particolare si fa riferimento al raccordo con progettualità attinenti a: sistemi integrati di welfare; azioni per superare situazioni di vulnerabilità delle diverse forme familiari; reti integrate di servizi socio-educativi ed educativi per l'infanzia e di servizi per persone non autosufficienti; progetti connessi alla pianificazione sanitaria e alle sue implementazioni territoriali; Piani di Azione Locale per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro; azioni volte al sostegno delle pari opportunità di genere e/o al contrasto a tutte le forme di discriminazione diretta o indiretta nei confronti delle persone; progetti locali per promuovere la partecipazione della componente straniera della popolazione. Rispetto a queste aree progettuali si intende promuovere un monitoraggio congiunto sui percorsi attuativi;
- raccordo con l'attuazione della L.R. 18/2016 "Testo unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili", con particolare riguardo ai rapporti con gli Enti del terzo settore operanti nei settori dell'educazione alla legalità, la cittadinanza responsabile e il contrasto alla criminalità organizzata e mafiosa (promozione di convenzioni tra Regione e enti del Terzo settore, tra questi e gli Enti locali).

B. supportare gli Enti Locali ed il Terzo Settore nello sviluppo di nuove forme di partenariato pubblico/ privato sociale anche attraverso la definizione di una proposta di linee guida regionali sulla co-progettazione. Le linee guida supportano le PP. AA. e i soggetti del territorio nell'assunzione di forme innovative di relazione in materia di creazione e/o ridefinizione di servizi tramite l'adozione di procedimenti amministrativi che agevolino e sostengano tali processi relazionali e operativi.

Beneficiari: Enti del terzo settore, Organismi di partecipazione e rappresentanza dei cittadini, con particolare attenzione per la componente straniera della popolazione, Alunni delle scuole primarie e secondarie, Adolescenti e giovani come potenziali protagonisti del servizio civile, nazionale e regionale, Enti locali...

Elementi di trasversalità/integrazione:

La trasversalità è da sviluppare a livello istituzionale regionale per raccordare e/o armonizzare le diverse azioni settoriali, e a livello territoriale tra cittadini, organizzazioni del terzo settore, pubbliche amministrazioni, organismi di rappresentanza, su ambiti differenti (sociale, culturale, sportivo, formativo...).

Indicatori:

1. n. progetti servizio civile nazionale e n. giovani coinvolti (di cui UE/di cui non comunitari; di cui tra 15 e 18 anni);
2. n. progetti servizio civile regionale e n. giovani coinvolti (di cui UE/di cui non comunitari; di cui tra 15 e 18 anni);
3. n. esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte dei cittadini stranieri immigrati promosse dagli enti locali;
4. sottoscrizione con gli enti del Terzo settore del Patto per l'attuazione del Reddito di solidarietà-RES e delle misure di contrasto alla povertà in Emilia-Romagna;
5. definizione di una proposta di linee guida regionali sulla co-progettazione.

Scheda 30 - AGGIORNAMENTO DI STRUMENTI E PROCEDURE RELATIVE AI SERVIZI SOCIOSANITARI

Razionale/Motivazione:

L'attuale disciplina dei servizi socio-sanitari si è sviluppata a partire dalla Legge Regionale 34/1998, e successivamente dalla Legge Regionale 2/2003, attraverso l'adozione di diversi atti attuativi che hanno definito procedure e requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento. L'introduzione dell'accreditamento, in particolare, quale strumento regolatorio e operativo dei servizi socio-sanitari, ha permesso di creare maggiore omogeneità tra le diverse realtà e modalità di lavoro (DGR 514/2009).

Dall'esperienza fino ad ora maturata, e dal confronto con i diversi soggetti coinvolti – committenti, gestori, associazioni di utenti e caregiver, parti sociali – è emersa la necessità di aggiornare strumenti e procedure relative ai servizi socio-sanitari per favorire, da un lato, la semplificazione delle procedure e, dall'altro lato, l'implementazione di soluzioni innovative e flessibili nei servizi.

Descrizione:

L'aggiornamento riguarda diversi aspetti: semplificazione e coordinamento delle procedure relative all'autorizzazione e all'accreditamento, per facilitare committenti e gestori nell'esercizio delle loro funzioni; introduzione di elementi di innovazione e flessibilità nei servizi, per migliorare l'accesso e la presa in carico degli utenti; armonizzazione delle modalità di verifica e monitoraggio previste per autorizzazione, accreditamento, contratto di servizio, evitando sovrapposizioni e duplicazioni; ridefinizione dei compiti operativi di Comuni, Aziende USL e Regione, alla luce del nuovo assetto istituzionale (Legge Regionale 11/2016); regolamentazione delle residenze con capienza massima di 6 posti letto per migliorare il livello di vigilanza.

Azioni da sviluppare:

Con DGR 664/2017 sono state approvate le prime misure di aggiornamento di autorizzazione e accreditamento, frutto del gruppo di lavoro composto dai rappresentanti della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, degli Enti Locali e delle Aziende USL. Il lavoro proseguirà con la predisposizione di nuove proposte finalizzate ad un aggiornamento complessivo della disciplina dei servizi socio-sanitari, anche finalizzata all'inserimento di soluzioni flessibili e personalizzate, e la regolamentazione dei servizi residenziali con capienza fino a 6 posti letto. Si intende approfondire e sviluppare il confronto istituzionale e con le parti sociali su risorse, azioni e strumenti relativi ai servizi socio-sanitari.

Beneficiari:

Cittadini adulti che necessitano di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali e loro caregiver; committenti; gestori di servizi.

Elementi di trasversalità/integrazione:

L'armonizzazione di funzioni e strumenti riguardanti l'autorizzazione, l'accreditamento ed i contratti di servizio, costituisce un elemento facilitante la relazione tra i soggetti coinvolti a diverso titolo nel funzionamento dei servizi socio-sanitari (sanità, sociale, gestori pubblici e privati, utenti e familiari, associazioni).

Indicatori:

Predisposizione delle proposte tecniche e degli atti amministrativi previsti.

Scheda 31 - RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA NASCITA PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLE CURE E AUMENTARE LA SICUREZZA PER I CITTADINI/PER I PROFESSIONISTI

Razionale/Motivazione:

L'intesa Stato Regioni del dicembre 2010 prevede la riorganizzazione dei punti nascita (PN) e, a questo fine “[...] raccomanda di adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita.”

Nel 2015 sono stati emanati quattro documenti che definiscono le condizioni per aderire alle richieste dell'intesa del 2010 sui punti nascita:

- il DM 70/2015 nel quale si definiscono i rapporti volume/esiti dei PN per il loro mantenimento in attività;
- il DM 11.11.2015, che integra i compiti e la composizione del Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn), prevede, all'art.1, che il CPNn debba esprimersi entro 90 giorni su eventuali richieste di deroghe avanzate dalle Regioni sul dimensionamento numerico dei PN che viene confermato dover essere > 1000 parti anno;
- il Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orogeografiche difficili, in applicazione dell'art. 1 del DM 11.11.2015, nel quale vengono definiti dal CPNn gli standard strutturali, tecnologici e di personale indispensabili per l'ottenimento della deroga alla chiusura da parte del Ministero;
- La DGR 2040/2015 che definisce la riorganizzazione dalla rete ospedaliera sul territorio regionale e dà mandato alla Commissione nascita regionale di realizzare uno specifico approfondimento sugli ultimi 5 anni di attività della rete dei punti nascita regionali.

I Punti Nascita in attività nel 2016 in Emilia-Romagna erano 27, 18 Spoke e 9 Hub, disomogeneamente distribuiti sul territorio regionale. Dai dati 2016 emerge che solo 4 dei 18 spoke hanno effettuato più di 1000 parti/anno e che 7 sono al di sotto dei 500 parti/anno. Di questi, il PN dell'Ospedale del Delta ha terminato le proprie attività a fine gennaio 2017.

Inoltre, il contesto demografico sta cambiando con una riduzione drastica della natalità che, se non si prenderanno provvedimenti rapidamente, porterà la maggior parte degli spoke della regione al di sotto della soglia dei 500 nati.

Le gravidanze che necessitano di un'assistenza complessa e quindi di centralizzazione sono in aumento per l'età delle madri, sempre più elevata, e per le patologie croniche di cui sono portatrici, ma anche per i risultati della diagnosi prenatale che portano a far nascere bambini nei luoghi dove è garantita un'assistenza specifica per la patologia di cui sono portatori.

Descrizione:

Obiettivi della riorganizzazione sono la promozione e miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e il corretto ricorso al taglio cesareo.

La riorganizzazione della rete assistenziale dei punti nascita dovrà prevedere la revisione di tutta l'assistenza al percorso nascita promuovendo una forte integrazione tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri per garantire risposta ai bisogni portati dalle donne e delle loro famiglie, in particolare la continuità assistenziale e l'accompagnamento nel pre e nel post parto, per diminuire le difficoltà che certamente si creeranno nel momento in cui si andrà a modificare la rete e, soprattutto, per migliorare la qualità dell'assistenza.

Azioni da sviluppare:

- rivedere i criteri di accreditamento dei punti nascita alla luce dell'Accordo Stato-Regioni del 2010;
- riorganizzare la rete dei punti nascita (hub and spoke) sulla base dei nuovi contesti demografici e delle nuove regole di accreditamento a garanzia della qualità, equità d'accesso e sicurezza delle cure;
- completare la riorganizzazione dell'assistenza integrata alla gravidanza, parto, puerperio sulla base dei profili assistenziali proposti basati sui bisogni ulteriori specifici della singola donna/coppia/famiglia col coinvolgimento oltre che dei servizi sanitari, anche dei servizi sociali, educativi e delle risorse di volontariato;
- monitorare e migliorare le reti STAM e STEN;
- promuovere campagne informative alla popolazione;
- coinvolgere i/le cittadini/e e le loro associazioni nella valutazione e ridefinizione dei percorsi assistenziali proposti;
- i Comitati Percorso Nascita provinciali e la Commissione Nascita regionale dovranno accompagnare queste azioni, monitorando e promuovendo la valutazione dei percorsi di cambiamento messi in atto, anche alla luce degli elementi di disuguaglianze da contrastare.

Beneficiari:

Donne, coppie in gravidanza e nel post parto e i loro bambini/e, professionisti del percorso nascita.

Elementi di trasversalità/integrazione:

La programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia tra Consultori Familiari, Pediatria di Comunità, Cure primarie (MMG, PdLS), Punti Nascita, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi educativi, Servizi di neuropsichiatria infantile, Casa delle donne contro la violenza, associazioni di auto-mutuo aiuto, Servizi specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.).

Indicatori:

1. evidenza dei documenti di riorganizzazione della rete dei punti nascita e dei percorsi assistenziali integrati in ogni ambito di CTSS;
2. % ricoveri per parto in punti nascita < 1000 parti/anno;

3. % parti cesarei nella classe 1 di Robson;
4. % di donne con basso titolo di studio che effettuano la prima visita tardiva ($\geq 12^a$ settimana di gestazione o non effettuata);
5. % allattamento completo a 3 mesi e a 5 mesi;
6. % di donne che eseguono almeno una visita in consultorio nel post parto.

Scheda 32 – PROMOZIONE DELL'EQUITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

Razionale/Motivazione:

La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. Le liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmate (es. visite, esami diagnostici, interventi programmati) rappresentano un tema oggetto di particolare attenzione da parte della popolazione. Ad oggi non si rileva una sufficiente chiarezza e condivisione tra gli esperti rispetto alle cause determinanti il fenomeno (es. ricorso improprio alle prestazioni, inefficienza del sistema, offerta di servizi non adeguata alla domanda) e alle soluzioni maggiormente efficaci.

Il rispetto degli standard nazionali fissati per i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri programmati costituisce una delle priorità di politica sanitaria dell'Emilia-Romagna, definita nell'ambito del Programma di mandato della Giunta per la X legislatura regionale, approvato il 26 gennaio 2015.

Descrizione:

Nel 2015 e 2016 sono state attuate diverse azioni (in applicazione delle DGR n. 1056/15 e DGR 377/2016) riguardanti la riduzione dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale:

- la rimodulazione dell'offerta attraverso l'estensione degli orari di attività nei giorni feriali e, se necessario, l'apertura nei giorni pre-festivi e festivi, l'assunzione di personale per affrontare le criticità, la ridefinizione delle convenzioni con il privato accreditato, il miglioramento dell'appropriatezza nella gestione delle prime visite;
- l'accesso per i primi inquadramenti diagnostici garantito entro i tempi di attesa standard (30 giorni per le visite, 60 giorni per le prestazioni diagnostico strumentali e 7 giorni per le urgenze differibili), la continuità assistenziale per i pazienti affetti da patologie croniche (protocolli condivisi tra medici delle Aziende Sanitarie e medicina convenzionata) e la presa in carico dei pazienti complessi attraverso il modello organizzativo di Day Service ambulatoriale;
- l'informazione e la responsabilizzazione dei cittadini rispetto alla prenotazione e alla disdetta (campagna informativa "Insieme per una sanità più veloce");
- l'Osservatorio Regionale per i tempi di attesa (costituito dai Direttori sanitari, dai Responsabili Unitari dell'accesso delle Aziende sanitarie, dai collaboratori regionali e dai rappresentanti del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino) ha il mandato di monitorare lo stato di avanzamento delle azioni finalizzate alla garanzia dei tempi di attesa, i volumi di attività erogati in regime istituzionale e in libera professione intramuraria, e di condividere con le Aziende sanitarie interventi correttivi e proporre azioni innovative in materia di accessibilità. I componenti dell'Osservatorio Regionale per i tempi di attesa sono i Direttori sanitari, i Responsabili Unitari dell'accesso delle Aziende sanitarie, i collaboratori regionali ed i rappresentanti del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino.

Nel 2017 è stata adottata la DGR 272 che definisce obiettivi e strumenti per la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati prevedendo un monitoraggio strutturato delle liste e dei tempi di attesa, la definizione delle priorità e dei relativi tempi massimi di attesa e l'adozione di sistemi e strumenti di comunicazione ai cittadini.

Azioni da sviluppare:

- garanzia dei tempi di attesa standard per le prestazioni specialistiche (7 gg per le urgenze, 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni diagnostiche strumentali);
- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesante, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- incremento delle prenotazioni e dei controlli effettuati da parte della struttura sanitaria (unità operativa/ambulatorio) che ha in carico il cittadino e del livello di continuità assistenziale garantito;
- garanzia dei tempi di attesa dei ricoveri programmati in relazione alla classe di priorità assegnata;
- adozione di sistemi di comunicazione trasparente verso i cittadini rispetto a liste e tempi di attesa;
- monitoraggio delle disdette e delle mancate presentazioni.

Beneficiari:

Tutta la popolazione.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Partecipano al monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni finalizzate alla garanzia dei tempi di attesa:

- le parti sociali;
- gli Enti Locali, nell'ambito delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie;
- le rappresentanze dei cittadini, nell'ambito del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi dal lato del cittadino (CCRQ).

Indicatori:

Rispetto all'elenco regionale di prestazioni di primo accesso e di prestazioni urgenti differibili oggetto di monitoraggio:

1. % delle prenotazioni effettuate entro i tempi standard sul totale delle prenotazioni $\geq 90\%$;
2. % di interventi erogati entro i tempi previsti dalle classi di priorità $\geq 90\%$;
3. n° sanzioni per mancata disdetta;
4. monitoraggio della presa in carico diretta delle prestazioni secondarie.

Scheda 33 - MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO E DEI PERCORSI IN EMERGENZA URGENZA

Razionale/motivazione

La garanzia dell'effettivo accesso alle prestazioni sanitarie è un elemento fondamentale per rendere concreto il diritto costituzionale alla tutela della salute. In quest'ottica risulta prioritario il miglioramento della presa in carico complessiva in condizioni di emergenza-urgenza.

La risposta ai bisogni di salute che richiedono interventi sanitari (di maggiore o minore intensità) in urgenza è garantita da un sistema articolato di strutture che includono oltre ai Pronto Soccorso, i punti di primo intervento ospedalieri e territoriali, i servizi per la continuità assistenziale, nonché i centri specialistici con accesso in urgenza (a 24h o differibile) ed altri percorsi specifici, ad esempio presso i servizi per la salute mentale, i consultori familiari ecc. Per quanto riguarda l'emergenza il sistema fa riferimento alle strutture in grado di intervenire h 24-7 giorni/7, in primis dunque le strutture dell'emergenza ospedaliera (PS) e territoriale (118).

