

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE MARCHE



SOMMARIO

ATTI REGIONALI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

Seduta del 13 novembre 2023

Dal n. 1670 al n. 1671pag. 26855

Seduta del 20 novembre 2023

Dal n. 1695 al n. 1697pag. 26855

N. 1699.....pag. 26867

Dal n. 1704 al n. 1732pag. 26872

Dal n. 1734 al n. 1739pag. 26959

ATTI DELLA REGIONE

**DELIBERAZIONI DELLA
GIUNTA REGIONALE****Deliberazione della Giunta regionale del 13
novembre 2023, n. 1670**

Presa d'atto comunicazione di collocamento in quiescenza del Direttore generale dell'AST di Fermo - Decadenza dall'incarico e risoluzione del contratto.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. di prendere atto che con note acquisite agli atti prot. n. 1347761 del 2/11/2023 e prot. n. 1352410 del 3/11/2023, il dott. Gilberto Gentili, Direttore generale dell'AST di Fermo ha comunicato alla Regione Marche di aver formulato richiesta di collocamento in quiescenza a decorrere dal 31/12/2023;

2. di dichiarare la decadenza dall'incarico di Direttore generale dell'AST di Fermo, conferito al dott. Gilberto Gentili con deliberazione della Giunta Regionale n. 769 del 30/5/2023 a decorrere dal 31/12/2023, in applicazione dell'art. 8 comma 4 lett. f) del contratto sottoscritto dallo stesso in data 15 giugno 2023 reg. int. n. 23979 con il Presidente della Giunta regionale;

3. di risolvere di diritto il contratto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del codice civile in applicazione dell'art. 9 del contratto di cui al punto 2;

4. di incaricare il dirigente del Settore Risorse Umane e Formazione di svolgere gli adempimenti di competenza.

**Deliberazione della Giunta regionale del 13
novembre 2023, n. 1671**

Art. 2 comma 2 dlgs 171/2016 - art. 26 L.R. n. 19/2022. Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria territoriale di Fermo ed approvazione schema di contratto.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. di nominare direttore generale dell'Azienda Sanitaria territoriale di Fermo il dott. Roberto Grinta;
2. di stabilire che:
 - l'incarico di Direttore generale decorre dal 31/12/2023 fino al 31 maggio 2027, con possibilità di rinnovo per una sola volta;
 - l'instaurazione del rapporto di lavoro è subordinata alla dichiarazione di insussistenza delle cause di inconfiribilità e incompatibilità previste dagli articoli 3, 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 ed alla sussistenza dell'iscrizione nell'elenco nazionale degli idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio Sanitario Nazionale;
3. di riconoscere per l'incarico di cui al punto 1 il trattamento economico omnicomprendente annuo lordo di Euro 140.000,00 (centoquarantamila/00) previsto dalla DGR n.728/2023, che può essere integrato con un'ulteriore quota fino al venti per cento dello stesso trattamento economico da corrispondere in un'unica soluzione, in relazione ai risultati di gestione ottenuti ed alla realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati annualmente dalla Giunta regionale;
4. di approvare lo schema del contratto di lavoro per gli incarichi di direttore generale di cui all'allegato A alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
5. di porre a carico del bilancio dell'AST di Fermo la corresponsione del trattamento economico del Direttore generale;
6. di demandare al Presidente della Giunta regionale la sottoscrizione del contratto individuale di lavoro con il Direttore Generale dell'A.S.T. di Fermo.

AVVISO

**L'allegato è consultabile nel sito:
www.norme.marche.it**

**Deliberazione della Giunta regionale del 20
novembre 2023, n. 1695**

Articolo 4, comma 3, lettera u) della legge regionale n. 18/2021, articolo 2, comma 8, della legge regionale n. 14/2003 e articolo 2 comma 2 della legge regionale n. 30/2016 - disciplina in materia di assegnazione temporanea di personale tra la Giunta regionale e l'Assemblea Legislativa - Consiglio regionale e revoca parziale della deliberazione n. 1428 del 23/11/2016.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare ai sensi dell'articolo 4, comma 3, lettera u) della legge regionale n. 18 del 30 luglio 2021, dell' articolo 2, comma 8, della legge regionale n. 14 del 30 giugno 2003, e dell'articolo 2 , comma 2, della legge regionale 30 del 15 dicembre 2016, la disciplina in materia di assegnazione temporanea di personale tra la Giunta regionale e l'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale e viceversa, di cui all'allegato A alla presente deliberazione, quale sua parte integrante e sostanziale, che contiene i criteri e le modalità in materia;
- di revocare, a decorrere dall'approvazione del presente atto, la deliberazione n. 1428 del 23/11/2016 nella parte della disciplina concernente la mobilità e i distacchi tra Giunta e Assemblea Legislativa – Consiglio regionale (articoli 15 e 16 – titolo III).

ASSEGNAZIONE TEMPORANEA DI PERSONALE TRA LA GIUNTA REGIONALE E L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA – CONSIGLIO REGIONALE

PREMESSO CHE:

- Giunta regionale e Assemblea Legislativa – Consiglio regionale sono organi distinti, ancorché dotati di propria autonomia funzionale e organizzativa, del medesimo ed unico ente che è la Regione Marche;
- le disposizioni di cui all'articolo 30 del Dlgs n. 165/2001 "*Passaggio diretto di personale tra amministrazioni diverse*" attengono a fattispecie relative a mobilità volontaria esterna e ad assegnazioni temporanee tra amministrazioni pubbliche diverse e non all'utilizzo di personale presso distinti organi di unico ente;
- l'articolo 2, comma 8, della legge regionale 30/06/2003, n. 14 prevede che "*tra le strutture dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale e della Giunta è prevista la più ampia mobilità del personale. Essa è attuata dal direttore generale dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale, di concerto con il direttore dipartimentale della Giunta regionale competente in materia di personale, sulla base dei criteri generali adottati dall'Ufficio di Presidenza d'intesa con la Giunta regionale*";
- la disposizione di cui all'alinfa precedente è relativa al personale delle strutture organizzative istituite nell'ambito della Giunta regionale e dell'Assemblea Legislativa;
- l'articolo 2, comma 2, della legge regionale 15/12/2016, n. 30 stabilisce un'altra fattispecie di assegnazione rispetto a quella di cui alle alinee che precedono, in particolare stabilisce che: "*agli Organismi è assegnato personale appartenente alla dotazione organica del Consiglio - Assemblea Legislativa e della Giunta regionale*";
- l'ambito di applicazione soggettivo della disposizione recata all'alinfa che precede è ricavato dall'articolo 1 della precitata legge regionale laddove stabilisce che quest'ultima detta norme relative "*alla gestione amministrativa e contabile dei seguenti Organismi regionali di garanzia, di seguito denominati "Organismi"*":
 - a) *Garante regionale dei diritti della persona;*
 - b) *Commissione regionale per le pari opportunità tra uomo e donna;*
 - c) *Comitato regionale per le comunicazioni (CO.RE.COM).*"

CONSIDERATO CHE:

- risulta necessario individuare regole certe e trasparenti per:
 - a) definire le modalità e i criteri per le assegnazioni del personale della Giunta regionale e dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale per le esigenze degli organismi regionali di garanzia di cui all'articolo 1 comma 1 della legge regionale 15/12/2016, n. 30;
 - b) disciplinare l'assegnazione temporanea di personale tra le strutture organizzative della Giunta regionale e dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale per le esigenze amministrative delle stesse;
- risulta altresì necessario concordare le modalità per la definizione dell'utilizzo del personale della Giunta regionale per il quale è già stata disposta l'assegnazione temporanea presso l'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale;
- l'articolo 30, e in particolare l'articolo 30, comma 2 – sexies del Dlgs n. 165/2001, possono essere applicati in via analogica per l'individuazione dei criteri di cui alla lettera b);

RICHIAMATE INOLTRE:

- la deliberazione della Giunta regionale n. 1428 del 23/11/2016, recepita dal Consiglio regionale con deliberazione n. 628 del 29/01/2018, che ha approvato i criteri generali per la mobilità, disciplinando agli articoli 15 e 16, rispettivamente la mobilità tra Assemblea Legislativa – Consiglio regionale e Giunta regionale e il distacco del personale presso l'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale;
- la deliberazione della Giunta regionale n. 346 del 13.03.2023, che ha approvato la disciplina in materia di mobilità volontaria, ossia criteri e modalità di trasferimento presso la Giunta regionale del personale proveniente dalle altre pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del D.lgs n. 165/2001, revocando, a decorrere dall'approvazione del suddetto atto, la deliberazione n. 1428 del 23.11.2016, nella sola parte relativa alla disciplina in materia di mobilità volontaria esterna.

Si stabilisce quanto di seguito.