In questa articolata rete di offerta, il Pronto Soccorso in particolare riveste un ruolo centrale a garanzia dei percorsi per condizioni di elevata gravità e con esiti fortemente dipendenti dall'immediatezza della risposta sanitaria (per es. infarto, traumi, sepsi, ictus ecc.) ma è anche uno snodo fondamentale tra l'ospedale e il territorio nella gestione dei percorsi per i pazienti cronici e/o polipatologici. Di fatto rappresenta una delle principali porte di accesso all'ospedale (il 50% dei ricoveri ordinari avviene a seguito di un accesso in PS) ma in alcuni casi, in particolare per gli strati della popolazione più vulnerabili, dell'intero sistema dei servizi sanitari.

Proprio per le sue caratteristiche, il Pronto Soccorso oggi si caratterizza sempre più con una doppia veste: da un lato come servizio ad alta specializzazione per la gestione di quadri clinici complessi, dall'altra come un servizio di prossimità, di bassa soglia e di potenziale raccordo tra il sanitario e i servizi territoriali.

Descrizione

In relazione a quanto premesso risulta prioritaria la valorizzazione del ruolo del pronto soccorso come interfaccia tra ospedale e territorio in funzione di obiettivi quali l'appropriatezza nell'accesso al ricovero ospedaliero e l'efficacia dei percorsi clinici relativi sia alle condizioni tempo-dipendenti che alle patologie croniche. Oltre agli aspetti clinici si ritiene necessario porre attenzione ad aspetti di carattere organizzativo che presentano comunque un rilevante impatto sulla qualità e la sicurezza delle cure: la gestione dell'iperafflusso e del sovraffollamento, il triage, la funzione di osservazione breve intensiva (OBI) nonché i percorsi facilitati quali il fast-track o l'affidamento specialistico. La qualificazione del ruolo del PS si completa con lo sviluppo e l'implementazione di percorsi di gestione di specifiche situazioni di fragilità (ad es. vittime di violenza e abuso) sviluppando anche sinergie con il sociale ed il volontariato.

Per quanto riguarda l'intero sistema dell'emergenza urgenza, sia ospedaliera che territoriale, si prevede un impegno prioritario su due aspetti di carattere trasversale: la valorizzazione e sviluppo delle competenze professionali e la adozione di sistemi di monitoraggio volti a favorire un utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse afferenti al sistema, nonché a misurarne i risultati.

Azioni da sviluppare:

1. definire linee di indirizzo e protocolli volti a migliorare l'accessibilità e la gestione dei percorsi in emergenza-urgenza (es. iperafflusso), inclusa l'organizzazione delle risorse tecniche e professionali e l'adozione di strumenti di comunicazione ai cittadini che orientino in modo appropriato sull'accesso all'intero sistema;
2. definire metodologie di individuazione delle necessità relative alle strutture di Pronto Soccorso in termini di dotazioni, competenze e di assetti logistici;
3. promuovere iniziative formative trasversali e dove pertinente (es. violenza e abuso) condivise con gli altri servizi della rete sanitaria e sociale del territorio
4. migliorare l'appropriatezza e l'efficacia nei percorsi per pazienti cronici (es. BPCO) con particolare attenzione al funzionamento dell'interfaccia con i servizi territoriali (cure intermedie e cure primarie);
5. adottare strumenti di monitoraggio dei percorsi in emergenza urgenza mediante il miglioramento/implementazione di specifici strumenti informativi o mediante l'integrazione di quelli esistenti;
6. individuare la metodologia più adeguata per garantire la sicurezza del personale e degli utenti.

Beneficiari: pazienti, professionisti, enti e servizi del territorio incluso volontariato.

Elementi di trasversalità/integrazione

Per tutte le azioni si prevede il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (servizi sanitari e sociali, enti locali ed altre istituzioni ove appropriato, associazioni di volontariato in particolare se impegnate nel contesto dell'emergenza-urgenza).

Indicatori

1. Produzione di linee di indirizzo e monitoraggio dell'implementazione: N° di aziende che hanno adottato le linee di indirizzo/N. aziende sanitarie della RER.
2. Presenza di un sistema di monitoraggio dei principali indicatori (tempi, sovraffollamento, appropriatezza, ecc.).
3. Promozione di iniziative formative su tematiche specifiche (es. violenza e abuso): N° aziende che partecipano/promuovono iniziative/N. aziende sanitarie della RER.

Scheda 34 - METODOLOGIE PER INNOVARE LE ORGANIZZAZIONI E LE PRATICHE PROFESSIONALI

Razionale/motivazione

Tre sono i nodi cruciali che sfidano il sistema dei servizi:

- la complessità dei fenomeni in costante mutamento inducono il sistema dei servizi a rivedere le proprie prassi organizzative e di intervento;
- i cambiamenti epidemiologici e sociali indicano multifattorialità del disagio sociale (ad es. “impoverimento dei ceti medi”, “solitudine degli anziani”) sempre più intrecciato alla co-morbilità dei quadri patologici emergenti, necessitano di un approccio a forte integralità, sia negli aspetti e temi da affrontare sia nelle soluzioni e strumenti da utilizzare. Integralità che ha come baricentro il territorio, inteso come luogo della risolutività dei problemi e delle risorse professionali e comunitarie da mettere a valore;
- le pratiche organizzative incardinate nel lavoro di rete, di equipe inter-professionali/inter-servizio e improntate al lavoro di comunità/medicina di iniziativa, necessitano di competenze trasversali e di dispositivi organizzativi in grado di garantire tempo/lavoro dedicato anche alla “cura” delle reti e ai processi di networking. Ma anche approcci che incentivino a mantenere sempre vivo lo sguardo sulle differenze sia verso l'esterno (utenti) sia verso l'interno (operatori).

I “territori” diventano protagonisti, rappresentando il contesto che consente di individuare le necessità di salute e i bisogni sociali e nel contempo dove prendono forma le pratiche. Innovare quindi l'organizzazione e le pratiche significa attivare setting riflessivi, dove è messo al centro dell'apprendimento l'analisi del processo di lavoro, le routine che bloccano ogni evoluzione, dove possono essere affrontati gli errori, si rinegoziano e rigenerano nuovi sguardi e nuove prassi. Da qui il concetto di “formazione situata”, una formazione che si affianca al lavoro nell'ambiente delle pratiche quotidiane e che prevede anche il contatto diretto con la vita locale, con i suoi abitanti, con movimenti sociali rappresentativi, e con gli interessi e le necessità della vita. Si tratta di una sfida importante, quella di progettare e mettere in moto attività che consentano l'acquisizione di conoscenze e di competenze mediante la soluzione di problemi reali, vissuti nel territorio da gruppi sociali, comunità, gruppi di emarginati o persone socialmente svantaggiate, popolazione che soffre per i pregiudizi, per la discriminazione o per lo stigma oppure gruppi attivi nell'affermazione delle proprie “singolarità”, della democrazia e dell'inclusione sociale.

Ogni contesto di apprendimento che viene allestito richiede strategie innovative e creative e trasformazioni delle modalità didattiche anche nei corsi universitari. In particolare ciò che emerge è la necessità di creare alleanze tra università, servizi e comunità in quanto i processi di apprendimento devono essere capaci di intrecciare il locale e il globale, l'azione professionale e la gestione, il servizio e la formazione, con le sfide dei saperi complessi e con le pratiche professionali e le pratiche esperienziali, in un mondo in continua trasformazione.

Descrizione:

La strategia che qui si intende delineare è costituita da elementi che rafforzino i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multiprofessionale. La complessità delle situazioni, la necessaria ricomposizione dei fenomeni sollecitano sguardi allenati alle connessioni, alla duttilità di creare alleanze professionali e

non che vanno oltre i consueti confini organizzativi. Il lavoro di rete diventa così plasmato su ciò che è necessario e utile e si costruisce dagli ingredienti presenti nel contesto che lo rendono possibile e permettono di arricchirlo. Obiettivi da perseguire sono pertanto:

- fornire a chi lavora nel mondo dei servizi strumenti/metodologie : a) di riflessione, analisi e intervento per approfondire e valorizzare il tema delle differenze e affrontare la quotidianità lavorativa a partire dal proprio posizionamento identitario come soggetti portatori di differenze all'interno di reti ampie e complesse; b) per ridare significato all'agire organizzativo, quindi riconoscere nel proprio ambito lavorativo uno spazio e il tempo dedicato alla riflessività, alla condivisione, come luogo di confronto continuativo tra servizi e figure professionali diverse;
- promuovere percorsi innovativi di apprendimento con le strutture che erogano istituzionalmente formazione, favorendo il mettersi in relazione inter-istituzionale, creando alleanze e un dialogo serrato tra Università e sistema dei servizi per orientare la proposta formativa e congiuntamente innovare sistemi didattici e approcci pedagogici, anche attingendo da esperienze internazionali che si stanno sviluppando in Regione.

Azioni da sviluppare:

- formazione-intervento nell'ambito del networking ("cura della rete") e knotworking ("cura del nodo") in quanto processi basilari per i percorsi di indirizzo del presente piano che contemplano "l'integrazione" ai diversi livelli: istituzionali, di gestione, professionali. In questo ambito figurano le sperimentazioni improntate all'"approccio dialogico" finlandese nel programma regionale sull'adolescenza e allo sviluppo di competenze di facilitazione all'integrazione e al lavoro di rete come competenze diffuse;
- accompagnamento alla sperimentazione di prototipi di alleanze tra università e servizi nella prospettiva di riconoscere i servizi, il territorio, come luogo della formazione "situata" o "service learning", per favorire già nei percorsi di base e post-base universitari competenze trasversali per il lavoro in equipe multiprofessionali, la cultura del territorio come luogo di promozione della salute attraverso la rete integrata dei servizi, e nel contempo agire come stimolo alla formazione permanente nei luoghi di lavoro;
- diffusione e utilizzo di strumenti regionali per promuovere forme di scambio tra i territori in quanto è preminente l'innovazione di processi istituzionali e/o di indirizzo regionale, anche favorendo l'acquisizione della metodologia del *Community Lab* e il trasferimento degli strumenti organizzativi facilitanti il lavoro di rete, l'integrazione tra servizi e professionisti diversi.

Beneficiari:

- operatori/trici e dirigenti afferenti a diversi servizi e diversi enti gestori, pubblici (sanitari, sociali, educativi, del lavoro, ...) e del terzo settore;
- studenti/esse universitari/e di diverse discipline (servizi sociali, medicina, giurisprudenza, psicologia, scienze della formazione...);
- utenti (singole persone/famiglie, associazioni di utenti, di familiari...), volontari.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Trasversalità e integrazione sono elementi individuabili sia negli attori del sistema dei servizi (sanità, sociale, educativo, lavoro e sicurezza) sia nelle istituzioni preposte alla attivazione dei processi innovazione: pubblica amministrazione, Università, enti di formazione professionale, centri di ricerca sia a livello nazionale che internazionale.

Indicatori:

1. progettazione e sperimentazioni dell'approccio dialogico in tre sedi regionali;
2. raccolta di evidenze della sperimentazione di prototipi di alleanze Servizi-Università nei territori di Parma e Bologna: "formazione situata"/service learning;
3. produzione di un manuale per "buone prassi organizzative" facilitanti il lavoro di rete e l'integrazione (tra servizi, tra professioni) comprensivo delle indicazioni operative per il trasferimento nei contesti di lavoro.

Scheda 35 - L'ICT - tecnologie dell'informazione e della comunicazione - COME STRUMENTO PER NUOVO MODELLO DI E-WELFARE

Descrizione:

Nel contesto del piano sociale e sociosanitario regionale l'ICT (Information and Communications Technology) può aiutare a promuovere, con gli strumenti tecnologici di cui dispone, la partecipazione attiva alla società dell'informazione attraverso la pianificazione e il sostegno di una serie di iniziative fra vari settori. In questo ambito si fa riferimento in particolare ai Servizi di Telemedicina nelle aree disagiate della nostra Regione ovvero nelle zone montane, e più specificatamente, secondo la definizione del Ministero della Salute di aree disagiate, nelle aree "ubicate ad una distanza superiore ai 60 minuti dalle più vicine strutture sanitarie di riferimento di primo livello". Nel dettaglio i Servizi di Telemedicina verranno erogati a favore dei pazienti residenti in tali aree e affetti da malattie croniche quali diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva e scompenso cardiaco. L'erogazione dei Servizi di Telemedicina avverrà in via prioritaria per il tramite delle Case della Salute quale luogo privilegiato in cui si realizza la presa in carico dei pazienti secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e la continuità assistenziale.

Azioni da sviluppare:

Modello di eWelfare sostenibile con prodotti IoT (Internet of things, Internet degli oggetti)

- A) Costituzione del Gruppo Operativo regionale di Progetto con funzioni di gestione, verifica e monitoraggio del Progetto;
- B) Approvazione Piano Operativo, condiviso dal Gruppo Operativo e dai referenti Aziendali;

Individuare all'interno della Casa della Salute interessata al Progetto:

- un Ambulatorio che dovrà avere specifiche caratteristiche strutturali/tecnologiche, possibilmente all'interno dell'ambulatorio infermieristico della gestione della cronicità;
- Individuazione della popolazione target, ovvero l'identificazione dei pazienti affetti dalle patologie croniche selezionate, residenti nelle aree ubicate indicativamente a distanza superiore ai 60 minuti dalle più vicine strutture sanitarie di riferimento di livello superiore;
- il percorso funzionale e organizzativo relativo alla presa in carico e gestione del paziente cronico;
- eventuale Ospedale o specialista di riferimento;
- i criteri di priorità (definiti dall'equipe della CDS) per la dotazione dei dispositivi domiciliari ai pazienti.

Beneficiari: Cittadini, professionisti delle Case della Salute.

Elementi di trasversalità/integrazione:

I dati monitorati nell'ambulatorio verranno poi inviati all'Ospedale di riferimento.

I dati monitorati continuamente presso il domicilio di alcuni pazienti cronici verranno trasmessi tramite dispositivi medici loro assegnati, alla Casa della Salute e/o all'Ospedale di riferimento.

Indicatori:

1. Indicatore di dimensione: % utenti seguiti, rispetto al totale di utenti con patologia cronica, beneficiari del Servizio di Telemedicina nella zona disagiata.
2. Indicatore di efficacia: N. pazienti gestiti con consulto in Telemedicina non esitati in trasferimento/Totali pazienti per i quali è stata utilizzata la Telemedicina.
3. Indicatore di continuità: Indici di dispersione (deviazione standard) dell'indicatore di Dimensione media (n. medio di contatti/mese per utente) per un periodo temporale di riferimento.

Scheda 36 - CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO DEI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

Razionale/Motivazione:

I servizi di area sociale e sanitaria si confrontano oggi con una realtà complessa e fortemente mutata. La società si sta delineando in maniera diversa rispetto al passato: è caratterizzata dal carattere pluriculturale, da una nuova e diversificata composizione e organizzazione delle famiglie, da una crescente fragilità economica di molti nuclei, da nuove forme di povertà ed esclusione sociale, da difficoltà ad entrare (per chi è giovane) o a reinserirsi (per chi è più maturo o immigrato) nel contesto economico, dalla povertà materiale e relazionale di alcuni contesti, da patologie croniche e dalla multimorbidità.

Sono tutti elementi che i servizi si trovano oggi a dover affrontare e che al tempo mettono in luce aspetti di fragilità e vulnerabilità del sistema stesso. La precarizzazione contrattuale crescente negli organici dei servizi sociali, sempre più sottoposti a complessi vincoli istituzionali nazionali, la mancanza di sostituzione degli operatori verso il pensionamento, la mancanza di ricambio generazionale, contribuiscono infatti ad un'accentuazione della frammentazione delle azioni che vengono messe in campo ed alla difficoltà ad investire nell'innovazione e nel lavoro di rete tra operatori di diverse aree, i quali rimangono piuttosto schiacciati sulla gestione delle situazioni emergenziali.

I mutamenti sociali e le emergenze più volte richiamati rinforzano invece l'idea che il sistema degli Enti locali e del Servizio Sanitario regionale debbano sostenere e sviluppare l'area dell'accoglienza, dell'ascolto e della valutazione del bisogno e della messa in campo di azioni specifiche attivando maggiori sinergie tra i punti di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari. La fragilità, le differenti età e appartenenze culturali delle persone e dei nuclei che oggi si rivolgono ai servizi sanitari e sociali richiede un'attenzione e una capacità di valutazione del bisogno e di accompagnamento verso i servizi che solo il soggetto pubblico può garantire in maniera capillare, inclusiva delle differenze, omogenea e non filtrata da interessi di appartenenza. Questa funzione deve quindi rimanere in capo al soggetto pubblico e presidiata da operatori esperti e adeguatamente formati, che abbiano uno sguardo sul sistema generale dei servizi e sull'offerta territoriale.

Descrizione:

Il Servizio Sociale territoriale ha lo scopo di promuovere il benessere della comunità attraverso azioni di prevenzione e di promozione sociale e di accompagnare le persone nei momenti di fragilità per favorire l'autonomia e l'integrazione sociale. Il Servizio Sociale Territoriale ha il compito di garantire l'ascolto dei cittadini, l'informazione e l'orientamento, sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi, attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale, promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere, favorire e sostenere politiche e interventi che riducano il grado di esposizione della popolazione a rischio di esclusione, di emarginazione e di disagio sociale, far fronte alle urgenze ed esigenze indifferibili che richiedono tempestività di intervento e nelle quali vi siano elementi di rischio e pregiudizio. Occorre dare applicazione alle Linee guida regionali (DGR n. 1012/2014) nell'ottica di rinforzare la dimensione organizzativa distrettuale del SST, come dimensione che caratterizza le politiche sociali e socio sanitarie del nostro territorio regionale e più adeguata per garantire unitarietà ed

omogeneizzazione nell'organizzazione e nella gestione del Servizio, promuovere il superamento di una logica di lavoro per target separati e sostenere una modalità di lavoro di sistema.

Azioni da sviluppare:

- a partire dalla rilevazione della dotazione organica dei SST avviare una più definita riorganizzazione di livello distrettuale del SST;
- partendo dal numero minimo definito dagli standard regionali, adeguare le dotazioni organiche del SST ai fini della loro strutturazione distrettuale;
- monitorare con cadenza biennale le dotazioni organiche del SST;
- promuovere il lavoro di rete come metodo per operare una più integrata accoglienza e presa in carico delle situazioni complesse;
- sviluppare una maggiore integrazione con i servizi di area formativo/lavorativa e delle politiche abitative, per l'attuazione della L.R. 14/2015, della DGR politiche abitative, del SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva) ed il RES (L.R. 24/2016);
- rinforzare l'area dell'accoglienza attraverso la rete degli sportelli sociali anche per garantire la prevalutazione dell'accesso al SIA ed al RES e sostenere il lavoro necessario per attivare i Progetti di attivazione sociale ed inserimento lavorativo sottoscritti tra cittadini beneficiari e Servizi;
- promuovere l'integrazione della rete degli sportelli sociali con gli altri sportelli specialistici ed informativi a carattere tematico;
- sistematizzare la rete degli sportelli specialistici ed informativi a carattere tematico rivolti alla cittadinanza straniera (ad.es. su protezioni internazionali, cittadinanza, ricongiungimenti, ecc.), anche coinvolgendo i competenti uffici periferici dello Stato e supportandone il raccordo con il sistema complessivo dei servizi di welfare e con analoghi sportelli attivati dal terzo settore e da altri organismi (patronati, organizzazioni sindacali e datoriali, ecc.);
- attivare sempre di più la co-costruzione dei percorsi assistenziali con gli altri servizi coinvolti, le famiglie e i diretti destinatari degli interventi;
- prevedere razionalizzazioni organizzative che consentano di semplificare la fase valutativa anche laddove questa sia svolta da unità multidimensionali;
- sostenere con formazione e accompagnamento la diffusione del metodo del lavoro di comunità, promuovendo e partecipando attivamente ad iniziative e progetti di prevenzione delle situazioni di disagio e di riduzione del grado di vulnerabilità sociale di persone e famiglie;
- diffusione capillare del SST anche avvalendosi di collaborazioni con altri Servizi e con possibile diffusione di punti di accoglienza presso altre sedi come le Case della Salute;
- svolgere, con il coinvolgimento di ANCI, un'attività di ascolto, confronto e scambio di esperienze costante tramite il Coordinamento regionale dei SST anche attraverso coordinamenti tematici che meglio affrontino specifiche aree di lavoro del Servizio sociale;
- attivare percorsi formativi per gli operatori degli sportelli sociali e per gli altri operatori del SST i cui temi saranno oggetto di definizione in accordo con il Coordinamento regionale;
- sviluppare un sistema di monitoraggio della presa in carico (tempi e modalità).

Beneficiari:

I cittadini, persone singole, famiglie, gruppi e comunità che devono poter beneficiare di un servizio sociale territoriale diffuso capillarmente sul territorio che individui nello sportello sociale il punto unitario prevalente d'accesso, nel quale venga dato ascolto e risposta ai bisogni di: informazione, ascolto, orientamento, registrazione e primo filtro della domanda di accesso ai servizi.

Elementi di trasversalità/integrazione:

Il SST dovrà sempre più connotarsi come punto della rete che si integra e collabora con servizi di area sanitaria, socio sanitaria, Uffici Scolastici Territoriali, Istituti scolastici, Servizi Educativi rivolti all'infanzia, servizi per il lavoro, Enti e Uffici preposti alle politiche abitative, servizi giuridici. Il sistema integrato dei servizi deve essere in grado di ascoltare ed accogliere le richieste dei cittadini e indirizzarle verso i percorsi più adeguati ai bisogni emersi.

Indicatori:

1. rilevazione dotazione organica del SST;
2. N. ambiti distrettuali con SST unificato /N. ambiti distrettuali;
3. N. ambiti distrettuali nei quali il SST rispetti gli standard previsti da DGR 1012/2014 su dotazioni organiche e diffusione sportelli sociali;
4. evidenza percorsi formativi regionali realizzati rivolti al personale del SST.

Scheda 37 - QUALIFICARE IL SISTEMA DI ACCOGLIENZA E CURA RIVOLTO A BAMBINI, ADOLESCENTI E NEOMAGGIORENNI CON BISOGNI SOCIO-SANITARI COMPLESSI NELL'AMBITO DELLA PROTEZIONE E TUTELA

Razionale/Motivazione:

I servizi segnalano un crescente disagio in bambini e ragazzi che presentano problematiche sia sociali sia psicopatologiche e necessitano di risposte complesse dell'intera rete dei servizi poste a protezione delle nuove generazioni. Si tratta di minorenni in difficoltà, ed in particolare coloro che hanno subito forme di trascuratezza grave, maltrattamento e abuso, allontanati dalla famiglia, in stato di abbandono, inseriti in percorsi di giustizia civile e/o penale, che presentano disagio psichico e/o fisico, anche in ragione dei traumi subiti, ecc.

Negli ultimi anni sono state approvate diverse delibere regionali finalizzate a qualificare e regolamentare in modo omogeneo la tematica, in particolare la direttiva sulle comunità e l'affidamento familiare (la D.G.R. n. 1904/2011 e ss.mm), le Linee di linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso (DGR 1677/2013), la delibera per la ridefinizione degli accordi nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento (DGR 1102/2014). In tutti questi dispositivi normativi è evidenziata la necessità di intervenire in modo appropriato attraverso una presa in carico tempestiva ed integrata tra i diversi professionisti dei servizi sociali, educativi, sanitari appartenenti ad istituzioni differenti.

Dal monitoraggio effettuato in questi anni circa l'applicazione di suddetti dispositivi normativi emerge la necessità di dare completa applicazione alla norma rivisitandola alla luce della prima sperimentazione e mettendo a punto gli strumenti a sostegno dell'integrazione.

Descrizione:

I bambini e ragazzi che si trovano in affidamento a tempo pieno e in comunità residenziale senza la presenza della madre al 31 dicembre 2014 sono 2.569, pari a 3,6 ogni mille residenti minorenni (ultimi dati disponibili del flusso informativo SISAM-ER, che raccoglie i dati di attività dei servizi sociali territoriali degli Enti Locali). Le ragioni del collocamento protetto sono legate a gravi incapacità o inadeguatezza nello svolgimento delle funzioni protettive e di cura da parte del nucleo di origine e/o del contesto familiare e sociale allargato, come ad esempio nelle situazioni di minori vittime di violenza domestica, maltrattamento e abuso, grave trascuratezza, fino ad arrivare a situazioni estreme di "abbandono". Il numero è influenzato significativamente dalla componente dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) che meritano un'attenzione particolare. Si tratta principalmente di adolescenti di 14-17 anni, prevalentemente ragazzi prossimi alla maggiore età.

Per molti neomaggiorenni l'esperienza di accoglienza educativa non ha consentito il completamento di un percorso verso l'autonomia. La nuova condizione giuridica di maggior età spesso comporta una interruzione degli interventi ma non corrisponde ad un reale esercizio di autonomia psichica, economica, sociale, relazionale. Tutto ciò espone i ragazzi ad un maggior rischio di vulnerabilità psico-sociale e di traiettorie disadattive.

Azioni da sviluppare:

Approfondire lo studio dei casi di sofferenza psicosociale dei minorenni in ottica di possibile intervento di prevenzione ed aggiornare i sistemi informativi che rilevano la casistica potenziando il raccordo con i servizi territoriali al fine di ottimizzare gli strumenti di raccolta e analisi dei dati.

Mettere a punto i percorsi specifici già delineati dalla normativa per far fronte alle situazioni di particolare complessità che richiedono un'intensità di cura, tempestività e alta specializzazione, con la definizione di modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali, per la valutazione e la presa in carico, tra servizi sociali, educativi, sanitari (psicologia clinica, neuropsichiatria infantile, salute mentale, pediatra di libera scelta, medici di medicina generale, ecc.)

Monitorare l'attività dei *servizi residenziali e semiresidenziali* e l'aderenza dell'offerta alla evoluzione dei bisogni.

Monitorare le sperimentazioni di committenza socio-sanitaria-educativa interistituzionale integrata, anche avvalendosi di strumenti gestionali ed amministrativi comuni. La committenza sarà coordinata a livello delle CTSS che si avvarrà dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19). Realizzare, attraverso l'elaborazione dei dati raccolti, azioni di benchmarking, monitoraggio e valutazione al fine di avere dati di processo e di esito rispetto agli interventi attivati e di efficacia del sistema dei servizi.

Promuovere la formazione di base e specialistica congiunta per facilitare la conoscenza reciproca, il lavoro in comune ed una pratica che combini evidenze scientifiche ed esperienze sul campo in modo da garantire risposte appropriate in situazioni ad alta complessità.

Sperimentare approcci innovativi nel lavoro con le famiglie "negligenti" che favoriscono un loro protagonismo, sviluppino empowerment, promuovano la cura di situazioni di sofferenza psico-patologica, in ottica bio-psico-sociale anche attraverso la valorizzazione delle risorse comunitarie, (es. Programma Ministeriale di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione P.I.P.P.I., Modello dialogico, Family Group Conference, Famiglia aiutano Famiglie, ecc.).

Promuovere azioni di supporto e/o implementazione del protagonismo dei neomaggiorenni (Care Leavers Network), azioni a supporto dei bisogni di autonomia in collaborazione con i servizi territoriali, con il privato sociale e il volontariato

Sostenere l'attività del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza nel promuovere il Tutore volontario (legge 47 del 7 aprile 2017), che oltre ad essere riferimento e sostegno nell'autonomia del MSNA, può essere ulteriore elemento di continuità nell'accompagnamento negli anni successivi ai 18.

Beneficiari:

Bambini e ragazzi che si trovano in situazione di disagio grave e vulnerabilità, minori che vivono in contesti familiari disfunzionali e multiproblematici e per questo a rischio evolutivo. Neomaggiorenni in uscita da percorsi di protezione. Genitori e adulti significativi in condizioni di vulnerabilità personale e sociale e con limitazioni nell'esercizio delle competenze di cura. Professionisti dei servizi socio-sanitari ed educativi coinvolti nella tutela. Famiglie affidatarie, Enti gestori di comunità, Adulti Accoglienti, Enti del terzo settore.

Elementi di trasversalità/integrazione:

- collaborazione tra i diversi soggetti, pubblici e privati, che compongono la rete di protezione, nell'analisi del bisogno e nella programmazione di obiettivi di miglioramento del sistema di protezione, tutela ed accoglienza;

- definizione di modalità e strumenti di lavoro multidimensionali e multiprofessionali tra servizi sociali, educativi, neuropsichiatria infantile, dipartimenti cure primarie, case della salute, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, ospedali, sistema di accoglienza (Comunità educative, Famiglie Affidatarie, volontariato, ecc.);
- collaborazione con il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza.

Indicatori:

1. definizione di indicazioni specifiche per l'attuazione della DGR 1102/2014;
2. produzione di un documento di raccomandazioni di intervento per la prevenzione del grave disagio nella minore età;
3. costituzione dei coordinamenti tecnici a livello distrettuale (LR 14/08 art 19);
4. monitoraggio del numero di minori trattati (valutazione e progetto di intervento condiviso) tramite integrazione multiprofessionale (équipe/UVMM).

Scheda 38 - NUOVO CALENDARIO VACCINALE REGIONALE E ATTIVITÀ DI SUPPORTO E MIGLIORAMENTO DELLE COPERTURE VACCINALI

Razionale/motivazione

Le vaccinazioni rappresentano uno degli interventi di maggiore efficacia per la prevenzione primaria delle malattie infettive e sono uno strumento essenziale per la salute, soprattutto per l'infanzia e per i soggetti più deboli. Raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali è il mezzo per garantire il controllo di alcune importanti malattie infettive. L'intervento vaccinale da sempre è considerato uno degli interventi sanitari più costo efficaci che agisce positivamente sulla salute sia del singolo che della collettività. Le strategie vaccinali della Regione Emilia-Romagna sono sempre state premianti, avendo ottenuto la riduzione o la scomparsa delle malattie infettive prevenibili con la vaccinazione. Tuttavia negli ultimi anni si è registrato un calo nelle adesioni ai programmi vaccinali con una diminuzione delle coperture vaccinali al di sotto del 95%, percentuale di vaccinati che garantisce la miglior protezione a tutta la popolazione.

Con l'Intesa sancita in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 19 gennaio 2017, è stato approvato il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV) che prevede l'introduzione di nuove vaccinazioni nel calendario vaccinale nazionale, accanto ad azioni che vanno ad implementare la qualità e l'efficienza del processo vaccinale.

Obiettivo del Piano Nazionale è quello di armonizzare le strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione (indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socio-culturale) i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che di prevenzione collettiva.

Il mantenimento di elevate coperture vaccinali è un obiettivo molto importante al fine della tutela della salute della popolazione, e in particolare dei bambini e delle persone più fragili. Per contrastare il calo delle coperture vaccinali, fra le altre azioni adottate, la Regione Emilia-Romagna ha introdotto all'interno della legge n. 19/2016 "SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA. ABROGAZIONE DELLA L.R. N. 1 DEL 10 GENNAIO 2000", il comma 2 dell'articolo 6 che prevede quale requisito di accesso ai servizi educativi e ricreativi pubblici e privati l'aver assolto da parte del minore gli obblighi vaccinali prescritti dalla normativa vigente.

Il 7 giugno 2017 è stato emanato il Decreto-legge n. 73 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" che estende l'obbligo ad un numero maggiore di vaccinazioni e alla fascia di età 0-16 anni, coinvolgendo, oltre ai servizi educativi per l'infanzia, anche le scuole dell'infanzia e la scuola dell'obbligo.

Tale decreto dovrà essere trasformato in legge entro il 6 agosto 2017.

Descrizione:

La Regione Emilia-Romagna ha recepito il PNPV e ha adottato un piano di implementazione del calendario vaccinale. I vaccini previsti nel nuovo Piano sono stati ricompresi nei nuovi LEA recentemente approvati e rappresentano quindi un diritto esigibile da parte del cittadino per le tipologie di vaccino e le fasce di età previste dal piano stesso. Obiettivo della Regione è adottare le migliori strategie vaccinali al fine di garantire l'equità nell'accesso a un servizio di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza.

Dovrà inoltre essere garantita la corretta applicazione del Decreto-legge, con particolare riferimento all'uso di strumenti informatici per razionalizzazione l'emissione dei certificati vaccinali previsti per l'iscrizione a scuola e alla organizzazione dei recuperi dei bambini 0-16 anni non correttamente vaccinati nei tempi previsti dal Decreto.

Azioni da sviluppare:

Valutare l'impatto del nuovo calendario vaccinale e del recupero dei bambini 0-16 anni non correttamente vaccinati sui servizi delle Ausl. Per quanto riguarda il nuovo calendario vaccinale alcuni vaccini verranno offerti attivamente e gratuitamente dal 2017, mentre per altri l'offerta attiva sarà implementata nel corso del 2018.