1) CONTINGENTE MASSIMO DI PERSONALE DELLA GIUNTA REGIONALE CHE PUO' ESSERE ASSEGNATO ALL'ASSEMBLEA LEGISLATIVA – CONSIGLIO REGIONALE

Sulla base dell'attuale situazione del personale della Giunta regionale assegnato all'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale e tenuto conto anche delle esigenze organizzative della Giunta e dell'Assemblea stessa si stabilisce che il numero massimo complessivo di personale che può essere assegnato temporaneamente all'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale è pari a n. 18 unità. Tale contingente comprende anche il personale assegnato per le esigenze degli organismi regionali di garanzia di cui all'articolo 1 della L.R. n. 30/2016.

Il suddetto contingente massimo è elevabile di ulteriori due unità fino ad un massimo complessivo di n. 20 unità di personale, qualora emergano esigenze straordinarie oggettive, non preventivate né preventivabili, dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale, essenziali al fine di garantire il funzionamento delle Commissioni assembleari, a condizione che non si rechi alcun pregiudizio alla funzionalità delle attività della Giunta regionale.

2) DISPOSIZIONE TRANSITORIA COMUNE - MISURE RELATIVE AL PERSONALE PER IL QUALE E' GIA' STATA DISPOSTA L'ASSEGNAZIONE TEMPORANEA PRESSO L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA – CONSIGLIO REGIONALE

Per i dipendenti, per i quali è già stata disposta l'assegnazione temporanea, presso l'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale, alla data di approvazione dei presenti criteri da parte della Giunta regionale, fermi restando la verifica del permanere dell'esigenza organizzativa ed il contingente massimo di personale di cui al punto 1), una volta acquisito il consenso dei dipendenti interessati, è possibile:

- a) prorogare con durata illimitata l'assegnazione del personale della Giunta regionale già assegnato per le esigenze degli organismi regionali di garanzia di cui all'articolo 1 comma 1 della L.R. n. 30/2016;

b) assegnare, fino alla cessazione dal servizio, ai ruoli dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale il personale impiegato per le esigenze amministrative delle strutture organizzative della stessa, a condizione che all'atto della cessazione del rapporto di lavoro del dipendente, la capacità assunzionale, calcolata ai sensi D.L. n. 90/2014, convertito con modificazioni nella Legge n. 114/2014, rimanga in capo alla Giunta regionale.

3) DISPOSIZIONI A REGIME PER L' ASSEGNAZIONE TEMPORANEA DEL PERSONALE DELLA GIUNTA REGIONALE PRESSO LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE DELL'ASSEMBLEA LEGISLATIVA – CONSIGLIO REGIONALE E VICEVERSA:

Nel rispetto del contingente massimo di personale di cui al punto 1) è inoltre possibile assegnare temporaneamente personale della Giunta regionale presso le strutture organizzative dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale, o viceversa, per una durata massima di tre anni, prorogabili per ulteriori tre anni, fatta eccezione, in termini di durata dell'assegnazione, per quelle attivate e/o prorogate per le esigenze degli organismi regionali di garanzia di cui all'articolo 1 della L.R. n. 30/2016, di cui al punto 4).

Al termine del periodo massimo complessivo di sei anni, al di fuori dell'ipotesi di collocamento a riposo, si provvede:

- al rientro del dipendente presso la Giunta regionale o presso l'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale o, in alternativa
- al definitivo trasferimento del dipendente qualora sia stata prevista la copertura del posto in sede di programmazione triennale dei fabbisogni. Solo in questo caso è possibile prorogare l'assegnazione temporanea fino al completamento delle procedure di trasferimento.

L'assegnazione temporanea di personale della Giunta regionale alle strutture organizzative dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale è disposta su istanza dell'Assemblea Legislativa, la quale deve indicare nella richiesta la struttura dirigenziale, la specifica unità organizzativa alla quale sarà assegnato il dipendente, nonché la relativa esigenza.

La struttura della Giunta regionale competente in materia di personale, acquisisce:

- il parere vincolante del dirigente della struttura apicale di riferimento, sentito il dirigente della struttura a cui il dipendente è assegnato;
- il consenso del dipendente interessato.

La struttura competente in materia di personale provvede, successivamente, ad informare il Segretario Generale relativamente all'assegnazione temporanea dei dipendenti della Giunta regionale, prima di procedere all'adozione del relativo atto.

La medesima procedura si applica anche nel caso di proroga dell'assegnazione temporanea, fermo restando il limite temporale di durata sopra indicato.

In ipotesi di richiesta di proroga dell'assegnazione temporanea, qualora sia intervenuta una riorganizzazione delle strutture della Giunta regionale e i dirigenti di riferimento non fossero più gli stessi, la struttura competente in materia di personale provvede esclusivamente ad informare il Segretario Generale prima di procedere all'adozione del relativo atto.

Durante il periodo di assegnazione temporanea, qualora il dipendente venga assegnato ad una struttura dirigenziale o ad una unità organizzativa diversa rispetto a quella di attivazione,

tale variazione, che comporta comunque una nuova assegnazione, deve essere preventivamente comunicata dall'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale alla struttura competente in materia di personale della Giunta regionale, per l'adozione del relativo provvedimento il cui iter istruttorio, per semplificazione procedimentale, coincide con quello di proroga dell'assegnazione temporanea. Restano fermi il limite numerico e la durata temporale sopra indicati.

Relativamente all'assegnazione di personale dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale presso la Giunta regionale, questa può essere disposta:

- su istanza del dirigente della struttura della Giunta regionale interessato, per il tramite del dirigente apicale nel cui ambito la sua struttura è collocata;
- su istanza dei dipendenti dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale interessati, i quali devono presentare specifica richiesta di assegnazione temporanea alla struttura della Giunta regionale presso la quale intendono essere assegnati nonché, per conoscenza, alla struttura competente in materia di personale, allegando l'assenso del dirigente della struttura dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale a cui sono assegnati.

Il dirigente della Giunta regionale interessato all'assegnazione, in entrambi i suddetti casi, provvede ad individuare, mediante valutazione del curriculum vitae e/o previo colloquio con il dipendente interessato, la rispondenza della professionalità posseduta con le esigenze della struttura diretta. In caso positivo provvede, per il tramite del dirigente della struttura apicale di collocazione, a darne comunicazione alla struttura della Giunta competente in materia di personale che provvede ad inviare la richiesta all'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale, la quale fornirà relativo riscontro.

In ipotesi di esito positivo, la struttura competente in materia di personale provvede ad informare il Segretario Generale relativamente all'assegnazione temporanea e a predisporre il relativo provvedimento.

Nel caso di proroga dell'assegnazione temporanea, fermo restando i limiti di durata sopra indicati, si applica la procedura sopra descritta, eccetto per la parte relativa alla valutazione dei curriculum vitae e/o allo svolgimento dei colloqui, già avvenuta in fase di attivazione dell'assegnazione.

4) DISPOSIZIONI A REGIME PER L' ASSEGNAZIONE DEL PERSONALE DELLA GIUNTA REGIONALE PER LE ESIGENZE DEGLI "ORGANISMI REGIONALI DI GARANZIA" DI CUI ALL'ARTICOLO 1 DELLA L.R. N. 30/2016

Ai sensi dell'articolo 1 della L.R. n. 30/2016 gli organismi regionali di garanzia, sono:

- a) Garante regionale dei diritti della persona;
- b) Commissione regionale per le pari opportunità tra uomo e donna;
- c) Comitato regionale per le comunicazioni (CO.RE.COM)."

L'articolo 2 della L.R. n. 30/2016 prevede che agli organismi, di cui al suddetto articolo 1, è assegnato personale appartenente alla dotazione organica dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale e della Giunta regionale.

Fermo restando il contingente massimo di personale di cui al punto 1), è pertanto possibile assegnare personale della Giunta regionale presso le strutture organizzative dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale per le esigenze dei suddetti organismi, ferma restando la necessità di mantenere negli stessi, il quanto più possibile, una composizione mista tra personale dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale e personale della Giunta regionale.

L'assegnazione per le esigenze degli organismi regionali di garanzia può avere una durata illimitata.

L'assegnazione di personale della Giunta regionale per le esigenze degli organismi regionali di garanzia è disposta su istanza degli organismi stessi che inviano specifica richiesta alla struttura competente dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale.

Quest'ultima provvede poi ad inviare la richiesta di attivazione dell'assegnazione alla struttura della Giunta regionale competente in materia di personale, indicando nella richiesta per le esigenze di quale organismo viene assegnato il dipendente.

La struttura della Giunta regionale, competente in materia di personale, acquisisce il parere vincolante del dirigente della struttura apicale di riferimento, sentito il dirigente della struttura a cui il dipendente è assegnato, nonché il consenso del dipendente interessato.

La struttura competente in materia di personale provvede, successivamente, ad informare il Segretario Generale relativamente all'assegnazione dei dipendenti della Giunta regionale, prima di procedere all'adozione del relativo provvedimento.

La medesima procedura si applica anche nel caso di proroga dell'assegnazione.

In ipotesi di richiesta di proroga dell'assegnazione, qualora sia intervenuta una riorganizzazione delle strutture della Giunta regionale e i dirigenti di riferimento non fossero più gli stessi, la struttura competente in materia di personale provvede esclusivamente ad informare il Segretario Generale prima di procedere all'adozione del relativo atto.

Durante il periodo di assegnazione temporanea, qualora il dipendente venga assegnato ad una struttura dirigenziale o ad una unità organizzativa diversa rispetto a quella iniziale di attivazione, tale variazione, che comporta comunque una nuova assegnazione, deve essere preventivamente comunicata dall'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale alla struttura competente in materia di personale della Giunta, per l'adozione del relativo provvedimento il cui iter istruttorio, per semplificazione procedimentale, coincide con quello di proroga dell'assegnazione temporanea. Restano fermi il limite numerico e la durata temporale sopra indicati.

5) DISPOSIZIONI FINALI

Nelle more dell'adozione della presente disciplina da parte della Giunta regionale e dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale è possibile prorogare le assegnazioni temporanee già in essere presso l'Assemblea Legislativa o presso la Giunta regionale, fermo restando il rispetto dei limiti temporali come sopra definiti.

E' onere dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente disciplina, comunicare alla struttura competente in materia di personale della Giunta regionale, un quadro riepilogativo dal quale emerga, per ciascun dipendente: la struttura dirigenziale, nonché la specifica unità organizzativa di assegnazione dello stesso e, nel caso di assegnazioni per le esigenze degli organismi regionali di

garanzia, lo specifico organismo per il quale è stata attivata e/o prorogata l'assegnazione presso l'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale.

E' onere della Giunta regionale comunicare eventuali assegnazioni presso le strutture organizzative della Giunta del personale dell'Assemblea Legislativa – Consiglio regionale.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1696

Modifica D.G.R. n. 1650 del 23/12/2020. Classificazione e piano di gestione e di alienazione dei beni immobili della Regione Marche.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- 1) Di aggiornare l'allegato A della delibera 1650 del 23 dicembre 2020, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del regolamento regionale n. 4/2015, eliminando i cespiti censiti al N.C.T. del Comune di Sant'Agata Feltria foglio 27 particella 401 e particella 469 come da allegato 1 alla presente deliberazione e parte integrante della medesima;
- 2) Di incaricare il Direttore del Dipartimento "Infrastrutture, Territorio e Protezione Civile" alla sottoscrizione degli atti notarili conseguenti alla modifica di cui al punto 1.

Allegato 1)

**Beni immobili assegnati al patrimonio disponibile della Regione Marche
(art. 2, comma 4, r.r. 4/2015)**

Denominazione del bene	Dati catastali	Indicazioni per la gestione
Altre Province (Rimini, Forlì-Cesena)		
Novafeltria, Sant'Agata Feltria, Sogliano al Rubicone e Mercato Saraceno. Terreni e fabbricati Ex ESAM	Superficie complessiva Terreni Ha. 307,6233, Fabbricati mq. 5.600 circa, ubicati nei Comuni di: Novafeltria (RN), N.C.E.U.: F. 1, Part. 428, F. 4, Part. 870 Sub 1, F. 7, Part. 290 Sub 1; C.T.: F. 1, Part. 26, 43, 44, 53, 56, 57, 58, 68, 76, 77, 78, 91, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 120, 121, 122, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 428 (ente urbano); F. 3, Part. 34, 93, 95, 102, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 129, 133, 134, 135, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 171, 172, 823, 826, 854, 858, 861, 863, 865, 867, 869; F. 4, Part. 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10 (ente urbano), 15, 16, 17, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 43, 44, 47, 48, 54, 55, 66, 67, 73, 78, 118, 166, 182, 183, 196, 298, 395, 442, 443, 454, 460, 461, 464, 467, 474, 481, 483, 579, 580, 587, 602, 611, 625, 626, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 653, 670, 677, 678 (ente urbano), 679, 680, 681, 682 (ente urbano), 683, 685, 688, 689, 711; F. 5, Part. 542; F. 6, Part. 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 38, 39, 42, 43, 46, 49,	Complesso immobiliare alienato

	<p>50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 69, 72, 90, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 120, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 171, 174, 175, 182, 184, 194, 195, 196, 197, 203, 212, 213, 215, 216, 241, 242, 269, 271, 294, 325, 348, 349, 353, 355, 358, 361, 370, 371, 413, 421; F. 7, Part. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 45, 48, 49, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 64, 66, 67, 68, 69, 77, 78, 80, 81, 153, 163, 190, 191, 192, 193, 195, 196, 202;</p> <p>Sant'Agata Feltria (RN), C.T.:</p> <p>F. 8, Part. 15, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 144, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 190, 194; F. 12, Part. 118, 311, 358; F. 13, Part. 31, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 142, 143, 144, 154, 155, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 221, 237, 242, 248, 288,</p> <p>289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 310, 313, 316, 317, 325, 331, 349, 463; F. 14, Part. 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 26, 27, 28, 41, 88, 89, 110, 127, 128; F. 15, Part. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9; F. 16, Part. 1; F. 27, Part. 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 226, 227, 228, 343, 367, 402, 409, 451, 453, 462; F. 41, Part. 19; F. 42, Part. 10;</p>	
--	--	--

	Sogliano al Rubicone (FC), C.T.: F. 111, Part. 75, 76, 91, 93; Mercato Saraceno (FC), C.T.: F. 115, Part. 95, 96, 98, 101	
--	--	--

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1697

Art. 1, commi 593 e ss., legge 234/2021. Individuazione delle proposte di intervento da finanziare con il Fondo nazionale di sviluppo delle montagne italiane (FOSMIT) 2023. Approvazione del relativo schema di convenzione.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di individuare le proposte di intervento da finanziare con il fondo nazionale di sviluppo delle montagne italiane (FOSMIT), annualità 2023, ai sensi dell'art.1, commi 593 e ss., legge 234/2021, di cui all'allegato A, parte integrante della presente deliberazione, al fine dell'erogazione delle risorse finanziarie;
- di stabilire che l'attivazione degli interventi di cui al presente atto è subordinata al trasferimento delle risorse previste per la regione Marche, pari a complessivi euro 5.096.854,90=;
- di confermare i criteri di riparto delle risorse finanziarie previsti dalla DGR 568/2022;
- di approvare lo schema di convenzione con le Unioni montane di cui all'allegato B, parte integrante della presente deliberazione.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'articolo 26, comma 1, del D. Lgs. 33/2013.

AVVISO

**L'allegato è consultabile nel sito:
www.norme.marche.it**

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1699

L.R. n. 26/2021 "Tutela e valorizzazione del saltarello tradizionale marchigiano" - Trasmissione all'Assemblea legislativa della prima relazione sullo stato di attuazione della legge

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- a) di trasmettere all'Assemblea Legislativa Regionale, ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 26/2021 "Tutela e valorizzazione del saltarello tradizionale marchigiano"

no", la prima relazione sullo stato di attuazione della legge, contenuta nell'Allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

ALLEGATO "A"

PRIMA RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA L.R. N. 26/2021 "TUTELA E VALORIZZAZIONE DEL SALTARELLO TRADIZIONALE MARCHIGIANO"**- Assegnazione di contributi (artt. 3-4)**

La Legge Regionale n. 26 del 28 Ottobre 2021, riconosce il saltarello quale aspetto identitario della comunità marchigiana, della cultura e della tradizione popolare musicale regionale, da promuovere e da sostenere come bene culturale di insostituibile valore sociale e formativo della persona (Art. 1).

L'articolo 3 prevede che la Regione promuova interventi finalizzati:

- allo svolgimento di corsi di orientamento musicale e coreutico sul saltarello;
- all'istituzione di corsi di formazione e perfezionamento per musicisti e danzatori con particolare riferimento all'utilizzo degli strumenti musicali antichi e tradizionali;
- ad organizzazione di manifestazioni, incontri e gemellaggi con altri artisti nazionali e internazionali, al fine di incentivare la conoscenza reciproca della cultura musicale del saltarello;
- alla partecipazione a festival inerenti il saltarello dal vivo;
- all'organizzazione di convegni e seminari sui temi inerenti il saltarello delle Marche;
- all'interazione con le scuole di ogni ordine e grado per la salvaguardia e lo studio delle tradizioni, usi, costumi e degli strumenti tradizionali del saltarello marchigiano;
- al recupero e valorizzazione del patrimonio inerente il saltarello marchigiano attraverso l'acquisto di libri e la costituzione di archivi, con particolare attenzione alle tecniche di produzione e conservazioni videografiche, nonché attraverso il restauro e la conservazione di strumenti e materiali antichi o di valore storico;
- all'interscambio fra i cittadini marchigiani e gli emigrati marchigiani nel mondo, favorendo i reciproci contatti, sia attraverso la partecipazione degli artisti e musicisti, interpreti del saltarello, alle manifestazioni organizzate all'estero dai corregionali, sia promuovendo la partecipazione dei gruppi medesimi a manifestazioni e spettacoli sia sul territorio regionale che nazionale;
- alle produzioni discografiche e cinematografiche dedicate al saltarello.