Nel corso del 2017 verranno introdotte le vaccinazioni contro:

- la varicella in età pediatrica;
- il meningococco B in età pediatrica;
- il rotavirus ai neonati con fattori di rischio;
- la pertosse negli adulti e nelle donne in gravidanza;
- lo pneumococco alla coorte dei 65enni;
- il Papilloma Virus ai maschi dodicenni.

Nel corso del 2018 verrà estesa l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il rotavirus a tutti i nuovi nati; verrà inoltre introdotto il quinto richiamo della poliomielite insieme a dTpa nell'adolescente e la vaccinazione contro l'Herpes Zoster ai 65enni.

La Regione Emilia-Romagna, alla luce anche del calo delle coperture vaccinali registrato negli ultimi anni, ha promosso e sta promuovendo una serie di azioni:

- piano di comunicazione e informazione rivolto alla cittadinanza;
- attività di formazione rivolta agli operatori sanitari;
- azioni di sostegno alla attuazione della Legge n.19/2016 sui nidi d'infanzia e al Decreto-legge n. 73 mediante:
 - monitoraggio delle attività,
 - rilevazione delle eventuali criticità,
 - istituzione della casella di posta "infovaccinazioni" per rispondere alle domande da parte dei Comuni e dei gestori dei nidi,
 - sviluppo e implementazione di un sistema informatico per l'emissione dei certificati vaccinali con un modello standard regionale e valutazione automatica dell'idoneità vaccinale,
 - inserimento del certificato vaccinale aggiornato in tempo reale nel Fascicolo Sanitario Elettronico,
 - sorveglianza dei risultati mediante rilevazione delle coperture vaccinali,
 - attività della Commissione Regionale Vaccini,

- formazione rivolta agli operatori sanitari per aumentare la loro adesione alle vaccinazioni e la loro compliance nell'offerta di vaccinazione al pubblico.

Beneficiari:

Tutta la popolazione, con particolare riguardo alla fascia di età pediatrica e a quella anziana, alle persone più fragili per la presenza di patologie croniche.

Elementi di trasversalità/integrazione

Si prevede l'azione integrata con il Servizio Assistenza Distrettuale, Assistenza Ospedaliera e Servizi Sociali per favorire l'accesso anche alle fasce più svantaggiate della popolazione; va rafforzata l'implementazione della rete di collaborazione con i medici specialisti ospedalieri, con i medici di medicina generale e con i Pediatri di libera scelta.

Indicatori:

1. attuazione del nuovo calendario vaccinale e raggiungimento delle coperture vaccinali previste quali indicatori LEA;
2. monitoraggio delle vaccinazioni previste dalla norma vigente.

Scheda 39 – LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Razionale/Motivazione

La LR 2/2003 stabilisce che il Piano regionale degli interventi e servizi sociali definisca, sulla base del bisogno rilevato, le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi che costituiscono i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) da garantire, tenuto conto dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni individuati dallo stato.¹

Il precedente PSSR del 2008 ha posto al centro della programmazione la costruzione e il rafforzamento del sistema di governance integrato, sociale e sanitario. Attualmente la Regione e gli enti locali sono impegnati in un processo di riorganizzazione e di consolidamento del sistema distrettuale delle politiche sociali, finalizzato alla realizzazione di politiche e di servizi sociali territoriali di ambito distrettuale. Diventa essenziale analizzare il livello attuale e concreto di erogazione dei servizi, in tutti gli ambiti territoriali per valutare la capacità di risposta ai diritti dei cittadini delineati dalle leggi di settore.

Descrizione

I diritti sociali sono definiti dalla Costituzione, dalla legislazione sociale nazionale e regionale, dalla legislazione che ratifica i trattati internazionali, dalla normativa comunitaria (Carta dei diritti fondamentali dei cittadini dell'Unione europea). Le prestazioni che sostanziano i diritti sociali sono previste nella legislazione sociale nazionale (in particolare dalla Legge 328/2000), dalla legislazione sanitaria nazionale (in particolare DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA), dalla legislazione nazionale relativa alle prestazioni assistenziali dell'INPS, dalla legislazione sociale regionale. L'ASSR nel 2015 ha effettuato una ricognizione dei diritti sociali e dei LEPS a livello nazionale e regionale (Dossier n. 255).

Possiamo classificare i LEPS, operativamente, nella maniera seguente:

- LEPS intesi come garanzia della presenza di determinati servizi. La stessa Legge 328/2000 ha definito un elenco di servizi da prevedere comunque². La legislazione regionale ha introdotto altri servizi da assicurare a livello locale. Occorre ripensare il sistema regionale dei servizi riprogettandolo su base

¹ Legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" Art. 6 - Livelli essenziali delle prestazioni sociali, comma 2. "Il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali definisce, sulla base del fabbisogno rilevato, le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi, che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire, tenuto conto dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni individuati dallo Stato. La definizione dei livelli avviene sulla base dei bisogni rilevati, nel rispetto dei criteri di equità, efficacia ed appropriatezza, tenuto conto delle risorse del Fondo sociale regionale di cui all'articolo 46 e della compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni." comma 3. "La definizione dei livelli di cui al comma 2, è attuata previa concertazione con la Cabina di regia per le politiche sociali e sanitarie, sentita la Commissione assembleare competente."

² Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", Art. 22. -Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali – comma 4. "In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c) assistenza domiciliare;

distrettuale e integrando tutte le articolazioni dei servizi attorno al Servizio sociale territoriale di ambito distrettuale. Infatti il PSSR 2017-2019 prevede che “...nel primo triennio di vigenza dovrà essere completata la costituzione dei Servizi sociali territoriali di ambito distrettuale tramite la riorganizzazione dei servizi sociali”.

- LEPS intesi come prestazioni da erogare nei limiti di uno stanziamento definito. Si tratta di prestazioni che vengono solitamente definiti in ambito locale, ma che spesso sono previste anche nella legislazione regionale. Da una ricerca dell'ASSR del 2011 (Dossier n. 233) risulta che oltre l'80% degli ambiti distrettuali erogano il medesimo elenco di prestazioni. Si rende necessario un ulteriore impegno per garantire una presenza quanto più omogenea possibile dei servizi sul territorio e coerentemente favorire l'equità di accesso e la qualità delle prestazioni.
- LEPS che devono essere erogati per disposizioni di legge. Alcuni interventi sociali dei Comuni sono senz'altro da garantire per prescrizioni legislative (ad es. la presa in carico di minori privi di sostegni familiari) o disposizioni della magistratura (la tutela di persone non in grado di provvedere a se stesse).
- LEPS integrati con i LEA sanitari. Alcuni LEA sociosanitari sono a carico del FSN per una percentuale del costo.
- LEPS erogati dall'INPS: prestazioni assistenziali effettivamente esigibili, in presenza dei requisiti di accesso previsti.

Azioni da svolgere

- Costituzione di un gruppo di progetto finalizzato al monitoraggio della rete dei servizi e delle prestazioni.
- Rilevazione dei bisogni sociali, a partire dal Sistema informativo degli sportelli sociali, con il coordinamento degli Uffici di Piano che si avvalgono degli Uffici di Supporto alle CTSS.
- Identificazione dei flussi di spesa e della dinamica degli ultimi 5 anni, utilizzando prioritariamente la rilevazione dell'ISTAT sugli interventi e sulla spesa sociale dei Comuni e i dati di consuntivo di FRNA e FNA.
- Promozione di collaborazioni interistituzionali per la lettura integrata dei sistemi informativi, degli applicativi esistenti e delle banche dati, compreso il casellario dell'assistenza.

Beneficiari

Come prevede la legge regionale n. 2/2003, i beneficiari sono, sulla base della valutazione del bisogno personale e familiare, indipendentemente dalle condizioni economiche i cittadini italiani e dell'Unione europea, nel rispetto degli accordi internazionali vigenti, gli stranieri, gli apolidi, regolarmente soggiornanti ai sensi della normativa statale, nonché i minori stranieri o apolidi. L'assistenza ai soggetti di cui sopra è garantita dal Comune di residenza.

d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.”

Il diritto agli interventi ed alle prestazioni si estende alle persone occasionalmente presenti o temporaneamente dimoranti sul territorio regionale, limitatamente a quelli non differibili. L'assistenza è garantita dal Comune nel cui territorio si è manifestata la necessità d'intervento.

Elementi di trasversalità

Il tema dei LEPS interagisce fortemente con il sistema sanitario e con il sistema educativo e scolastico, ma ha anche forti implicazioni con il diritto alla casa, l'integrazione degli immigrati, il diritto al lavoro.

Indicatori

1. Monitoraggio dell'offerta di servizi e della spesa.
2. Costituzione gruppo di progetto.
3. Elaborazione di una analisi del livello attuale e concreto di erogazione dei servizi, in tutti gli ambiti territoriali distrettuali.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2017/1462

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1423 del 02/10/2017

Seduta Num. 36

OMISSIS

L'assessore Segretario

Costi Palma

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 2318 del 22/11/2019

Seduta Num. 43

Questo venerdì 22 **del mese di** novembre
dell' anno 2019 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Donini Raffaele	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Gazzolo Paola	Assessore
6) Petitti Emma	Assessore
7) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Bianchi Patrizio

Proposta: GPG/2019/2398 del 21/11/2019

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: MISURE A SOSTEGNO DEI CAREGIVER

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Luca Barbieri

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il Decreto Legislativo n.502/92 e successive modificazioni, con riferimento all'art.1, commi 1,2,3,7 e 8;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - Supplemento Ordinario n. 15;
- La Legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- La Legge Regionale 12 marzo 2003, n. 2, "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", e successive modifiche e integrazioni;
- La Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale";
- La Legge Regionale 28 marzo 2014, n. 2, "Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza)";
- La Legge Regionale 27 giugno 2014, n. 6 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere";
- La Legge Regionale 30 luglio 2015, n. 14 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari";

Richiamati:

- Il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza [...]" che prevedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e dei familiari, il coinvolgimento nella definizione del "Progetto di assistenza individuale" (PAI) e diversi interventi di supporto come l'educazione terapeutica a pazienti e caregiver, counselling per la gestione della malattia o della

disabilità e la prevenzione delle complicanze, gruppi di sostegno, supporto psicologico e sociale;

- Il "Piano Nazionale della Cronicità (PNC)" approvato il 15 settembre 2016 dalla conferenza Stato-Regioni e recepito con la propria deliberazione 05 aprile 2017, n. 429, nel quale vengono previsti il coinvolgimento del paziente e i suoi caregiver nel "patto di cura" e la valorizzazione della loro esperienza;
- La propria deliberazione 24 febbraio 2014, n. 220 così come modificata e integrata dalla propria deliberazione 21 luglio 2014, n. 1227 concernente "[...] percorsi relativi all'accudimento in ambito domiciliare di pazienti con bisogni assistenziali complessi";
- La propria deliberazione n. 771 del 23 febbraio 2015 "Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018..." e successiva propria deliberazione n. 788 del 28 maggio 2018 "Rimodulazione e proroga PRP a tutto il 2019", tra cui tra cui la scheda 4.2 "Azioni situate di promozione alla salute mentale e fisica nei confronti dei caregiver (badanti, donne precarie";
- Le Determinazioni n. 11114 del 12 luglio 2016 e n. 698 del 23 gennaio 2017 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare rispettivamente di costituzione del Gruppo di Lavoro regionale sul caregiving (L.R. 2/2014) e di successiva integrazione dei suoi componenti;
- La propria deliberazione 16 giugno 2017, n. 858 di adozione delle Linee attuative della Legge Regionale n. 2 del 28 marzo 2014 sul caregiver familiare;
- La propria deliberazione 2 ottobre 2017, n. 1423 di approvazione delle schede attuative di intervento del Piano sociale e sanitario 2017-2019, tra cui la scheda n. 5 "Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari", che prevede:
 - o la ricognizione e il coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a mettere a disposizione risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver;
 - o la definizione di un programma integrato per il riconoscimento e la valorizzazione del caregiver familiare, all'interno dei Piani di Zona;

- o la definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver;
 - o la pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate.
- La Nota della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, prot. n. PG/2018/0231761 del 03/04/2018, inviata alle Direzioni Generali delle Aziende USL e ai Presidenti delle CTSS per la costituzione dei Referenti aziendali/provinciali allo scopo di garantire il raccordo con i servizi regionali per le comunicazioni riguardanti sia l'applicazione delle Linee attuative sopracitate sia relative alle azioni di sensibilizzazione/formazione rivolte agli operatori sulle problematiche dei caregiver familiari;
- La propria deliberazione del 18 giugno 2019, n. 977 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2019" che prevede che le Aziende USL garantiscano la realizzazione, in ogni Distretto, di iniziative di formazione e sensibilizzazione rivolta agli operatori sanitari secondo le indicazioni regionali, anche in collaborazione con le associazioni di volontariato;
- le diverse iniziative condivise nell'ambito del Gruppo di Lavoro regionale sul caregiving relative in particolare:
- o alla formalizzazione del riconoscimento del caregiver anche attraverso una carta identificativa ("*CARD del caregiver*");
 - o elaborazione di un format unico per la stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) con identificazione chiara anche dei bisogni del caregiver;
 - o monitoraggio delle iniziative di formazione e informazione a favore dei caregiver nei diversi territori della regione;
 - o progettazione per la realizzazione di un Portale Web regionale di informazione e supporto al caregiver;
 - o adozione di validi strumenti di valutazione dello stress fisico e psichico del caregiver.
- la necessità di rafforzare gli interventi di supporto dei caregivers sia relativamente a sollievo e sostegno alla domiciliarità, sia relativamente alla valutazione del loro stato di salute;

Considerato che le iniziative e gli interventi succitati richiedono uno stanziamento di risorse che permetta alle Aziende

Sanitarie di garantirne la realizzazione, valutato in complessivi 7 milioni di euro;

Valutato che alcune delle iniziative e degli interventi di cui trattasi possono beneficiare di un approccio integrato di livello regionale, in particolare per quanto riguarda la realizzazione e/o la diffusione di strumenti informatici e la promozione della raccolta di informazioni sullo stato di salute dei caregiver;

Dato atto che le risorse necessarie alla copertura finanziaria degli interventi oggetto del presente provvedimento, pari alla somma complessiva di euro 7.000.000,00, sono reperibili nell'ambito dei fondi accantonati sulla Gestione Sanitaria Accentrata, come risulta dal Bilancio d'esercizio 2018 della GSA, approvato con propria deliberazione n. 850 del 31 maggio 2019, avente ad oggetto "Approvazione del Bilancio d'esercizio 2018 della Gestione Sanitaria Accentrata regionale e adempimenti connessi in ottemperanza al Decreto Legislativo n. 118/2011", in cui questa Giunta si riservava di assumere determinazioni in relazione all'utilizzo dei fondi accantonati;

Considerato che l'allegato 1 alla presente deliberazione riassume le iniziative e gli interventi da intraprendere per incrementare il livello di realizzazione degli obiettivi di cui alla legge regionale, dando ulteriori concretezza ai contenuti delle linee guida e al lavoro del gruppo di lavoro, nonché riportare la ripartizione dello stanziamento di cui sopra alle Aziende Sanitarie Locali, ripartizione effettuata sulla base della popolazione ultrasessantacinquenne, dei casi di gravi disabilità acquisita e della popolazione 14-65 anni, e al livello regionale per le iniziative da condurre a livello regionale;

Visti:

- la Legge Regionale n. 43 del 2001 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm.ii.;
- il D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;

Richiamate, inoltre, le proprie deliberazioni relative all'organizzazione dell'Ente Regione e alle competenze dei dirigenti regionali di seguito indicate:

- n. 193 del 27 febbraio 2015 "Contratto di lavoro ai sensi dell'art. 43 LR 43/2001 e affidamento dell'incarico di direttore generale "Sanità e Politiche Sociali";
- n. 628 del 29 maggio 2015 "Riorganizzazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali";
- n. 56 del 25 gennaio 2016 "Affidamento degli incarichi di Direttore generale della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 43 della L.R. 43/2001";
- n. 270 del 29 febbraio 2016 "Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 622 del 28 aprile 2016 "Attuazione seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 702 del 16 maggio 2016 "Approvazione incarichi dirigenziali conferiti nell'ambito delle Direzioni Generali - Agenzie - Istituto, e nomina dei responsabili della prevenzione della corruzione, della trasparenza e accesso civico, della sicurezza del trattamento dei dati personali, e dell'anagrafe per la stazione appaltante";
- n. 2344 del 21 dicembre 2016 "Completamento della riorganizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare";
- n. 3 dell'11 gennaio 2017 "Approvazione incarichi dirigenziali conferiti nell'ambito dell'Agenzia di Informazione e comunicazione, dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, della Direzione Generale Agricoltura, Caccia e Pesca e della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e riconoscimento retribuzione di posizione FR1super";