La legge approvata il 28 Ottobre 2021 era stata finanziata per l'annualità 2021 per un importo di € 20.000,00, ma considerando che in sede di prima attuazione della legge dovevano essere approvati le modalità e i criteri per il finanziamento degli interventi, emanato il bando per l'assegnazione dei contributi, e svolte le istruttorie conseguenti e impegnate le risorse entro il 31/12/2021, tali risorse non sono state utilizzate.

Con la L.R. n. 13 del 16 giugno 2022 di "Variazione generale al bilancio di previsione 2022/2024 ai sensi del comma 1, dell'articolo 51 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (1° provvedimento) e modifiche normative" sono state stanziare a favore della L.R. n. 26/2021 risorse sull'annualità 2022 per un importo pari a € 50.000,00.

L'articolo 4 della medesima legge dispone che la Giunta Regionale determina con proprio atto e previo parere della Commissione consiliare competente, le modalità ed i criteri per il finanziamento degli interventi previsti dall'articolo 3.

Con la DGR n. 1139 del 19/09/2022 è stata approvata la "Richiesta di parere alla competente Commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente: Legge Regionale 21 Ottobre 2021, n. 26 – Tutela e valorizzazione del saltarello tradizionale marchigiano. Criteri e modalità di assegnazione fondi annualità 2022".

Con parere n. 97 del 07/11/2022, la I Commissione consiliare ha espresso parere favorevole e con DGR n. 1521 del 21 novembre 2022 sono stati approvati in via definitiva i Criteri e le modalità per l'assegnazione dei fondi annualità 2022, descritti in particolare nell'Allegato A), prevedendo la predisposizione di un avviso pubblico, rivolto ai gruppi e alle associazioni folkloriche di Saltarello nelle Marche.

Con Decreto n. 374/BACU del 29/11/2022 completo della relativa modulistica, e pubblicato in forma integrale, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 28 luglio 2003, n. 14 sul sito www.regione.marche.it (https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/BandiContributo/id_33795/6362) e sul Bollettino Ufficiale della Regione, è stato emanato il bando per l'assegnazione dei contributi come previsto dalla legge.

Sulla base di quanto previsto nell'Allegato 1 al suddetto Decreto n. 374/BACU del 29/11/2022 con ordine di servizio della Dirigente del Settore Beni e Attività Culturali – ID 28102560 del 02/12/2022 è stata nominata la Commissione di valutazione dei progetti pervenuti, preposta all'istruttoria dei progetti e alla formulazione della relativa graduatoria di merito per la concessione dei contributi.

In esito all'avviso, risultano pervenute via PEC alla Regione Marche – con trasmissione entro la data del 19 Dicembre 2022 – n. 5 domande inoltrate da parte di Gruppi e Associazioni Folkloriche di Saltarello con sede nelle Marche.

Tali istanze sono state sottoposte ad una preliminare fase istruttoria finalizzata a verificare la completezza e la correttezza formale della documentazione presentata, il possesso dei requisiti previsti e la sussistenza di tutte le condizioni poste per l'ammissibilità al contributo. Gli esiti dell'istruttoria d'ufficio da parte del Rup, sono stati sottoposti all'attenzione della Commissione di valutazione, per essere riportati nel verbale conclusivo.

La valutazione delle istanze effettuata dalla Commissione è di seguito riassunta, come dedotta dal verbale ID 28272043 del 21/12/2022 e depositato agli atti.

In base alle risultanze della fase istruttoria e all'esame della commissione sono state ripartite le risorse regionali disponibili per un importo pari a € 35.376,88, assegnando un contributo a tutti i soggetti richiedenti. Il decreto di concessione delle risorse è il n. 439/BACU del 28/12/2022.

I progetti hanno riguardato l'organizzazione di eventi di spettacolo, la pubblicazione di volumi, la realizzazione di CD con tracce di registrazioni live di anziani e portatori di tradizioni nonché produzioni discografiche contenenti i diversi saltarelli marchigiani e canti popolari. Tra le attività rendicontate anche l'organizzazione di festival del folklore a cui sono stati invitati anche gruppi stranieri.

Di seguito la tabella di sintesi degli interventi finanziati:

Beneficiario	Denominazione progetto	Contributo regionale	Stato attuazione intervento
Associazione Lu Trainanà	ConTRADIZIONE Tradizioni Marchigiane in epoca digitale	€ 10.000,00	In corso procedimento di revoca del contributo comunicato con ID 1396074 14/11/2023 R_MARCHE
APS "Li Pistacoppi" Gruppo Folklorico Città di Macerata	Il saltarello maceratese nel mondo	€ 10.000,00	Progetto ultimato e liquidato con DD Settore Beni e Attività culturali n. 280 del 30 giugno 2023
Associazione Egeria odv	Riscopriamo le nostre tradizioni, riscopriamo il saltarello	€ 8.810,80	Progetto ultimato e liquidato con DD Settore Beni e Attività culturali n. 89 del 14 marzo 2023
Associazione Culturale Gruppo Folkloristico Li Matti de Monteco'	Produzione discografica cd musicale dal titolo "Folklore marchigiano. Raccolta di saltarelli e canti tradizionali della nostra terra"	€ 4.800,00	Progetto ultimato e liquidato con DD Settore Beni e Attività culturali n. 281 del 30 giugno 2023
Associazione Culturale Folklorica Ortensia odv	Folklore sotto le stelle	€ 2.396,08	Progetto ultimato e liquidato con DD Settore Beni e Attività culturali n. 298 dell' 11 luglio 2023

La prenotazione di impegno per la quota residua pari a € 14.623,12 non utilizzata e impegnata per mancanza di richieste ulteriori, è stata ridotta.

Per l'annualità 2023 la legge non risulta finanziata.

- Elenco regionale dei singoli artisti, dei gruppi e delle associazioni folkloriche di saltarello (art. 2)

La legge prevede che per il raggiungimento delle finalità previste dall'art. 1, è istituito presso la struttura amministrativa competente, l'Elenco regionale dei singoli artisti, dei gruppi e delle associazioni folkloriche di saltarello delle Marche.

I criteri e le modalità per l'iscrizione nell'elenco nonché le modalità di revoca e decadenza sono stabiliti dalla Giunta Regionale.

Con DGR n. 1521 del 21/11/2022 sono stati approvati i criteri e le modalità per l'iscrizione all'elenco regionale dei singoli artisti, dei gruppi e delle associazioni folkloriche di saltarello.

Con Decreto n. 65/BACU dell'01/03/2023 è stato approvato l'avviso pubblico per la presentazione delle domande di iscrizione da inoltrare tramite la piattaforma ProcediMarche entro il 30/06/2023 (<https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/Bandi?idb=6739>).

In esito all'avviso, risultano pervenute alla Regione Marche – con trasmissione entro la data prevista – n. 16 istanze (n. 4 per la categoria dei “Singoli artisti” e n. 12 per la categoria dei “Gruppi e Associazioni”).

Tali istanze sono state sottoposte ad una preliminare fase istruttoria finalizzata a verificare la completezza e la correttezza formale della documentazione presentata, il possesso dei requisiti previsti e la sussistenza di tutte le condizioni poste per l'ammissibilità al contributo. Due domande della categoria “Gruppi e Associazioni” non sono state inviate alla valutazione non avendo i requisiti previsti dall'avviso.

Gli esiti dell'istruttoria d'ufficio da parte del Rup, sono stati sottoposti all'attenzione della Commissione di valutazione nominata con ordine di servizio della dirigente del Settore Beni e Attività Culturali ID 30750124 del 14/09/2023, per essere riportati nel verbale conclusivo.

La valutazione delle istanze effettuata dalla Commissione è di seguito riassunta, come dedotta dai verbali ID 30825342|22/09/2023|BACU e ID 30954333|04/10/2023|BACU depositati agli atti.

In base alle risultanze della fase istruttoria e all'esame della commissione risultano da iscrivere nell'Elenco regionale n. 3 soggetti nella categoria “Singoli artisti” e n. 9 soggetti nella categoria dei “Gruppi e Associazioni”.

Con Decreto n. 382/BACU del 09/10/2023 è stato approvato l'Elenco e ne è stata data comunicazione formale via pec agli iscritti e ai non iscritti.

L'Elenco è consultabile oltre che sul sito www.norme.marche.it anche nel portale cultura della Regione Marche nella pagina dedicata alla legge regionale n. 26/2021 <https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Cultura/Leggi-Piani-e-Programmi#Legge-saltarello>

DELIBERA

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1704

Approvazione dello schema di Accordo ex art. 15 della legge 7 agosto 1990 n. 241 tra Regione Marche e Autorità di sistema Portuale del Mare Adriatico Centrale per la gestione ambientale per caratterizzazione e monitoraggio di aree di immersione a mare di sedimenti portuali - MARCHE NORD E CENTRO.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. Di approvare lo schema di Accordo di Programma, di cui all'allegato A), che forma parte integrante della presente deliberazione, tra Regione Marche e Autorità di Sistema Portuale del Mare Adriatico Centrale;
2. Di stabilire che, la spesa di cui al presente atto, pari a complessivi euro 200.000,00 trova copertura finanziaria, in termini di esigibilità della spesa e in ottemperanza all'art. 10 comma 3, lett. a) del D. Lgs. 118/2011 per le obbligazioni che ne deriveranno, nel capitolo n. 2100310006 "Contributo all'Autorità Portuale del Mare Adriatico Centrale per gli studi propedeutici all'utilizzo dell'area di immersione in mare dei sedimenti di dragaggio – Marche NORD e CENTRO - CNI/23" Bilancio 2023-2025 annualità 2024;
3. Di incaricare il Presidente della Giunta Regionale, o suo delegato, alla stipula dello schema approvato con il presente atto, autorizzando le modifiche non sostanziali che in sede di sottoscrizione si rendessero necessarie;

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 26, comma 1 del d. lgs. 33/2013.

AVVISO

**L'allegato è consultabile nel sito:
www.norme.marche.it**

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1705

Istituzione della Rete per l'internazionalizzazione del sistema salute, programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS) Marche

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

1. di istituire la rete per l'internazionalizzazione del sistema salute, programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS) Marche ai sensi dell'articolo 43, comma 1, lettera n) dell'articolo regionale n. 19/2022 "Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale".
2. di demandare all'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) gli atti necessari all'implementazione, organizzazione e funzioni della stessa.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1706

Recepimento "Accordo, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del decreto del Ministro della salute 5 novembre 2021, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente l'aggiornamento e la revisione dell'allegato B dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 242/CSR) relativo al modello per le visite di verifica dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti" (Rep. Atti n. 197/CSR del 6 settembre 2023). Modifica della DGR. n. 1369 del 17/10/2011.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. di recepire l'Accordo, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del decreto del Ministro della Salute 5 novembre 2021, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente l'aggiornamento e la revisione dell'allegato B dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 242/CSR) relativo al modello per le visite di verifica dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (Rep. Atti n. 197/CSR del 6 settembre 2023), allegato al documento istruttorio quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di modificare la DGR n. 1369 del 17/10/2011 recante: "Recepimento da parte della Regione Marche accordo n. 242/CSR del 16 dicembre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica - Indicazioni operative" sostituendo l'Allegato B dell'Accordo Rep Atti n. 242/CSR del 16 dicembre 2010 recepito con

la suddetta deliberazione con l'omonimo allegato B dell'Accordo Stato-Regioni (Rep. Atti n. 197/CSR del 6 settembre 2023) di cui al punto 1;

3. di dare mandato alle strutture regionali competenti in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie per la prosecuzione dell'iter amministrativo finalizzato ad attuare quanto stabilito dall'Allegato B all'Accordo di cui al punto 1 entro 12 mesi dall'adozione del presente atto.

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Accordo, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del decreto del Ministro della salute 5 novembre 2021, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente l'aggiornamento e la revisione dell'allegato B dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 242/CSR) relativo al modello per le visite di verifica dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti.

Rep. atti n.197/CSR del 6 settembre 2023.

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E
LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO**

Nell'odierna seduta del 6 settembre 2023:

VISTO il decreto del Ministro della salute 5 novembre 2021, adottato ai sensi dell'articolo 12, comma 4-ter, della legge 21 ottobre 2005, n. 219, recante "Istituzione e modalità di funzionamento del sistema nazionale di verifica, controllo e certificazione di conformità delle attività e dei prodotti dei servizi trasfusionali";

VISTO l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica, sancito da questa Conferenza il 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 242/CSR), così come aggiornato dall'accordo, ai sensi dell'articolo 2, comma 1-bis, del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 marzo 2021 (Rep. atti n. 29/CSR);

CONSIDERATO che nel suddetto accordo del 25 marzo 2021 (Rep. atti n. 29/CSR) è stato convenuto che l'allegato B di cui al citato accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, relativo al modello delle visite di verifica, sarà aggiornato e rivisto con successivo accordo predisposto tenendo conto delle disposizioni di cui al decreto adottato ai sensi del citato articolo 12, comma 4-ter, della legge n. 219 del 2005;

CONSIDERATO che il Ministero della Salute ha ritenuto di dover aggiornare, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del citato decreto del Ministro della salute 5 novembre 2021, l'allegato B concernente il "Modello per le visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261" del citato accordo del 16 dicembre 2010, concluso in attuazione dell'articolo 19 della citata legge n. 219 del 2005;

VISTA la nota del 1° febbraio 2023, acquisita al prot. DAR n.3296 in pari data, con la quale il Ministero della Salute ha trasmesso, ai fini del perfezionamento del prescritto accordo da parte di questa Conferenza, la documentazione in oggetto;

VISTA la nota del 6 febbraio 2023, prot. DAR n.3716, con la quale l'Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza ha diramato la suddetta nota alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano;

SLR/AC

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTA la comunicazione del 27 febbraio 2023, diramata con prot. DAR n.6242 in pari data, con la quale la Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha espresso l'assenso tecnico, subordinato all'accoglimento della modifica del punto 2 dell'appendice 6 – Criteri per la permanenza dei valutatori nell'elenco;

VISTA la nota dell'8 marzo 2023, diramata con prot. DAR n. 6931 in pari data, con la quale il Ministero della salute ha comunicato che l'emendamento richiesto dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano può essere accolto solo previa istanza, da parte delle stesse, di modifica dell'articolo 6, comma 2, lettera b), del citato decreto 5 novembre 2021;

VISTA la comunicazione del 10 marzo 2023, prot. DAR n.7251, con la quale la Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha chiesto la convocazione di una riunione tecnica;

VISTA la nota del 14 marzo 2023, prot. DAR n.7251, con la quale l'Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza ha diramato la richiesta di cui sopra, con la contestuale convocazione di una riunione tecnica per il giorno 27 marzo 2023, nel corso della quale le Regioni hanno ribadito quanto evidenziato nella nota sopra menzionata e il Ministero della salute si è reso disponibile ad effettuare ulteriori approfondimenti;

VISTA la nota del 6 giugno 2023, prot. DAR n.13155, con la quale l'Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza ha sollecitato il Ministero della salute a trasmettere un riscontro alle osservazioni delle Regioni già formulate nel corso della riunione tecnica;

VISTA la nota del 7 luglio 2023, acquisita al prot. DAR n.15639, con la quale il Ministero della salute ha dato riscontro alle osservazioni regionali e contestualmente ha chiesto la convocazione di una riunione tecnica, convocata dall'Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria di questa Conferenza per il 14 luglio 2023;

VISTA la nota del 13 luglio 2023, diramata con prot. DAR n.16352 in pari data, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova formulazione del provvedimento, concordata con il Centro nazionale sangue ed una rappresentanza regionale;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica del 14 luglio 2023, le Regioni hanno espresso avviso favorevole all'accordo, con alcune riserve espresse della Provincia autonoma di Bolzano;

CONSIDERATO che, nella seduta di questa Conferenza del 26 luglio 2023, la Conferenza delle Regioni e Province autonome ha chiesto il rinvio del provvedimento;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano hanno condizionato l'avviso favorevole alla stipula dell'accordo all'inserimento, nell'appendice 6, punto 2 (Criteri per la permanenza dei valutatori nell'elenco), al termine del terzo trattino, del seguente periodo: "La Provincia autonoma di Bolzano, in considerazione delle proprie specificità linguistiche e territoriali, può prevedere un periodo transitorio della durata di quattro anni dall'approvazione del presente provvedimento, al fine di valutare l'impatto organizzativo delle



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

nuove modalità di verifica previste e perseguire al termine dello stesso periodo transitorio la realizzazione delle 6 visite di verifica delle strutture trasfusionali nell'arco di due anni", contenuto nel documento consegnato in seduta (All. 1) e che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante;

CONSIDERATO che il rappresentante del Ministero della salute ha accolto le richieste delle Regioni;

ACQUISITO, pertanto, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

Tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei seguenti termini:

1. L'allegato B di cui all'accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 è sostituito dal documento recante «*Modalità per la gestione delle attività correlate all'autorizzazione e all'accreditamento e per l'organizzazione delle visite di verifica dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti, ai sensi degli articoli 3, 4 e 5 del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261 e dell'articolo 12, commi 4-bis e 4-ter della legge 21 ottobre 2005, n. 219 e del decreto del Ministro della salute 5 novembre 2021*», allegato al presente accordo, di cui costituisce parte integrante (allegato B).
2. Le Regioni e le Province autonome organizzano ed effettuano – nell'ambito del sistema nazionale di verifica, controllo e certificazione di conformità delle attività e dei prodotti dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta, istituito ai sensi dell'articolo 12, comma 4-ter della legge 21 ottobre 2005, n. 219 e di cui sono parte integrante, unitamente al Centro nazionale sangue (CNS) e alla Commissione tecnica nazionale (CTN) – le visite di verifica per l'accertamento della conformità dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta ai requisiti previsti dall'allegato A dell'accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 (Rep. atti n. 29/CSR) e alle disposizioni della normativa vigente.
3. Le Regioni e le Province autonome organizzano ed effettuano le visite di verifica di cui al punto 2 con cadenza biennale nelle modalità definite ai paragrafi A – per i Servizi trasfusionali – e B – per le Unità di raccolta – dell'allegato B al presente accordo e rendono disponibili le informazioni sullo stato di avanzamento del sistema regionale di autorizzazione e accreditamento del Sistema trasfusionale nei termini di cui al paragrafo C del menzionato allegato B.
4. Le Regioni e le Province autonome recepiscono il presente accordo entro sei mesi dalla sua definizione e ne danno successiva attuazione entro dodici mesi dal suo recepimento, tenuto conto della propria organizzazione territoriale.
5. Per l'attuazione di quanto previsto nel presente atto si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il Segretario
Cons. Paola D'Avena



Firmato digitalmente da
D'AVENA PAOLA
C=IT
O=PRESIDENZA CONSIGLIO DEI
MINISTRI

Il Presidente
Ministro Roberto Calderoli



Firmato digitalmente da
CALDEROLI ROBERTO
C=IT
O=PRESIDENZA CONSIGLIO DEI
MINISTRI



23/141/SR04/C7

6/9/2023



**POSIZIONE SULL'ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO 2,
COMMA 4, DEL DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE 5
NOVEMBRE 2021, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE
AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO, CONCERNENTE
L'AGGIORNAMENTO E LA REVISIONE DELL'ALLEGATO B
DELL'ACCORDO STATO-REGIONI 16 DICEMBRE 2010 (REP. ATTI
N. 242/CSR) RELATIVO AL MODELLO PER LE VISITE DI VERIFICA
DEI REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E
TECNOLOGICI DEI SERVIZI TRASFUSIONALI E DELLE UNITÀ DI
RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI**

**Accordo, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del decreto del ministro della
salute 5 novembre 2021, tra il governo, le regioni e le province autonome di
Trento e Bolzano**

Punto 4) odg Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, condiziona l'avviso favorevole alla stipula dell'accordo all'inserimento nell'appendice 6, punto 2 (Criteri per la permanenza dei valutatori nell'elenco) al termine del terzo trattino, del seguente periodo:

"La Provincia autonoma di Bolzano, in considerazione delle proprie specificità linguistiche e territoriali, può prevedere un periodo transitorio della durata di quattro anni dall'approvazione del presente provvedimento, al fine di valutare l'impatto organizzativo delle nuove modalità di verifica previste e perseguire al termine dello stesso periodo transitorio la realizzazione delle 6 visite di verifica delle strutture trasfusionali nell'arco di due anni."

Roma, 6 settembre 2023

Alleg. B

Allegato B). Modalità per la gestione delle attività correlate all'autorizzazione e all'accreditamento e per l'organizzazione delle visite di verifica dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti, ai sensi degli articoli 3, 4 e 5 del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261 e dell'articolo 12, commi 4-bis e 4-ter della legge 21 ottobre 2005, n. 219 e del decreto del Ministro della salute 5 novembre 2021.

A. Verifica, controllo e certificazione dei Servizi trasfusionali ai sensi dell'allegato A dell'Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2021 (Rep. atti n. 29/CSR) propedeutici al rilascio o al rinnovo dell'autorizzazione/accreditamento istituzionale.

1. Le Regioni e le Province autonome organizzano ed effettuano le visite di verifica presso i Servizi trasfusionali per l'accertamento della conformità ai requisiti previsti dall'Allegato A dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 (Rep. atti n. 29/CSR) e dalle disposizioni della normativa vigente, propedeutiche sia al rilascio e al rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio e sia all'accreditamento istituzionale.
2. Le istanze di autorizzazione/accreditamento dei Servizi trasfusionali sono presentate agli organismi competenti della Regione/Provincia autonoma mediante apposita domanda. La domanda indica le attività per le quali sono richiesti l'autorizzazione/l'accreditamento, individuate tra quelle previste nell'**Appendice 1** del presente Allegato, ed è sottoscritta dal legale rappresentante della struttura interessata. La domanda è corredata da un documento denominato «Relazione tecnica del Servizio trasfusionale», elaborato in base allo schema riportato nell'**Appendice 2** (Parte A) del presente Allegato e che descrive le caratteristiche della struttura interessata e delle eventuali articolazioni organizzative ad essa afferenti. La Relazione tecnica è sottoscritta dalla persona responsabile del Servizio trasfusionale interessato, designata ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, e dal legale rappresentante dello stesso.
3. Le Regioni e le Province autonome definiscono annualmente i programmi delle visite di verifica di cui al punto 1 da effettuare presso i Servizi trasfusionali, finalizzate al rilascio della certificazione di conformità di nuove strutture e, per le strutture già autorizzate e accreditate, al rinnovo della stessa secondo la periodicità biennale prevista dalla normativa vigente.
4. In riferimento a quanto definito nei programmi annuali di verifica di cui al punto 3, le Regioni e le Province autonome pianificano e organizzano le visite di verifica presso i Servizi trasfusionali, secondo i rispettivi modelli organizzativi, avvalendosi di *team* di verifica costituiti ai sensi dell'art. 5, comma 1 del decreto del Ministro della salute 5 novembre 2021.
5. Le visite di verifica possono essere effettuate presso i Servizi trasfusionali o le loro Articolazioni organizzative:
 - *in situ*;
 - in modalità da remoto, in riferimento alle raccomandazioni definite nelle «Linee Guida per la pianificazione e conduzione di verifiche istituzionali "da remoto"» (L.G. CNS 07 versione corrente) emesse dal Centro nazionale sangue (di seguito CNS);
 - su base documentale;
 - attraverso una combinazione delle modalità sopra indicate.

La modalità di effettuazione delle visite di verifica è definita a fronte di una preliminare e documentata valutazione di appropriatezza e fattibilità eseguita dagli organismi competenti delle Regioni/Province autonome in base a:

- livello di complessità del Servizio trasfusionale (in relazione ad esempio, a dimensioni, numero/ubicazione delle sedi e tipologia di attività che le caratterizzano, volume di attività svolte);
- data di effettuazione delle verifiche precedenti e relativo esito e documentazione prodotta in relazione agli adeguamenti previsti a seguito delle stesse;
- introduzione di modifiche sostanziali delle attività subordinate a preventiva autorizzazione da parte della Regione/Provincia autonoma, comunicate alla stessa secondo quanto definito al punto 17;
- situazioni emergenziali che impediscono l'accesso alle strutture o specifiche esigenze contingenti.

Le verifiche in modalità da remoto o in combinazione con la modalità *in situ* non possono in ogni caso essere effettuate qualora nel corso dell'ultima verifica sia stata riscontrata anche una sola non



conformità critica o due o più non conformità maggiori, in riferimento ai criteri di classificazione riportati nell' **Appendice 3** del presente Allegato.