Richiamate infine le proprie deliberazioni:

- n. 2416 del 29 dicembre 2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera n. 450/2007" e ss.mm.ii, per quanto applicabile;
- n. 468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella regione Emilia-Romagna" e le circolari applicative del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;

- n. 122 del 28 gennaio 2019 di "Piano triennale di prevenzione della corruzione 2019-2021;
- n. 1123 del 16 luglio 2018 avente ad oggetto: "Attuazione Regolamento (UE) 2016/679: definizione di competenze e responsabilità in materia di protezione dei dati personali. Abrogazione Appendice 5 della delibera di Giunta regionale n. 2416/2008 e ss.mm.ii.";

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Al fine di garantire in modo uniforme sul territorio regionale la realizzazione degli interventi integrati rivolti al riconoscimento e al sostegno del caregiver familiare;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di prevedere un finanziamento pari a euro 7.000.000 per finanziare ulteriori interventi di sostegno al caregiving ed ai caregiver;
2. di approvare i contenuti di cui all'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto, relativamente alle linee di intervento e alla ripartizione dei fondi;
3. di demandare alla Direzione Cura della Persona Salute e Welfare la definizione operativa degli interventi che sono da ricondurre al livello regionale e delle indicazioni operative da fornire alle Aziende USL;
4. di assegnare la cifra di 6.700.000,00 euro alle Aziende USL della regione per la realizzazione degli interventi di cui all'allegato 1, con la ripartizione riportata in tabella 1 nel medesimo allegato, dando atto che le risorse necessarie alla copertura finanziaria degli interventi oggetto del presente provvedimento, comprensive di 300.000,00 euro per la realizzazione degli interventi previsti di competenza regionale, sono reperibili nell'ambito dei fondi accantonati sul Bilancio d'esercizio della Gestione Sanitaria Accentrata, approvato con propria deliberazione n. 850/2019;
5. di demandare al Gruppo di Lavoro regionale sul caregiving il monitoraggio periodico della attuazione del presente atto;

6. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

Allegato 1

Linee di intervento per il sostegno ai caregiver

Premessa

Le linee esposte qui di seguito sono state sviluppate tenendo conto dei risultati del gruppo di lavoro regionale sul caregiving e delle attività svolte all'interno del Sistema Sanitario Regionale.

La suddivisione fra interventi da realizzare prevalentemente a livello regionale o locale è stata effettuata a fini semplificatori, così come il non aver ripetuto per ogni singolo intervento la necessità di coinvolgere Comuni/Unioni di Comuni, l'associazionismo ed il volontariato, le Aziende, i gestori e le istituzioni locali, al fine di sviluppare concretamente interventi che rispondano al meglio alle necessità dei caregiver e ottimizzino l'utilizzo delle risorse delle comunità.

A) Linee di intervento da realizzare prevalentemente a livello regionale

1) Progettazione e realizzazione di un Portale Web regionale di informazione e supporto al caregiver.

Un tassello fondamentale per promuovere un sistema regionale di supporto ai caregiver, è rappresentato dalla creazione di un portale Web regionale che contenga tutte le informazioni relative ai diritti e ai benefici previsti per caregiver e persone non autosufficienti, i recapiti ed i riferimenti per i singoli distretti, la mappa dei servizi ed ogni ulteriore informazione utile per rendere più semplice, attraverso una migliore conoscenza, la esperienza dei caregiver.

L'esistenza di un portale dedicato potrà inoltre rappresentare una occasione di promozione di una maggiore uniformità sui territori e di diffusione di pratiche positive, in particolare servirà a valutare la possibilità di diffondere esperienze più avanzate in tema di gestione di informazioni a supporto del sostegno dei soggetti fragili e dei loro caregiver già realizzate a livello di singoli territori (es. distretto di Carpi).

Il portale dovrà poi essere pensato come strumento di informazione anche per gli operatori, per i quali potrà rappresentare la sede

di reperimento delle documentazioni uniche regionali, primo fra tutti il format di Piano di Assistenza Individuale unico regionale, che verranno sviluppate.

Il sistema del Portale web regionale necessiterà di terminali distrettuali per l'aggiornamento delle informazioni, ma dovrà essere sviluppato a livello regionale per garantire una unicità di approccio ed il rispetto di standard condivisi.

Fra i contenuti del Portale potranno rientrare anche i corsi di formazione FAD per caregiver ed operatori.

2) Formalizzazione del riconoscimento del caregiver anche attraverso una carta identificativa ("CARD del caregiver").

Un elemento imprescindibile per facilitare l'accesso del caregiver ai servizi sanitari sociali ed educativi è rappresentato dal riconoscimento della sua funzione di caregiver.

La possibilità di dotare tutti i caregiver di una Card di riconoscimento potrà essere realizzata a partire dai modelli già praticati dalla regione in altri contesti, da adeguare alle peculiari esigenze del caregiver.

Nei contesti già utilizzati (es. IFS) si è creato un portale, che in questo caso potrebbe essere una sezione del portale informativo dedicato ai caregiver, all'interno del quale il caregiver potrà registrarsi e produrre la propria card. Rispettando al massimo le esigenze di semplificazione, occorrerà considerare le specificità del caso al fine di individuare chiaramente informazioni da gestire e responsabilità.

Poiché è importante che la Card e le modalità di emissione siano univoche su tutto il territorio regionale, si ritiene che sia utile che tale attività sia realizzata direttamente a livello regionale, nel confronto con associazioni ed Aziende.

3) Elaborazione di un format unico per la stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) con identificazione chiara anche dei bisogni del caregiver.

Allo stato attuale i PAI utilizzati nelle diverse realtà locali presentano un elevato livello di eterogeneità.

Il lavoro di uniformazione verso un modello unico regionale andrà realizzato a partire dalla definizione di una componente comune a

tutti i PAI relativa alla figura del caregiver del soggetto assistito.

Il caregiver deve essere esplicitamente individuato, quando esiste, e deve essere coinvolto in modo attivo nel percorso di definizione, realizzazione e valutazione del progetto di vita e di cura della persona assistita, così come l'eventuale sostituto individuato, e condividere il piano individualizzato (Piano Assistenziale Individualizzato - PAI, Piano Educativo Individualizzato - PEI, ecc.)

La sezione del PAI dedicata al caregiver deve segnalare i bisogni e i rischi di salute relativi ed definire le principali necessità di supporto a partire dalle quali andare alla progettazione e realizzazione di modalità personalizzate di sostegno.

4) Definizione di validi strumenti di valutazione dello stress fisico e psichico del caregiver.

L'esistenza di un vero e proprio burden del caregiver, inteso come una condizione di minor stato di benessere e di effetti negativi sullo stato di salute fisico e mentale associato allo stato di caregiver, è testimoniato dai risultati di numerosi studi che hanno comparato, utilizzando varie metodologie, i caregiver ai non caregiver.

Le dimensioni esplorate, con strumenti ed indicatori diversi, hanno riguardato sia misure globali del livello di salute, sia variabili fisiologiche, sia abitudini di vita correlate a rischi specifici e generali per la salute. Relativamente alla dimensione mentale e psicologica, oltre alle condizioni di depressione, ansia e stress, anche il benessere soggettivo, la valutazione degli aspetti positivi del caregiving e la capacità di essere efficaci nei diversi contesti relazionali.

La definizione di una metodologia di valutazione univoca a livello regionale, non finalizzata alla ricerca, ma alla presa in carico del caregiver da parte del sistema sanitario, passa comunque attraverso la individuazione di un metodo e di strumenti semplici e validati/validabili da condividere con i diversi soggetti coinvolti e da testare nella specifica realtà regionale prima di prevederne l'utilizzo diffuso.

Anche in questo caso il lavoro di individuazione e test degli strumenti deve essere condotto a livello regionale coinvolgendo oltre ai professionisti e alle associazioni anche gli Atenei.

5) Realizzazione di una indagine di Sanità Pubblica sui rischi di salute specifici che gravano sui caregiver.

Fare il punto sui rischi di salute dei caregiver nella nostra regione rappresenta un ulteriore impegno che occorre assumere per poter orientare gli interventi sanitari a tutti i livelli, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nel modo maggiormente rispondente a quelle che sono le effettive esigenze dei nostri cittadini.

A partire dalle esperienze già fatte in progetti di sorveglianza che hanno riguardato altre fasce di popolazione, verrà sviluppata una metodologia univoca regionale che verrà applicata su tutto il territorio regionale a partire dal 2020.

6) Diffusione di una attenzione allo stato di caregiver con particolare attenzione ai professionisti sanitari e realizzazione di una campagna informativa regionale.

Una delle problematiche che caregiver e loro associazioni lamentano è legata alla scarsa consapevolezza che, del loro ruolo e dei loro bisogni, si ha a livello sociale nonché nell'ambito del servizio sanitario.

Gli interventi che mirano a rafforzare il riconoscimento della figura e il maggior livello di coinvolgimento nella pianificazione cure della persona non autosufficiente contribuiranno a rendere maggiormente consapevoli popolazione generale e professionisti del ruolo del caregiver.

Si ritiene però necessario avviare interventi di tipo comunicativo ed informativo per entrambi i livelli, popolazione generale e professionisti, sia attraverso campagne, che utilizzando strumenti più specifici. In tale secondo caso si perseguirà l'obiettivo di promuovere una maggiore attenzione allo stato di caregiver da parte dei professionisti sanitari al fine di garantire una maggiore consapevolezza nella individuazione delle condizioni di rischio e di patologia che più frequentemente si associano a tale situazione. Ulteriore specifica attenzione formativa ed informativa andrà rivolta ai professionisti di ambito sociale e socio-sanitario.

7) Monitoraggio delle iniziative di formazione ed informazione a favore dei Caregiver

A partire dalla approvazione delle Linee Guida 2017 sono state realizzate diverse iniziative formative ed informative a favore dei caregiver.

Nel corso del 2020 verrà realizzata una attività di monitoraggio e di condivisione dei materiali sviluppati, mirante anche alla realizzazione di corsi FAD o comunque di disponibilità sul Portale web dedicato ai caregiver di materiali utili a caregiver ed operatori.

8) Predisposizione di accordi quadro relativi al supporto dei giovani caregiver in ambito scolastico ed universitario

Le linee guida di cui alla DGR 858/2017 individuavano la necessità di porre particolare attenzione alla condizione dei giovani caregiver, con particolare riferimento alla necessità di definire modalità che ne facilitassero il percorso formativo e le successive opportunità lavorative. Alcune realtà regionali hanno sviluppato progetti in tal senso, ma si ritiene indispensabile addivenire, nel corso del 2020, alla predisposizione di accordi quadro con l'Ufficio Scolastico Regionale e gli Atenei regionali, che tengano conto delle specifiche difficoltà di questi studenti e prevedano strumenti specifici per il loro superamento. In particolare, per gli studenti universitari, andrà previsto il consolidamento di agevolazioni per l'accesso alle lauree magistrali che prevedano punteggio soglia, il riconoscimento delle competenze trasversali acquisite nel lavoro di cura e la possibilità di allungare il proprio percorso di studi nella forma di percorso part time senza penalizzazioni.

B) Linee di intervento da realizzare a livello Aziendale

1) Progettazione di interventi di sostegno al caregiver.

L'elemento di maggior rilievo, cui viene dedicata la quasi totalità delle risorse stanziare con il presente atto, è rappresentato dalla progettazione di interventi altamente personalizzati di sostegno ai caregiver che assistono i loro congiunti a domicilio.

Le difficoltà dei caregiver sono legate soprattutto alla necessità di trovare risposte flessibili alle necessità di sollievo, in modo da godere di tempi liberi e poter recuperare energie mentali e fisiche così duramente messe alla prova. Un ulteriore elemento molto importante è rappresentato dalla necessità di poter contare su un rapido supporto nelle situazioni di temporanea impossibilità ad assistere per malattia o altri eventi non programmabili.

Nelle singole realtà distrettuali sono state, come testimoniato dai contenuti dei Piani di Zona, previste iniziative innovative in questo ambito.

La stanziamento che viene ripartito nella tabella 1 dovrà essere indirizzato alla sviluppo di interventi di sollievo e supporto che, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, permettano di fornire risposte quanto più personalizzate ai bisogni dei singoli caregiver, pur afferendo a tipologie relativamente uniformi di servizio/risposta.

A tal fine riveste carattere prioritario la individuazione per ogni ambito distrettuale dei percorsi e dei riferimenti offerti al caregiver, da inserire nel Portale web, con l'obiettivo di realizzare un ascolto attento delle necessità e progettare le soluzioni più idonee.

Azienda USL	Assegnazioni
Azienda USL di Piacenza	430.816
Azienda USL di Parma	680.732
Azienda USL di Reggio Emilia	805.978
Azienda USL di Modena	1.064.733
Azienda USL di Bologna	1.323.648
Azienda USL di Imola	200.417
Azienda USL di Ferrara	507.414
Azienda USL della Romagna	1.686.261
Totale	6.700.000

Tabella 1: assegnazioni per ogni Azienda USL

2) Realizzazione di iniziative di formazione e informazione a favore dei caregiver

A livello aziendale dovranno continuare le iniziative formative ed informative avviate già negli scorsi anni. Le attività di cui al punto A7 permetteranno di elevare il livello di qualità ed accessibilità del sistema formativo ed informativo, riducendone i costi e permettendo di ampliare la platea degli utilizzatori.

Per permettere il monitoraggio delle attività svolte e la condivisione di contenuti ed esperienze, le Aziende dovranno inviarne un resoconto semestrale al Servizio Assistenza Territoriale della Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Luca Barbieri, Responsabile del SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2019/2398

IN FEDE

Luca Barbieri

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2019/2398

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 2318 del 22/11/2019

Seduta Num. 43

OMISSIS

L'assessore Segretario

Bianchi Patrizio

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi

REGIONE EMILIA-ROMAGNA**Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 1789 del 02/11/2021

Seduta Num. 50

Questo martedì 02 **del mese di** novembre
dell' anno 2021 **si è riunita in** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Schlein Elena Ethel	Vicepresidente
3) Calvano Paolo	Assessore
4) Colla Vincenzo	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Donini Raffaele	Assessore
7) Felicori Mauro	Assessore
8) Lori Barbara	Assessore
9) Mammi Alessio	Assessore
10) Priolo Irene	Assessore
11) Salomoni Paola	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Corsini Andrea

Proposta: GPG/2021/1842 del 26/10/2021

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: VICEPRESIDENTE ASSESSORE A CONTRASTO ALLE DISEGUAGLIANZE E
TRANSIZIONE ECOLOGICA: PATTO PER IL CLIMA, WELFARE, POLITICHE
ABITATIVE, POLITICHE GIOVANILI, COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
ALLO SVILUPPO, RELA

Oggetto: APPROVAZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE PER L'UTILIZZO DELLE
RISORSE DEL "FONDO NAZIONALE PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI
CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE ANNUALITÀ 2018-2019-
2020". RIPARTO, ASSEGNAZIONE E CONCESSIONE ALLE AZIENDE USL.

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Fabia Franchi

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- la legge 27 dicembre 2017, n. 205, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2020» e, in particolare, l'art. 1, comma 254, che istituisce presso la Presidenza del Consiglio dei ministri il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare con una dotazione iniziale di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020, destinata alla copertura finanziaria di interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare;
- l'art. 1, comma 255, della citata legge 30 dicembre 2017, n. 205, il quale definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, di un familiare o di un affine entro il secondo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata, o sia titolare di indennità di accompagnamento;
- l'art. 3, comma 4, lettera f), del decreto-legge del 12 luglio 2018, n. 86, recante «Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri dei beni e delle attività culturali e del turismo, delle politiche agricole alimentari e forestali e dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, nonché in materia di famiglia e disabilità», convertito con modificazioni dalla legge 9 agosto 2018, n. 97;
- la legge 30 dicembre 2018, n. 145, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021» che, all'art. 1, comma 483, ha previsto l'incremento del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare di cinque milioni di euro per ciascuno degli anni 2019, 2020 e 2021;
- il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 23 dicembre 2019 concernente l'approvazione del bilancio di previsione della Presidenza del Consiglio dei ministri per l'anno finanziario 2020 dal quale risulta che la dotazione

del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare è pari ad euro 23.856.763,00;

- la legge 27 dicembre 2019, n. 160, recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022";
- il decreto del Segretario generale della Presidenza del Consiglio dei ministri n. 62/BIL del 3 aprile 2020 con il quale sono state riassegnate le residuali disponibilità di competenza al 31 dicembre 2019, pari a euro 44.457.899,00, sul capitolo di spesa 861, per l'esercizio finanziario 2020;
- la delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020, recante «Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili»;
- i successivi provvedimenti, nazionali e regionali, con i quali si è provveduto a dettare disposizioni necessarie a contenere e gestire la pandemia da COVID-19;

Visto il decreto del Ministro per le pari opportunità e la famiglia, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, del 27 ottobre 2020 recante "Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020" e relativi allegati, pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 22 gennaio 2021;

Atteso che il suddetto decreto ripartisce le risorse del Fondo alle Regioni che devono utilizzarle per interventi di sostegno destinati al caregiver familiare, dando priorità alle fattispecie indicate all'articolo 1, comma 2 e di seguito riportate:

- ai caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'articolo 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 novembre 2016, n. 280), recante "Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, anno 2016", tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'articolo 3, del medesimo decreto;
- ai caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali;

- a programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita.