6. Il rilascio dell'autorizzazione/accreditamento di un nuovo Servizio trasfusionale o di nuove articolazioni organizzative dello stesso è sempre subordinato all'effettuazione di una visita di verifica *in situ* presso tutte le sedi fisse o mobili (autoemoteche) interessate.
7. Le visite di verifica presso i Servizi trasfusionali, o le loro Articolazioni organizzative, finalizzate al rinnovo dell'autorizzazione/accreditamento possono essere effettuate su base documentale solamente a fronte di una preliminare e documentata valutazione di appropriatezza basata sui criteri indicati al punto 5.
8. La verifica di ogni sede operativa dei Servizi trasfusionali prevede la partecipazione, in ciascun *team* di verifica, di valutatori inseriti nell'Elenco dei valutatori nazionali per il sistema trasfusionale (di seguito VSTI) di cui al decreto del Ministro della salute 26 maggio 2011 come modificato dal decreto del Ministro della salute 5 novembre 2021. Il numero di VSTI che partecipano ai *team* è proporzionato alle dimensioni e alla complessità delle strutture da verificare. La composizione dei *team* è definita secondo criteri atti a garantire adeguati livelli di competenza tecnica, imparzialità, omogeneità, trasparenza e terzietà.
9. Le Regioni e le Province autonome possono richiedere il supporto del CNS per l'individuazione dei VSTI cui affidare lo svolgimento delle attività di verifica ai fini della certificazione di conformità, laddove esse abbiano la necessità di avvalersi di VSTI provenienti da altre Regioni o Province autonome. Per lo svolgimento delle attività di verifica che prevedono la partecipazione di questi ultimi VSTI, le Regioni e le Province autonome possono avvalersi del supporto del CNS, che può finanziare specifici progetti di collaborazione interregionale.
10. Per la verifica di processi di particolare complessità tecnica o innovativi erogati dai Servizi trasfusionali, per i quali siano richieste specifiche competenze tecnico/scientifiche, è possibile, qualora tali competenze non possano essere garantite all'interno del *team* di verifica, avvalersi di esperti tecnici, selezionati anche in collaborazione con le società scientifiche di settore. Tali esperti svolgono funzione di consulenza e supporto al *team* di verifica, mettendo a disposizione le proprie competenze per la valutazione tecnica della conformità delle attività e dei prodotti alle norme vigenti e alla buona pratica consolidata dalle evidenze scientifiche. In nessun caso gli esperti assumono il ruolo di valutatori nel corso della verifica.
11. Per lo svolgimento delle attività di verifica, le Regioni e le Province autonome possono avvalersi del supporto tecnico del CNS e di valutatori o esperti messi a disposizione dallo stesso.
12. Le Regioni e le Province autonome assegnano al *team* di verifica designato un mandato formale per lo svolgimento di ogni visita di verifica in relazione alla valutazione e certificazione della conformità dei Servizi trasfusionali ai requisiti definiti dall'Accordo 25 marzo 2021 e alle disposizioni della normativa vigente.
13. Le Regioni e le Province autonome garantiscono per ciascun VSTI lo svolgimento delle verifiche necessarie ad ottemperare ai criteri per la permanenza nell'elenco nazionale dei valutatori di cui al paragrafo D, punto 7 del presente Allegato. Per il completamento del numero delle verifiche necessarie al mantenimento dei propri VSTI in elenco, le Regioni e le Province autonome possono ricorrere alla loro partecipazione in modalità da remoto a verifiche programmate, *in situ* o da remoto, da altre Regioni/Province autonome. Tali verifiche sono monitorate dal CNS.
14. Nell'ambito delle attività di verifica di cui al punto 1, sono valutate, sulla base della documentazione messa a disposizione dai Servizi trasfusionali, anche le attività delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti (di seguito Unità di raccolta) operanti, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera f), del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, sotto la responsabilità tecnica degli stessi.
La suddetta documentazione prevede, almeno:
 - le convenzioni/gli atti contrattuali che regolano i rapporti tra i Servizi trasfusionali e le Unità di raccolta;
 - gli accordi scritti che definiscono, oltre alle responsabilità delle due parti, gli standard organizzativi e operativi relativi allo svolgimento delle attività previste per le Unità di raccolta;
 - gli obiettivi di programmazione per la raccolta del sangue e degli emocomponenti assegnati alle Unità di raccolta;



- le registrazioni relative ai controlli del sangue intero e degli emocomponenti raccolti dalle Unità di raccolta, al monitoraggio delle attività svolte dalle stesse, anche attraverso audit periodici della qualità, al monitoraggio delle attività di raccolta in relazione agli obiettivi di programmazione assegnati e all'implementazione di azioni correttive e preventive secondo quanto necessario.
15. Le verifiche (visite di verifica *in situ* o da remoto, verifiche su base documentale di cui al punto 7) esitano con la produzione di *report* che evidenziano le eventuali non conformità rilevate ed il relativo livello di criticità, graduato sulla base di una valutazione dei rischi. Il *report* è condiviso e sottoscritto da tutti i componenti del *team* di verifica. Con la finalità di rendere omogenee le procedure di valutazione, nell'**Appendice 3** del presente Allegato sono riportati gli elementi minimi dei *report* ed i criteri di classificazione delle non conformità riscontrate nel corso delle verifiche.
 16. I *report* di verifica si concludono con una attestazione di conformità dei Servizi ai requisiti minimi previsti dall'Accordo 25 marzo 2021 e alle disposizioni della normativa vigente. La valutazione degli esiti delle visite di verifica ai fini del rilascio o del rinnovo della certificazione di conformità viene effettuata dagli organismi competenti delle Regioni/Province autonome ed è preliminare al rilascio del provvedimento di autorizzazione/accreditamento.
 17. I legali rappresentanti dei Servizi trasfusionali autorizzati/accreditati comunicano formalmente agli organismi competenti delle Regioni/Province autonome qualsiasi modifica sostanziale delle attività subordinata a preventiva autorizzazione, quale la variazione del repertorio delle attività svolte/dei prodotti realizzati e la variazione delle sedi dove si svolgono le attività. La suddetta comunicazione prevede l'invio di esaustiva documentazione, comprensiva del rationale e di una valutazione dei rischi correlati alla modifica. Sulla base della analisi della documentazione ricevuta, gli organismi competenti delle Regioni/Province autonome valutano le modalità di effettuazione delle verifiche finalizzate all'adeguamento del provvedimento di autorizzazione/accreditamento.



B. Verifica e controllo delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti ai sensi dell'allegato A dell'Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2021 (Rep. atti n. 29/CSR) propedeutici al rilascio o al rinnovo dell'autorizzazione/accreditamento istituzionale.

1. Le Regioni e le Province autonome organizzano ed effettuano le visite di verifica presso le Unità di raccolta per l'accertamento della conformità ai requisiti previsti dall'Allegato A dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 (Rep. atti n. 29/CSR) e dalle disposizioni della normativa vigente, propedeutiche sia al rilascio e al rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio e sia all'accreditamento istituzionale.
2. Le istanze di autorizzazione/accreditamento delle Unità di raccolta sono presentate agli organismi competenti delle Regioni/Province autonome mediante apposita domanda. La domanda indica le attività per le quali sono richiesti l'autorizzazione/l'accreditamento, individuate tra quelle previste nell'**Appendice 1** del presente Allegato, ed è sottoscritta dal legale rappresentante della struttura interessata. La domanda è corredata da un documento denominato «Relazione tecnica dell'Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti», elaborato in base allo schema riportato nell'**Appendice 2 (Parte B)** del presente Allegato, che descrive le caratteristiche della struttura interessata e delle eventuali articolazioni organizzative ad essa afferenti. La Relazione tecnica è sottoscritta dalla persona responsabile dell'Unità di raccolta interessata, designata ai sensi dell'articolo 6, comma 1 del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, dal legale rappresentante della stessa e dalla persona responsabile del Servizio trasfusionale a cui l'Unità di raccolta afferisce per i compiti di responsabilità tecnica attribuiti allo stesso dalla normativa vigente.
3. Le Regioni e le Province autonome definiscono annualmente i programmi delle visite di verifica di cui al punto 1 da effettuare presso le Unità di raccolta, finalizzate al rilascio dell'autorizzazione/accreditamento di nuove strutture e, per le strutture già autorizzate e accreditate, al rinnovo degli stessi secondo la periodicità biennale prevista dalla normativa vigente.
4. In riferimento a quanto definito nei programmi annuali di verifica di cui al punto 3, le Regioni e le Province autonome pianificano e organizzano le visite di verifica presso le Unità di raccolta, secondo i rispettivi modelli organizzativi, avvalendosi di *team* di verifica costituiti ai sensi dell'art. 5, comma 1 del decreto del Ministro della salute 5 novembre 2021.
5. Le visite di verifica possono essere effettuate presso le Unità di raccolta, o le loro Articolazioni organizzative:
 - *in situ*;
 - in modalità da remoto, in riferimento alle raccomandazioni definite nelle «Linee Guida per la pianificazione e conduzione di verifiche istituzionali "da remoto"» (LG CNS 07 versione corrente) emesse dal CNS;
 - su base documentale;
 - attraverso una combinazione delle modalità sopra indicate.

La modalità di effettuazione delle visite di verifica è definita a fronte di una preliminare e documentata valutazione di appropriatezza e fattibilità eseguita dagli organismi competenti delle Regioni/Province autonome in base a:

- livello di complessità dell'Unità di raccolta (in relazione, ad esempio, a dimensioni, numero/ubicazione delle sedi e tipologia di attività che le caratterizzano, volume di attività svolte);
- data di effettuazione delle verifiche precedenti e relativo esito e documentazione prodotta in relazione agli adeguamenti previsti a seguito delle stesse;
- introduzione di modifiche sostanziali delle attività subordinate a preventiva autorizzazione da parte della Regione/Provincia autonoma, comunicate alla stessa secondo quanto definito al punto 13;
- situazioni emergenziali che impediscono l'accesso alle strutture o specifiche esigenze contingenti.

Le verifiche in modalità da remoto o in combinazione con la modalità *in situ* non possono, in ogni caso, essere effettuate qualora nel corso dell'ultima verifica sia stata riscontrata anche una sola non conformità critica o due o più non conformità maggiori, in riferimento ai criteri di classificazione riportati nell'**Appendice 3** del presente Allegato.