Dato atto che, come previsto dal decreto del Ministro per le pari opportunità e la famiglia, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, del 27 ottobre 2020, sopra richiamato, è necessario:

- approvare, nell'ambito della generale programmazione di integrazione sociosanitaria e nell'ambito della programmazione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze e del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver, specifici indirizzi integrati di programmazione per l'attuazione degli interventi di cui all'art. 1 del Decreto del 27 ottobre 2020, nel rispetto del modello organizzativo regionale e di confronto con le autonomie locali, prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità;
- approvare la ripartizione agli ambiti territoriali delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020;
- assegnare e concedere alle Aziende USL le somme a fianco di ciascuno indicate per un totale pari ad euro 5.342.206,57 come specificato nel medesimo Allegato 2 parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- garantire il monitoraggio sull'utilizzo delle risorse secondo le modalità indicate dall'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con particolare riferimento agli interventi realizzati, i trasferimenti effettuati e le attività finanziate a valere sulle risorse del "Fondo nazionale caregiver".

Viste:

- la legge regionale 28 marzo 2014, n. 2, "Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza);
- la propria deliberazione 16 giugno 2017, n. 858 avente ad oggetto "Adozione delle linee attuative della Legge regionale n.2 del 28 marzo 2014 "Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura ed assistenza)";
- la propria deliberazione 2 ottobre 2017, n. 1423 di approvazione delle schede attuative di intervento del Piano sociale e sanitario 2017-2019, tra cui la scheda n. 5

"Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari";

- la propria deliberazione 22 novembre 2019, n. 2318 recante "Misure a sostegno dei caregiver" con cui sono state definite le linee di intervento e sono stati stanziati 7 milioni di euro per la realizzazione degli interventi per il sostegno ai caregiver;
- la determinazione del Direttore generale cura della persona, salute e welfare 10 settembre 2020, n. 15465 che ha approvato le "Schede e gli strumenti tecnici per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare ai sensi della DGR 2318/19" elaborati dal gruppo di lavoro regionale per promuovere omogeneità di approccio nei confronti del caregiver familiare.

Considerato che la situazione di profondo disagio sociale ed economico che si è verificata nel corso della fase più acuta dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e che continuerà a produrre effetti anche nelle fasi successive, nonché le evidenti ripercussioni di natura socioeconomica che colpiscono, principalmente, i soggetti in situazione di particolare fragilità, rendono prioritario e necessario intervenire a sostegno, nell'immediato, della figura del caregiver familiare, così come individuata dall'articolo 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205, mediante l'utilizzo del Fondo istituito dal sopra citato articolo 1, comma 254, della legge 30 dicembre 2017, n. 205, per interventi a carattere sperimentale anche tenuto conto della contingente situazione emergenziale;

Ritenuto che la valorizzazione delle attività di cura e di assistenza del caregiver familiare debba inserirsi prioritariamente nel contesto di valutazione multidimensionale e presa in carico delle persone non autosufficienti e/o con disabilità, con il riconoscimento del ruolo del caregiver all'interno del progetto personalizzato;

Valutato necessario integrare l'utilizzo delle risorse del "Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare" nell'ambito del percorso di attuazione della Legge regionale 2/2014 per il riconoscimento e il sostegno de caregiver familiare e degli atti di indirizzo regionali sopra richiamati, al fine di ampliare e strutturare maggiormente le opportunità di sostegno previste nell'ambito della programmazione regionale per rispondere ai bisogni specifici dei caregiver familiari;

Rilevato che gli elementi essenziali degli indirizzi regionali per l'utilizzo del fondo nazionale sono stati presentati nell'incontro del 4 marzo 2021 del "Gruppo regionale caregiver" - attivo presso la Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna - in cui sono rappresentate

le principali associazioni regionali delle persone con disabilità aderenti alla Federazione italiana per il superamento dell'handicap (FISH) E-R e alla Federazione tra le associazioni nazionali delle persone con disabilità (FAND) E-R, associazioni di rappresentanza dei caregiver, associazioni di rappresentanza delle persone con demenza, rappresentanti di ANCI-ER e delle Organizzazioni sindacali, tecnici dei Comuni/Unioni e delle ASL.

Stabilito di assegnare e concedere alle Aziende USL complessivamente euro 5.342.206,57 sul capitolo n. 57197 "TRASFERIMENTO AGLI ENTI LOCALI E ALLE AUSL PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DE CAREGIVER FAMILIARE (art. 1 comma 254, Legge 27 dicembre 2017, n. 2025; DPCM 27 ottobre 2020) - MEZZI STATALI" del bilancio finanziario gestionale 2021-2023, anno di previsione 2021, che presenta la necessaria disponibilità;

Ritenuto di effettuare la ripartizione sulla base di indicatori di carattere demografico, ripartendo, in proporzione alla popolazione residente al 1/1/2021 uguale o superiore a 18 anni nella misura del 50% e alla popolazione residente al 1/1/2021 uguale o superiore a 75 anni nella misura del 50%, la suddetta quota complessiva di finanziamento statale pari a euro 5.342.206,57;

Preso atto della "Programmazione regionale per il triennio 2019-2021 del Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA)" approvata con la propria deliberazione n. 130/2021;

Dato atto della nota Prot. n. 0243813.U del 19/03/2021 inviata al Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri ai fini del trasferimento delle risorse assegnate come specificato all'art. 3, comma 4, del decreto del 27 ottobre 2020, per la preventiva verifica della coerenza degli interventi con le finalità di cui all'art. 1 del decreto stesso, recante gli specifici indirizzi di programmazione, la tipologia degli interventi previsti e il piano di massima delle attività per la realizzazione degli interventi da finanziare con il fondo nazionale ai fini della valorizzazione del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare;

Dato atto, inoltre, che la Regione ha ottemperato a quanto disposto dall'art. 3, comma 4, del decreto del 27 ottobre 2020 per ricevere l'erogazione del finanziamento e ritenuto pertanto di accertare con il presente provvedimento la somma di Euro 5.342.206,57;

Specificato, in particolare sulla base di quanto previsto dal programma regionale di cui all'allegato 1, che:

- le risorse del "Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare" dovranno essere utilizzate esclusivamente a favore dei caregiver familiari, secondo i criteri di priorità individuati dal decreto

ministeriale del 27 ottobre 2020 e richiamati nel programma regionale di cui all'allegato 1;

- l'utilizzo delle risorse del "Fondo nazionale caregiver" da parte delle Aziende USL regionali e degli ambiti distrettuali dovrà avvenire in modo integrato con le risorse del "Fondo regionale caregiver (di cui alle proprie deliberazioni n. 2318/19 e n. 1005/20), nel rispetto dei vincoli e delle priorità di utilizzo indicate;
- relativamente alla linea di intervento "sostegno economico tramite assegno di cura", in ogni ambito distrettuale i Comuni e le Aziende USL dovranno garantire che l'erogazione degli assegni di cura regionali per gli anziani non autosufficienti e le persone con disabilità grave e gravissima sia assicurata nel rispetto delle indicazioni contenute nel Programma regionale di cui alla presente deliberazione, fatta salva la possibilità che - con successivi atti e/o circolari - siano introdotti a livello regionale ulteriori criteri di regolazione per garantire equità, omogeneità, efficacia e sostenibilità di intervento su tutto il territorio regionale;
- le Aziende USL regionali dovranno garantire la gestione delle risorse del "Fondo nazionale caregiver" con contabilità separata nell'ambito del proprio bilancio, nel rispetto delle assegnazioni per ciascun ambito distrettuale sulla base della programmazione definita dai Comuni in sede di Comitato di Distretto;
- la programmazione e la rendicontazione delle risorse di cui alla presente deliberazione dovrà essere effettuata, dalle Aziende USL e dagli Uffici di Piano attraverso il sistema di monitoraggio del Fondo Regionale della Non Autosufficienza (FRNA), e attraverso le modalità che saranno indicate dall'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- le Aziende USL, attraverso gli Uffici di Piano, dovranno garantire il monitoraggio sull'attuazione del programma e sulla rendicontazione della spesa seguendo le modalità indicate nel Decreto del 27/10/2020 e successive eventuali indicazioni del competente Ufficio della Presidenza del Consiglio dei Ministri che saranno comunicate agli ambiti territoriali dal Dirigente regionale competente;

Ritenuto di dare mandato al competente servizio della Direzione generale cura della persona, salute e welfare per l'adozione dei successivi atti e delle iniziative necessarie all'attuazione di quanto disposto con la presente deliberazione;

Preso atto che la procedura dei conseguenti pagamenti che saranno disposti in attuazione del presente atto a valere per

l'anno 2021, è compatibile con le prescrizioni previste all'art. 56, comma 6, del citato D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.;

Visti:

- il D.lgs. n. 118/2011 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" e ss.mm.ii., ed in particolare il titolo II, art. 20;
- la L.R. n. 40/2001 "Ordinamento contabile della Regione Emilia-Romagna, abrogazione delle L.R. 6 luglio 1977, n. 31 e 27 marzo 1972, n. 4", per quanto applicabile;
- la L.R. n. 43/2001 "Testo Unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm.ii.;
- la Legge 16 gennaio 2003, n. 3 avente per oggetto "Disposizioni ordinamentali in materia di Pubblica Amministrazione"; ed in particolare l'art.11 "Codice unico di progetto degli investimenti pubblici";

Considerato che, sulla base delle valutazioni effettuate al competente Servizio, per la fattispecie qui in esame non sussiste in capo alla Regione l'obbligo di cui all'art. 11 della Legge n. 3/2003 in quanto il Codice Unico di Progetto - non richiesto per i trasferimenti di risorse tra Amministrazioni pubbliche - dovrà eventualmente essere acquisito, ove necessario, da parte degli Enti competenti responsabili degli interventi in sede di utilizzo delle somme qui assegnate;

- la Legge 13 agosto 2010, n. 136 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" e ss.mm.ii., ed in particolare l'art. 3 "Tracciabilità dei flussi finanziari";
- il Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159, "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 3 agosto 2010, n. 136" e ss.mm.ii., ed in particolare l'art. 83, comma 3 - lett. e);
- il Decreto Legislativo D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii., ed in particolare l'art. 22;
- la circolare protocollo PG/2011/148244 del 16 giugno 2011 inerente alle modalità tecnico-operative e gestionali relative alla tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla predetta legge n. 136/2010;

- la Determinazione dell'Autorità di vigilanza sui Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture n.4 del 7 luglio 2011 recante "Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136" e successive modifiche;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 2416/2008 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modificazioni;
- n. 468/2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni;
- n. 2013/2020 "Indirizzi organizzativi per il consolidamento e il potenziamento delle capacità amministrative dell'ente per il conseguimento degli obiettivi del programma di mandato, per fare fronte alla programmazione comunitaria 2021/2027 e primo adeguamento delle strutture regionali conseguenti alla soppressione dell'IBACN";
- n. 2018/2020 "Affidamento degli incarichi di Direttore generale della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 43 della L.R. 43/2001 e ss.mm.ii.;
- n. 771/2021 "Rafforzamento delle capacità amministrative dell'ente. Secondo adeguamento degli assetti organizzativi e linee di indirizzo 2021";
- n. 111 "Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Anni 2021-2023", ed in particolare l'allegato D "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione 2021- 2023";

Viste altresì le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;

Richiamate:

- la L.R. 29 dicembre 2020, n. 12 avente ad oggetto: "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2021-2023 (Legge di stabilità regionale 2021)";

- la L.R. 29 dicembre 2020, n. 11 avente ad oggetto: "Disposizioni collegate alla legge regionale di stabilità per il 2021";
- la L.R. 29 dicembre 2020, n. 13 avente ad oggetto: "Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2021-2023";
- la propria deliberazione 28 dicembre 2020, n. 2004 "Approvazione del Documento tecnico di accompagnamento e del Bilancio finanziario gestionale di previsione della Regione Emilia-Romagna 2021-2023";
- la L.R. 29 luglio 2021, n. 9 "Assestamento e prima variazione al bilancio di previsione della regione Emilia-Romagna 2021-2023";
- la L.R. 29 luglio 2021, n. 8 "Disposizioni collegate alla legge di assestamento e prima variazione generale al bilancio di previsione della regione Emilia-Romagna 2021-2023";
- la propria deliberazione 26 luglio 2021, n. 1193 "Aggiornamento del Documento tecnico di accompagnamento e del Bilancio finanziario gestionale di previsione della Regione Emilia-Romagna 2021-2023";

Richiamate le determinazioni dirigenziali n. 20897 del 12/11/2020 "Conferimento dell'incarico di responsabile del Servizio Assistenza territoriale della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare" e n. 10257 del 31/05/2021 di "Conferimento incarichi dirigenziali nell'ambito della Direzione Generale Politiche Finanziarie";

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri e dei visti di regolarità contabile allegati;

Su proposta della Vicepresidente Assessore a Contrasto alle diseguaglianze e transizione ecologica: Patto per il clima, Welfare, Politiche abitative, Politiche giovanili, Cooperazione internazionale allo sviluppo, Relazioni internazionali, Rapporti con l'UE, Elly Schlein e su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute Raffaele Donini;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di approvare il Programma regionale per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare (anni 2018-2019-2020), trasmesso con nota Prot. n. 0243813.U del 19/03/2021 al Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza

del Consiglio dei Ministri per la verifica di coerenza degli interventi previsti con le finalità di cui all'art. 1 del Decreto ministeriale 27 ottobre 2020 ai fini del trasferimento delle risorse assegnate alla Regione Emilia-Romagna e riportato nell'allegato 1 parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2. di approvare la ripartizione alle Aziende USL delle risorse del "Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare", di cui all'art. 1, comma 255, per le annualità 2018-2019-2020 pari complessivamente a euro 5.342.206,57 così come indicato nell'Allegato 2 parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di assegnare e concedere alle Aziende USL le somme a fianco di ciascuna indicate per un totale pari ad euro 5.342.206,57 come specificato nel medesimo Allegato 2 parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
4. di impegnare la somma complessiva pari euro 5.342.206,57 registrata al numero di impegno **10490** sul capitolo **n. 57197** "TRASFERIMENTO AGLI ENTI LOCALI E ALLE AUSL PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DE CAREGIVER FAMILIARE (art. 1 comma 254, Legge 27 dicembre 2017, n. 2025; Decreto ministeriale 27 ottobre 2020) - MEZZI STATALI" del bilancio finanziario gestionale 2021-2023, anno di previsione 2021, approvato con propria deliberazione n. 2004/2020 e successive modificazioni, che presenta la necessaria disponibilità;
5. di accertare, a fronte dell'impegno assunto al punto 4 che precede, a valere sul finanziamento previsto dal Decreto del Ministro per le pari opportunità e la famiglia, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, del 27 ottobre 2020 "Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020", la somma complessiva di euro 5.342.206,57 registrata al numero 2529 di accertamento sul capitolo **8954** "ASSEGNAZIONE DELLO STATO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E DI ASSISTENZA DE CAREGIVER FAMILIARE (art. 1 comma 254, Legge 27 dicembre 2017, n. 2025; Decreto ministeriale 27 ottobre 2020)" del Bilancio finanziario gestionale 2021-2023, anno di previsione 2021, quale credito nei confronti della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
6. di dare atto che, che in attuazione del D.Lgs. n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni la stringa concernente la codificazione della transazione elementare, come definita dal citato decreto, è la seguente:

Mission	Programma	Codice Economico	COFOG	Transazioni UE	Cod. gestionale SIOPE	C.I. spesa	Gestione sanitaria
12	02	U.1.04.01.02.011	10.1	8	1040102011	3	4

7. di stabilire che la programmazione e la rendicontazione delle risorse di cui alla presente deliberazione dovrà essere effettuata dalle Aziende USL e dagli Uffici di Piano attraverso il sistema di monitoraggio della non autosufficienza e attraverso le modalità previste dall'Ufficio preposto della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
8. di dare mandato al Dirigente regionale competente della Direzione generale cura della persona, salute e welfare per l'adozione dei successivi atti e la definizione di indicazioni operative per l'utilizzo del fondo nazionale caregiver in un quadro di coerenza e continuità con il percorso avviato a livello regionale per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare in attuazione della LR. 2/2014;
9. di dare atto che si provvederà alle ulteriori pubblicazioni previste dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, ai sensi dell'art. 7 bis, comma 3, del D.lgs. n. 33 del 2013 e ss.mm.ii.;
10. di pubblicare infine il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

ALLEGATO 1

Programma regionale per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del Caregiver familiare (anni 2018-2019-2020)

Vengono di seguito definite le linee di programmazione e utilizzo del Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare (anni 2018-2019-2020) in attuazione del Decreto del 27 ottobre 2020 "*Criteri e modalità di utilizzo del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020*" del Ministro per le pari opportunità e la famiglia di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali. (GU n.17 del 22 gennaio 2021).