6. Il rilascio dell'autorizzazione/accreditamento di una nuova Unità di raccolta o di nuove articolazioni organizzative della stessa è subordinato all'effettuazione di una visita di verifica *in situ* presso tutte le sedi fisse o mobili (autoemoteche) interessate.
7. Le visite di verifica presso le Unità di raccolta, o le loro Articolazioni organizzative, finalizzate al rinnovo dell'autorizzazione/accreditamento possono essere effettuate su base documentale solamente a fronte di una preliminare e documentata valutazione di appropriatezza basata sui criteri indicati al punto 5.
8. La verifica di ogni sede operativa delle Unità di raccolta prevede la partecipazione, in ciascun *team* di verifica, di valutatori inseriti nell'Elenco dei valutatori nazionali per il sistema trasfusionale (di seguito VSTI). Il numero di VSTI che partecipano ai *team* è proporzionato alle dimensioni e alla complessità delle strutture da verificare. La composizione dei *team* è definita secondo criteri atti a garantire adeguati livelli di competenza tecnica, imparzialità, omogeneità, trasparenza e terzietà.
9. Le Regioni e le Province autonome possono richiedere il supporto del CNS per l'individuazione dei VSTI a cui affidare lo svolgimento delle attività di verifica, laddove esse abbiano la necessità di avvalersi di VSTI provenienti da altre Regioni o Province autonome. Per lo svolgimento delle attività di verifica che prevedono la partecipazione di questi ultimi VSTI, le Regioni e le Province autonome possono avvalersi del supporto del CNS, che può finanziare specifici progetti di collaborazione interregionale.
10. Per lo svolgimento delle attività di verifica, le Regioni e le Province autonome possono avvalersi del supporto tecnico del CNS e di valutatori o esperti messi a disposizione dallo stesso.
11. Le Regioni e le Province autonome assegnano al *team* di verifica designato un mandato formale per lo svolgimento di ogni visita di verifica in relazione alla valutazione delle Unità di raccolta ai requisiti definiti dall'Accordo 25 marzo 2021 e alle disposizioni della normativa vigente.
12. Le Regioni e le Province autonome garantiscono per ciascun VSTI lo svolgimento delle visite di verifica necessarie ad ottemperare ai criteri per la permanenza nell'elenco nazionale dei valutatori di cui al paragrafo D, punto 7 del presente Allegato. Per il completamento del numero delle verifiche necessarie al mantenimento dei propri VSTI in elenco, le Regioni e le Province autonome possono ricorrere alla loro partecipazione in modalità da remoto a verifiche programmate, *in situ* o da remoto, da altre Regioni/Province autonome. Tali verifiche sono monitorate dal CNS.
13. Le verifiche (visite di verifica *in situ* o da remoto, verifiche su base documentale di cui al punto 7) esitano con la produzione di *report* che evidenziano le eventuali non conformità rilevate ed il relativo livello di criticità, graduato sulla base di una valutazione dei rischi. Il *report* è condiviso e sottoscritto da tutti i componenti del *team* di verifica. Con la finalità di rendere omogenee le procedure di valutazione, nell'Appendice 3 del presente Allegato sono riportati gli elementi minimi dei *report* ed i criteri di classificazione delle non conformità riscontrate nel corso delle verifiche.
14. I legali rappresentanti delle Unità di raccolta autorizzate/accreditate comunicano formalmente agli uffici competenti delle Regioni/Province autonome qualsiasi modifica sostanziale delle attività subordinata a preventiva autorizzazione, quale la variazione del repertorio delle attività svolte e la variazione delle sedi dove si svolgono le attività. La suddetta comunicazione prevede l'invio di esaustiva documentazione, comprensiva del rationale e di una valutazione dei rischi correlati alla modifica. Sulla base della analisi della documentazione ricevuta, la Regione/Provincia autonoma valuta le modalità di effettuazione delle visite di verifica finalizzate all'adeguamento del provvedimento.

C. Informazioni sullo stato di avanzamento del sistema regionale di autorizzazione e accreditamento del Sistema trasfusionale

Le Regioni e le Province autonome rendono disponibili al CNS, con periodicità almeno annuale, per le finalità di cui all'articolo 4, comma 1 del decreto del Ministero della salute 5 novembre 2021, le informazioni definite dalla Commissione tecnica nazionale (CTN) di cui al medesimo decreto, relative allo stato di avanzamento del sistema regionale di autorizzazione e accreditamento del Sistema trasfusionale. Il set di informazioni richieste viene preventivamente comunicato dalla CTN alle Regioni/Province autonome.



D. Gestione dell'Elenco dei Valutatori per il sistema trasfusionale italiano (VSTI)

1. Ai fini del mantenimento di un adeguato numero di VSTI nell'elenco nazionale, in relazione alle esigenze del sistema nazionale di verifica, controllo e certificazione e a specifiche richieste delle Regioni/Province autonome, il CNS predispone un programma di eventi di formazione di base per nuovi VSTI, comprensivi di esame finale di qualificazione.
2. Le Regioni e le Province autonome selezionano i propri candidati per la partecipazione agli eventi di formazione di cui al punto 1 secondo i criteri riportati nell'**Appendice 4** del presente Allegato. L'accesso dei candidati proposti al programma è subordinato alla verifica, a cura del CNS, del soddisfacimento di tali criteri. Il CNS può selezionare alcuni partecipanti per proprie finalità istituzionali.
3. Allo scopo di promuovere l'armonizzazione dei criteri di valutazione delle strutture trasfusionali, le attività di formazione di cui al punto 1 sono organizzate con riferimento alle tematiche di base riportate nell'**Appendice 5** del presente Allegato, integrate, se del caso, da temi derivanti dall'introduzione di norme e linee guida nazionali o internazionali, anche sulla base delle eventuali raccomandazioni espresse dalla CTN.
4. Il CNS provvede all'organizzazione di iniziative di aggiornamento destinate ai VSTI, anche in modalità formazione a distanza, sulla base del riscontro di specifiche esigenze formative su temi di particolare complessità, rilevate attraverso il monitoraggio delle attività di verifica e in riferimento alle eventuali raccomandazioni espresse dalla CTN. La partecipazione a tali iniziative è obbligatoria e viene considerata ai fini della valutazione complessiva dei singoli VSTI nell'ambito della verifica del mantenimento delle competenze prevista per la permanenza nell'elenco nazionale di cui al punto 7.
5. In relazione agli eventi formativi di cui al punto 1 e alle iniziative di aggiornamento di cui al punto 4, il CNS provvede alle attività di organizzazione, docenza e tutoraggio, mentre le Regioni e le Province autonome provvedono in proprio alla trasferta dei partecipanti da esse designati.
6. Il CNS provvede, ove ritenuto opportuno, all'organizzazione di iniziative finalizzate alla verifica del mantenimento delle competenze dei VSTI, anche in riferimento alle eventuali raccomandazioni espresse dalla CTN. La partecipazione a tali iniziative è obbligatoria. L'esito delle verifiche viene considerato ai fini della valutazione complessiva dei singoli VSTI nell'ambito della verifica del mantenimento delle competenze prevista per la permanenza nell'elenco nazionale di cui al punto 7.
7. Il CNS effettua con cadenza biennale una valutazione complessiva dei VSTI allo scopo di accertare il rispetto dei criteri previsti per la permanenza di questi ultimi nell'elenco nazionale. Tali criteri sono indicati nell'**Appendice 6** del presente Allegato. Per la suddetta valutazione, il CNS applica le modalità definite nell'apposito regolamento approvato dalla CTN.
8. Al fine di consentire al CNS di svolgere la valutazione periodica dei singoli VSTI di cui al punto 7 e di adempiere alle operazioni di gestione dell'elenco nazionale, gli organismi competenti di ogni Regione/Provincia autonoma si impegnano a rendere disponibili al CNS, nei tempi e con le modalità da questo indicati, le informazioni richieste in relazione ai VSTI di competenza, quali:
 - modifica dei dati anagrafici e di contatto dei VSTI;
 - attività di verifica svolte (anche relativamente ai VSTI afferenti ad altre Regioni/Province autonome o al CNS a cui si è fatto eventualmente ricorso);
 - rinuncia alla permanenza nell'elenco nazionale da parte dei VSTI;
 - cancellazione dei VSTI dall'elenco da parte dei suddetti organismi competenti;
 - sospensione temporanea dei VSTI dall'elenco per periodi documentati di impedimento (previsti dall'art. 2 del decreto del Ministro della salute 26 maggio 2011).

La trasmissione delle suddette informazioni viene garantita da una persona di riferimento individuata da tali organismi e comunicata al CNS.

9. Il CNS aggiorna l'elenco nazionale dei VSTI con cadenza biennale, fatta salva la necessità di aggiornamenti a seguito della qualificazione di nuovi VSTI nel corso del biennio, sulla base degli esiti della verifica dei criteri indicati nell'**Appendice 6** del presente Allegato. L'elenco aggiornato viene formalizzato con decreto del direttore generale del CNS, trasmesso al Ministero della salute e pubblicato sul sito internet del CNS.



APPENDICE 1

Elenco delle attività dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti.Servizio trasfusionale

1. Raccolta di sangue intero
2. Raccolta di emocomponenti mediante aferesi
3. Raccolta di cellule staminali emopoietiche e