1. Premessa

L'avvio del percorso regionale di utilizzo del Fondo nazionale per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare (di seguito abbreviato "Fondo nazionale caregiver") avviene in un contesto ancora caratterizzato dall'emergenza epidemiologica da COVID-19, che dai primi mesi del 2020, ha investito il territorio regionale.

Per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica sono stati adottati a livello regionale varie azioni e provvedimenti, alcuni dei quali riguardano nello specifico il settore socio-sanitario e la tutela delle persone non autosufficienti – anziani non autosufficienti e disabili gravi e gravissimi – che sono particolarmente vulnerabili rispetto alla malattia COVID-19.

Sul versante della domiciliarità, nelle fasi iniziali dell'emergenza, in attuazione del Decreto del Presidente della Giunta regionale dell'8 marzo 2020, al fine di prevenire il rischio di contagio nell'ambito della rete dei servizi socio-sanitari per anziani e persone con disabilità, i Comuni e le Aziende USL, in collaborazione con gli Enti Gestori, hanno provveduto – dal 10 marzo 2020 – a sospendere su tutto il territorio regionale le attività dei centri diurni per le persone anziane e quelle dei centri socio-riabilitativi e sociooccupazionali diurni per disabili incentivando, il più possibile nei limiti consentiti dall'emergenza, interventi domiciliari.

La sospensione dell'attività dei centri diurni e la contestuale attivazione di servizi compensativi sono state confermate anche a livello nazionale dagli articoli 47 e 48 del Decreto Legge 17 marzo 2020, n.18 (cd. Decreto "Cura Italia"). Per rendere operative le indicazioni delle norme citate e rispondere ai bisogni delle persone anziane e con disabilità, fin dalle prime fasi dell'emergenza, la Regione ha promosso un confronto costante con Enti locali, Enti gestori, parti sociali e Federazioni regionali delle associazioni delle persone con disabilità.

A partire dalla cosiddetta fase 2 dell'emergenza COVID 2019 è stato quindi avviato, con DGR 526/2020, un processo per la riattivazione e rimodulazione della rete dei servizi socio-sanitari, in primo luogo con una ripresa graduale delle attività dei centri diurni per le persone con disabilità, così come previsto dall'articolo 8 del DPCM 26 aprile 2020.

La riorganizzazione delle attività è poi proseguita con il Decreto n.109 del 12/06/2020 Allegato 5 "Indicazioni per l'accesso di visitatori ed operatori esterni alle strutture residenziali per anziani e disabili" e con il Decreto n.113 del 17/06/2020, in particolare per quanto riguarda le "Indicazioni per la ripresa graduale e in sicurezza delle attività dei centri diurni per anziani" e le "Indicazioni per l'accesso degli utenti alle strutture residenziali per anziani e disabili".

La quarantena prolungata e la sospensione di alcuni servizi hanno incrementato le difficoltà dei caregiver nella gestione delle persone non autosufficienti e con disabilità gravi e gravissime, ad esempio di quelle affette da demenza o da altre malattie degenerative che comportano un deterioramento cognitivo, persone con disabilità intellettiva e disturbi del comportamento. E' quindi particolarmente urgente riattivare e rafforzare gli interventi a sostegno dei caregiver e delle famiglie, che hanno sostenuto un lavoro di cura molto gravoso a causa della sospensione / riduzione dei servizi.

In tale contesto, il “Fondo nazionale caregiver” può offrire un contributo importante sul versante del potenziamento degli interventi rivolti al sollievo e al sostegno del caregiver familiare.

Il Decreto nazionale evidenzia la priorità di sostenere il caregiver familiare anche per le ripercussioni di natura socioeconomica legate all'emergenza epidemiologica COVID-19: *“Considerato che la situazione di profondo disagio sociale ed economico che si è verificata nel corso della fase più acuta dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e che continuerà a produrre effetti anche nelle fasi successive, nonché le evidenti ripercussioni di natura socioeconomica che colpiscono, principalmente, i soggetti in situazione di particolare fragilità, rendono prioritario e necessario intervenire a sostegno, nell'immediato, della figura del caregiver familiare, così come individuata dall'art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205, mediante l'utilizzo del Fondo istituito dal sopra citato art. 1, comma 254, della legge 30 dicembre 2017, n. 205, per interventi a carattere sperimentale anche tenuto conto della contingente situazione emergenziale”*.

2. Il contesto regionale e la programmazione integrata

2.1 La programmazione integrata socio-sanitaria nell'ambito della non autosufficienza

Dal 2004 la Regione Emilia-Romagna ha costituito il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) per finanziare i servizi socio-sanitari rivolti alle persone in condizioni di non autosufficienza (anziani non autosufficienti e persone con disabilità grave e gravissima) e a coloro che se ne prendono cura. Il fondo è stato istituito con l'articolo 51 della Legge Regionale n.27/2004 in base al quale anche le risorse statali assegnate alla Regione vengono gestite nell'ambito del sistema di governance e programmazione regionale, nel rispetto dei vincoli di destinazione previsti a livello nazionale.

Per quanto riguarda i criteri generali di utilizzo, con D.G.R. n.509/07 è stato approvato il primo programma per l'avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza finalizzato a finanziare una serie di interventi divenuti, nel corso degli anni, la rete storica dell'offerta assistenziale a favore della popolazione non autosufficiente, che include:

- l'assegno di cura per anziani non autosufficienti, disabili gravi e disabili gravissimi;
- l'assistenza domiciliare per anziani e disabili;
- le strutture diurne: centri diurni assistenziali per anziani e centri socio-riabilitativi e sociooccupazionali diurni per disabili;
- le strutture residenziali: le case-residenza per anziani n.a. (ex. case protette/RSA), centri socio-riabilitativi residenziali per disabili, soluzioni residenziali per le gravissime disabilità acquisite.

Successivamente, con D.G.R.1206/2007, sono state fornite ulteriori indicazioni agli attori del sistema socio-sanitario in merito a:

- indirizzi e criteri di gestione e di rendicontazione del Fondo regionale per la non autosufficienza;
- linee di indirizzo per favorire la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari nell'ambito delle azioni e degli interventi del FRNA;
- linee guida per la definizione di programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili;
- contributi del FRNA finalizzati ad interventi di adattamento dell'ambiente domestico;
- criteri per il finanziamento dell'assistenza residenziale delle persone con gravissima disabilità acquisita e per l'assegnazione delle relative risorse.

Con la DGR n.1230/08 sono stati completati gli indirizzi relativi all'area dei servizi per le persone con disabilità gravi, definendo anche per tale area le modalità di accesso alla rete dei servizi attraverso la presenza in ogni ambito distrettuale di un'Unità di Valutazione Multidimensionale disabili e indicando l'insieme degli interventi finanziabili attraverso il FRNA. Con atti successivi (DGR n. 840/2008 – DGR 557/2014 – DGR 1732/2014) sono state integrate, aggiornate e sviluppate le indicazioni regionali per gli interventi di sostegno al domicilio per le persone in condizione di gravissima disabilità acquisita come definita dalla DGR 2068/2004.

Con la recente DGR 130/2021 è stata approvata la “Programmazione regionale per il triennio 2019-2021 del Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA)” che si inserisce nell'ambito della più complessiva programmazione del FRNA e viene effettuata, come previsto dall'articolo 51 della LR 27/04, dalla Giunta Regione sulla base degli indirizzi e dei vincoli definiti a livello nazionale, e con particolare riferimento al Piano nazionale per la non autosufficienza.

Obiettivo principale della rete regionale per la non autosufficienza è sostenere la permanenza della persona nel proprio domicilio supportando anche chi si prende di cura della persona non autosufficiente, i caregiver familiari di cui alla LR 2/2014.

Con il FRNA e con l’FNA vengono quindi già finanziati interventi finalizzati al sollievo e al sostegno dei caregiver familiari delle persone non autosufficienti e con disabilità grave e gravissima.

Il Fondo nazionale Caregiver consentirà di incrementare ulteriormente e potenziare i servizi e gli interventi di sollievo e sostegno ai caregiver familiari.

Il presente programma di utilizzo è stato formulato sulla base del continuativo confronto e dei pareri espressi dalle principali associazioni regionali delle persone con disabilità, delle associazioni di rappresentanza dei caregiver, delle associazioni di rappresentanza delle persone con demenza, dei rappresentanti degli Enti locali e delle OO.SS nell’ambito del Gruppo regionale caregiver, attivo presso la Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna. Sono stati altresì acquisiti suggerimenti e richieste da parte di altre associazioni.

Nel rispetto dei vincoli e delle indicazioni nazionali, il programma regionale di utilizzo del fondo nazionale caregiver sarà approvato con Deliberazione della Giunta Regionale e sarà sottoposto a monitoraggio.

Ulteriori provvedimenti ed indicazioni per la regolazione degli interventi potranno essere adottati anche successivamente, tenendo conto del monitoraggio degli interventi avviati e dell'andamento dell'emergenza epidemiologica COVID-19, con il coinvolgimento di Enti Locali, OO.SS. e Federazioni delle associazioni regionali delle persone con disabilità.

2.2 La programmazione di ambito distrettuale

Tutte le risorse a disposizione per la non autosufficienza vengono gestite in modo integrato a livello di ambito distrettuale nel sistema di governance che i Comuni (con i Comitati di distretto o le Giunte delle Unioni dei Comuni là dove esistenti e coincidenti con gli ambiti distrettuali) e le AUSL esercitano in modo condiviso, nell’ambito delle rispettive competenze.

L'Ufficio di piano, costituito congiuntamente dai Comuni del distretto e dell'Azienda USL, elabora annualmente, nell'ambito degli indirizzi del Piano di zona, il piano delle attività per la non autosufficienza, approvato d'intesa fra il comitato di distretto ed il direttore del distretto. Lo strumento integrato di gestione è dunque la programmazione di ambito distrettuale, ed in particolare il piano distrettuale annuale per la non autosufficienza, che esplicita le scelte e le azioni da finanziare.

Sulla base del sistema di governance regionale e delle indicazioni nazionali, anche l’utilizzo delle risorse del Fondo nazionale caregiver viene effettuato all’interno della programmazione integrata delle risorse per la non autosufficienza, assicurata dai Comuni in accordo con le Aziende USL in ognuno dei 38 ambiti distrettuali in cui è articolato il territorio regionale, coerentemente con gli strumenti di governo definiti dal Piano sociale e sanitario regionale vigente (DAL n° 120 del 12 luglio 2017).

La quota regionale di Fondo nazionale caregiver viene quindi assegnata direttamente dalla Regione alle AUSL, con chiara individuazione delle risorse spettanti ad ogni ambito distrettuale, e sarà gestita dalle Aziende USL nell’ambito del proprio bilancio con contabilità separata e destinazione vincolata nell'ambito del bilancio delle Aziende USL.

2.3 Indirizzi integrati per la programmazione degli interventi rivolti al caregiver familiare

La programmazione dell'utilizzo del fondo nazionale caregiver si colloca nell'ambito delle politiche regionali per il riconoscimento e il sostegno del ruolo del caregiver familiare e relativi indirizzi attuativi, di seguito richiamati.

Con la **LR 2/2014 «Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare** (persona che presta volontariamente cura ed assistenza)», la Regione Emilia-Romagna riconosce e promuove, nell'ambito delle politiche di welfare, la cura familiare e la solidarietà come beni sociali, in un'ottica di responsabilizzazione diffusa e sviluppo di comunità.

La Legge regionale:

- Definisce e riconosce il caregiver familiare
- Afferma la libera scelta del caregiver che volontariamente e consapevolmente si assume compiti di assistenza e cura;
- Richiama il rapporto con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari regionali;
- Elenca gli interventi a favore del caregiver familiare da parte della Regione, delle AUSL e dei Comuni, con la partecipazione del Terzo Settore;
- Prevede una rete di sostegno al caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato dei servizi regionali;
- Richiama la possibilità di riconoscimento delle competenze acquisite nel lavoro di cura;
- Prevede azioni di sensibilizzazione e partecipazione.

Dal 2016 è attivo il **“Gruppo regionale caregiver”** che è stato inizialmente costituito per lavorare sulle linee attuative della legge regionale, ma che è poi stato mantenuto ed è tuttora attivo con una funzione di impulso, monitoraggio e confronto. Del gruppo fanno parte rappresentanti delle associazioni dei Caregiver, delle associazioni delle persone con demenza e delle associazioni delle persone con disabilità con cui la Giunta regionale ha siglato un apposito protocollo di intesa con DGR 1215/2020 *“Protocollo d'intesa tra regione Emilia-Romagna, Federazione italiana per il superamento dell'handicap (FISH) E-R e Federazione tra le associazioni nazionali delle persone con disabilità (FAND) E-R”*.

Le **Linee attuative della LR 2/2014 di cui alla DGR 858/2017** hanno declinato più nello specifico azioni e interventi da promuoversi a livello regionale, territoriale a cura di Comuni e Ausl e con il concorso del terzo settore.

Tra le principali azioni individuate dalle linee attuative figurano: lo sviluppo delle condizioni organizzative affinché il caregiver sia supportato nell'accesso alla rete dei servizi e nello svolgimento delle attività di cura; la promozione di interventi di informazione e formazione di base per i caregiver famigliari; la promozione della formazione dei professionisti di ambito sociale, socio-sanitario e sanitario, al fine di sensibilizzarli rispetto al riconoscimento del caregiver nell'ambito del PAI, all'importanza di garantire orientamento, supporto e accompagnamento nei momenti critici, alla capacità di leggere e gestire gli aspetti psicologici ed emotivi, anche utilizzando specifici strumenti di valutazione del carico psico-fisico.

Il **Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019**, nell'ambito di politiche per la prossimità e la domiciliarità, ha previsto il Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari fra le priorità di intervento da sviluppare nell'ambito dei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale invitando gli ambiti distrettuali a promuovere:

- La definizione di un programma integrato per il riconoscimento e la valorizzazione del caregiver familiare di ambito distrettuale;
- La ricognizione e il coinvolgimento delle organizzazioni del terzo settore e degli altri soggetti portatori di interessi disponibili a collaborare con risorse e competenze per la valorizzazione e il sostegno del caregiver.
- La definizione di progetti di tutela della salute e di promozione del benessere psico-fisico del caregiver;

- La pianificazione e organizzazione di iniziative informative dedicate ai professionisti sanitari, socio-sanitari e sociali e ai caregiver familiari.

Con la **DGR 2318/19 recante “Misure a sostegno dei caregiver”**, che ha stanziato 7 mln di euro di risorse regionali dedicate da utilizzarsi nel 2020 e 2021 (e individuate con la DGR 1005/2020), sono state indicate le Linee di intervento da realizzare prevalentemente a livello regionale:

- Progettazione e realizzazione di un Portale Web regionale di informazione e supporto al caregiver
- Formalizzazione del riconoscimento del caregiver anche attraverso una carta identificativa
- Elaborazione di un format unico per la stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) con identificazione chiara anche dei bisogni del caregiver
- Definizione di validi strumenti di valutazione dello stress fisico e psichico del caregiver
- Realizzazione di una indagine di Sanità Pubblica sui rischi di salute specifici che gravano sui caregiver
- Diffusione di una attenzione allo stato di caregiver con particolare attenzione ai professionisti sanitari e realizzazione di una campagna informativa regionale.
- Monitoraggio delle iniziative di formazione ed informazione a favore dei Caregiver
- Predisposizione di accordi quadro relativi al supporto dei giovani caregiver in ambito scolastico ed universitario.

Fra le Linee di intervento da realizzare a livello Aziendale:

- Progettazione di interventi di sostegno al caregiver
- Realizzazione di iniziative di formazione e informazione a favore dei caregiver

La determina del Direttore generale cura della persona, salute e welfare n. 15465 del 10 settembre 2020 ha approvato le **“Schede e gli strumenti tecnici per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare”** elaborati dal gruppo di lavoro regionale per promuovere omogeneità di approccio nei confronti del caregiver familiare:

- Scheda di riconoscimento del caregiver familiare;
- Format unico progetto personalizzato
- Sezione caregiver familiare (da includere nel progetto personalizzato).

Quest'ultima, in particolare, include le informazioni circa l'impegno assistenziale del caregiver, la sua rete familiare e sociale, i servizi e gli interventi attivi a suo supporto, la scala di rilevazione dello stress, l'analisi dei suoi bisogni e l'identificazione degli obiettivi specifici e degli interventi di supporto attivabili (interventi informativi e formativi, interventi di sollievo e supporto pratico, operativo, economico, interventi di supporto psicologico e relazionale.).

Tali strumenti potranno essere utilizzati anche per promuovere un utilizzo appropriato del fondo nazionale caregiver in funzione dei bisogni specifici di ogni caregiver.

3. Beneficiari del fondo nazionale caregiver

Le risorse del fondo nazionale caregiver sono destinate a interventi di sollievo e sostegno rivolti al caregiver familiare di cui all'art. 1, comma 255, della Legge 30 dicembre 2017, n. 205, che *definisce caregiver familiare “la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di se', sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18. Legge del 27/12/2017 n. 205”*

I presupposti che devono configurarsi, quindi, perché una persona possa dirsi “caregiver familiare” ai sensi della norma nazionale, risiedono nel rapporto che lega tale persona alla persona assistita (coniugio, unione civile, convivenza di fatto, parentela o affinità) nonché nelle condizioni di quest’ultima, che devono avere determinato il riconoscimento della “disabilità grave” ai sensi dell’art. 3, comma 3, l. 104/92 o dell’indennità di accompagnamento.

Possono dunque considerarsi caregiver coloro che sono più prossimi alla persona (il coniuge, il convivente di fatto, colui che ha un’unione civile con la persona assistita o un suo parente o affine di secondo grado), mentre si considereranno i parenti del terzo grado, solo quando i genitori o il coniuge della persona assistita abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure abbiano anch’essi patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Sulla base delle disposizioni del Decreto 27 ottobre 2020, gli interventi di sollievo e sostegno ai caregiver saranno realizzati negli ambiti territoriali dando **priorità**:

- a) ai **caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima**, così come definita dall’art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 novembre 2016, n. 280), recante «*Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, anno 2016*», tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall’art. 3, del medesimo decreto;
- b) ai **caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali** a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione;
- c) a **programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione** e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita.

- **Priorità di cui alla lettera a)**

Per quanto attiene alla prima priorità inerente “**caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima**”, la definizione, richiamata di seguito, è già conosciuta ed applicata uniformemente in Emilia Romagna per il Fondo nazionale per le non autosufficienze dal 2018.

Per l’individuazione dei “gravissimi”, le Unità di valutazione multidimensionali/Unità di valutazione geriatriche (UVM/UVG) devono fare riferimento all’articolo 3 del DM 26 settembre **2016** dove si stabilisce che “*Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell’allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013*” e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del medesimo decreto, come di seguito specificato:

a) *persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)≤10;*

b) *persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);*

c) *persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)≥4;*

d) *persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;*

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;

f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche."

4. Progettazione personalizzata

L'accesso alla rete dei servizi avviene di norma attraverso lo Sportello sociale attivato dai Comuni in ogni ambito distrettuale che può attivare il servizio sociale territoriale.

Dopo il primo contatto/accesso in cui viene effettuata una prima lettura del bisogno e individuata l'eventuale necessità di presa in carico, viene avviata la valutazione multidimensionale i cui risultati confluiscono nel Progetto personalizzato.

Il progetto personalizzato è lo strumento nel quale, in base agli elementi emersi in fase di valutazione multidimensionale, i professionisti dell'equipe pianificano l'intervento con l'assistito e il suo caregiver familiare, definendo gli obiettivi da raggiungere, gli interventi da attivare, le risorse disponibili, gli altri soggetti coinvolti, i tempi e le modalità di verifica.

Elementi essenziali per la definizione del progetto, oltre alla fotografia dei bisogni, sono i desideri e le aspettative della persona e dei suoi familiari/caregiver.

La sezione del progetto personalizzato dedicata al caregiver deve segnalare i bisogni e i rischi di salute relativi e definire le principali necessità di supporto a partire dalle quali andare alla progettazione e realizzazione di modalità personalizzate di sostegno.

Il progetto personalizzato contiene il "Budget di progetto", inteso quale l'insieme di tutte le risorse umane, economiche, strumentali, da poter utilizzare in maniera flessibile, dinamica e integrata.

Anche per la parte di interventi da progettare per il caregiver, i servizi preposti alla presa in carico espliciteranno nel budget di progetto, servizi e prestazioni da erogare a favore dei caregiver familiari di persone anziane non autosufficienti, con disabilità grave e gravissima, modulabili e personalizzabili in base alle specifiche esigenze, da erogarsi a valere sul fondo nazionale caregiver, indicando anche le eventuali altre fonti di finanziamento utilizzate ad integrazione delle risorse del fondo nazionale caregiver (es. Fondo regionale caregiver, FRNA, FNA, risorse comunali, ecc.).

Nel budget di progetto saranno esplicitate non solo le risorse pubbliche, ma anche, nel rispetto del principio di sussidiarietà e delle relative competenze, le risorse messe a disposizione dalle famiglie o da altri soggetti di diritto privato.

5. Tipologia degli Interventi

Le risorse del Fondo nazionale caregiver familiare sono da utilizzarsi per **interventi di sollievo e sostegno** destinati al caregiver familiare, come di seguito specificati:

- a. **Interventi di sollievo domiciliari**, da promuovere e sviluppare per garantire spazi di autonomia ai caregiver familiari, sollievo dall'assistenza, tempo per sé (ad esempio con interventi settimanali o bisettimanali di almeno alcune ore, a cura di personale qualificato, al domicilio della persona assistita).

Gli interventi nell'ambito dell'assistenza domiciliare sociale, di carattere socio-assistenziale e socio-educativa, possono essere integrati con gli interventi sanitari in relazione a quanto previsto nel Progetto personalizzato.

- b. **Interventi di sollievo semi-residenziali e residenziali** (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura semiresidenziale e residenziale).

L'opportunità di accoglienza temporanea di sollievo in centro diurno o in struttura residenziale, definita in forma flessibile e orientata ai bisogni ed alle scelte dei caregiver e dei loro assistiti, risponde alle seguenti finalità:

- garantire un periodo di sollievo dall'assistenza, programmabile sulla base delle esigenze del caregiver stesso e della persona assistita;
- garantire tempestivamente, in situazioni di emergenza, al caregiver principale che improvvisamente deve sospendere l'attività di caregiving, in via temporanea o prolungata (es. problemi di salute), che al proprio caro non autonomo sia assicurata una adeguata assistenza personale;
- assicurare l'accompagnamento nella ridefinizione delle capacità di cura del caregiver principale a seguito di una modifica dell'equilibrio assistenziale conseguente alle mutate condizioni della persona assistita.

- c. **Interventi di sostegno economico** (assegno di cura anziani, assegno di cura e di sostegno persone con disabilità gravissima e grave, contributo aggiuntivo assistente familiare, ecc.)

L'assegno di cura riconosce l'impegno assistenziale dei caregiver familiari che si prendono cura di propri cari non autosufficienti e/o con disabilità nel proprio contesto di vita e che garantiscono direttamente, o avvalendosi per alcune attività dell'intervento di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, le attività previste nel programma assistenziale personalizzato.

Per la definizione del contributo spettante, si applicano i criteri previsti dalle specifiche normative regionali, richiamati anche nel programma regionale triennio 2019-2021 del Fondo nazionale per le non autosufficienze di cui alla DGR 130/2021, e in particolare:

- *“per le persone di cui alle lettere a), b), d), e), i) della classificazione nazionale di gravissima disabilità viene confermato l'assegno di cura di cui alla DGR 2068/04 e successive modifiche ed integrazioni (DGR 1732/14) pari a 23 euro al giorno o 45 euro al giorno in presenza dei criteri di cui alla Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali n.15894/12. Per tali assegni non sono previste limitazioni legate a specifiche fasce di età o cause di insorgenza della disabilità, né distinzioni tra disabilità congenita o acquisita;*
- *per le persone anziane valutate dalle UVG che rientrano nella classificazione nazionale di gravissima disabilità, con particolare riferimento alle persone con grave o gravissimo stato di demenza di cui alla lettera c) della classificazione nazionale, vengono confermati e potenziati i livelli più alti (A e B) dell'assegno di cura per anziani di cui alla DGR 159/09 (22o 7,75 euro al giorno per il livello A, 17 o 5,17 euro al giorno per il livello B). In assenza*

di altri servizi si prevede un trasferimento di almeno 400 euro mensili per la durata del progetto per almeno 12 mensilità;

- *per le persone di cui alle lettere f), g), h) della classificazione nazionale di gravissima disabilità viene previsto l'assegno di cura di 15,49 euro al giorno o di 10,33 euro sulla base dei criteri previsti dalla DGR 1122/02 e tenendo conto della presenza nel progetto personalizzato di eventuali interventi di assistenza domiciliare socio-assistenziale o socio-educativa o di altri servizi equivalenti, quali in particolare la frequenza del centro diurno o altri servizi educativi;*
- *contributo mensile di 160 euro per famiglie che assumono Assistenti Familiari (DGR 1206/07 e DGR 1230/08) per le persone che usufruiscono dell'assegno di cura di cui ai punti precedenti.*

Come già indicato dalla DGR 2308/2016, non è previsto alcun criterio ISEE per l'erogazione degli assegni di cura di cui alla DGR 2068/04 e ss.mm.ii. e relativi contributi aggiuntivi da 160 euro.

Per gli ulteriori destinatari che rientrano nella definizione nazionale di gravissima disabilità, viene inoltre previsto, in deroga a quanto indicato dalla DGR 2308/2016, un valore massimo ISEE pari a 50 mila euro, accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria.

In caso di risorse non sufficienti, nei singoli ambiti distrettuali gli Enti Locali e le AUSL potranno individuare le situazioni più urgenti in base all'ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria e alla situazione di bisogno assistenziale, familiare e abitativa."

L'erogazione degli assegni di cura regionali dovrà tenere conto di eventuali successivi atti e/o circolari che introducano, a livello regionale, ulteriori criteri di regolazione per garantire equità, omogeneità, efficacia e sostenibilità di intervento su tutto il territorio regionale.

- d. Altri interventi** a carattere sperimentale e innovativo individuati nei singoli ambiti territoriali a sostegno del caregiver familiare, anche per rispondere a esigenze contingenti legate all'emergenza epidemiologica COVID-19.

Gli interventi di sollievo e sostegno ai caregiver familiari sopra richiamati, sostenuti con il fondo nazionale caregiver, permettono di ampliare e strutturare maggiormente le opportunità di sostegno previste nell'ambito della programmazione regionale, per rispondere ai bisogni specifici dei caregiver nell'ambito del progetto di vita e di cura e che includono interventi informativi e formativi, interventi di sollievo e supporto pratico, operativo, economico, interventi di supporto psicologico e di sostegno socio-relazionale che sono garantiti dai Comuni/Unioni di Comuni e dalle Ausl anche con la partecipazione dell'associazionismo e del volontariato, riconoscendo e valorizzando, ai sensi della LR. 2/2014, il ruolo fondamentale del caregiver nella rete di assistenza della persona e in quanto risorsa del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

ALLEGATO 2

TABELLA 1– Fondo nazionale Caregiver – Assegnazione importi per Ausl e per Distretto

AMBITI DISTRETTUALI E AUSL	Quota annualità 2018 e 2019	Quota annualità 2020	TOTALE ASSEGNAZIONE
Ponente	60.642,96 €	32.541,90 €	93.184,86 €
Città di Piacenza	82.457,34 €	44.247,82 €	126.705,16 €
Levante	85.255,68 €	45.749,46 €	131.005,14 €
Piacenza	228.355,98 €	122.539,18 €	350.895,16 €
Parma	169.968,45 €	91.207,57 €	261.176,02 €
Fidenza	80.207,18 €	43.040,36 €	123.247,54 €
Taro Ceno	38.703,66 €	20.768,96 €	59.472,62 €
Sud-Est	57.678,47 €	30.951,11 €	88.629,58 €
Parma	346.557,76 €	185.968,00 €	532.525,76 €
Montecchio	45.550,78 €	24.443,22 €	69.994,00 €
Reggio Emilia	163.528,52 €	87.751,81 €	251.280,33 €
Guastalla	52.208,52 €	28.015,86 €	80.224,38 €
Correggio	39.401,77 €	21.143,57 €	60.545,34 €
Scandiano	56.221,65 €	30.169,36 €	86.391,01 €
Castelnovo	28.377,15 €	15.227,59 €	43.604,74 €
Reggio Emilia	385.288,39 €	206.751,41 €	592.039,80 €
Carpi	79.859,37 €	42.853,71 €	122.713,08 €
Mirandola	63.935,95 €	34.308,97 €	98.244,92 €
Modena	145.499,03 €	78.076,92 €	223.575,95 €
Sassuolo	87.327,28 €	46.861,10 €	134.188,38 €
Pavullo	32.913,57 €	17.661,90 €	50.575,47 €
Vignola	67.886,00 €	36.428,63 €	104.314,63 €
Castelfranco	53.078,23 €	28.482,56 €	81.560,79 €
Modena	530.499,43 €	284.673,79 €	815.173,22 €
Reno Lavino Samoggia	89.407,34 €	47.977,29 €	137.384,63 €
Appennino bolognese	45.242,32 €	24.277,70 €	69.520,02 €
San Lazzaro di Savena	63.619,69 €	34.139,26 €	97.758,95 €
Pianura Est	121.317,89 €	65.100,96 €	186.418,85 €
Pianura Ovest	62.198,49 €	33.376,62 €	95.575,11 €
Città di Bologna	322.063,58 €	172.824,07 €	494.887,65 €
Bologna	703.849,31 €	377.695,90 €	1.081.545,21 €
Imola	103.998,68 €	55.807,23 €	159.805,91 €
Imola	103.998,68 €	55.807,23 €	159.805,91 €
Ovest	59.310,90 €	31.827,10 €	91.138,00 €
Centro-Nord	149.988,64 €	80.486,11 €	230.474,75 €
Sud-Est	83.095,52 €	44.590,28 €	127.685,80 €
Ferrara	292.395,06 €	156.903,49 €	449.298,55 €
Ravenna	160.917,21 €	86.350,55 €	247.267,76 €
Lugo	84.603,92 €	45.399,72 €	130.003,64 €
Faenza	71.405,20 €	38.317,08 €	109.722,28 €
Forlì	150.778,78 €	80.910,11 €	231.688,89 €
Valle Del Savio	94.042,51 €	50.464,60 €	144.507,11 €
Rubicone	66.700,72 €	35.792,59 €	102.493,31 €
Rimini	172.021,11 €	92.309,06 €	264.330,17 €
Riccione	85.193,64 €	45.716,16 €	130.909,80 €
Romagna	885.663,09 €	475.259,87 €	1.360.922,96 €
REGIONE	3.476.607,70 €	1.865.598,87 €	5.342.206,57 €

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Fabia Franchi, Responsabile del SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2021/1842

IN FEDE

Fabia Franchi

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2021/1842

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Antonella Soldati, Responsabile del SERVIZIO BILANCIO E FINANZE esprime, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., visto di regolarità contabile nella procedura dell'entrata in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2021/1842

IN FEDE

Antonella Soldati

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Marina Orsi, Responsabile del SERVIZIO RAGIONERIA esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., visto di regolarità contabile nella procedura di spesa in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2021/1842

IN FEDE

Marina Orsi

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 1789 del 02/11/2021

Seduta Num. 50

OMISSIS

L'assessore Segretario

Corsini Andrea

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi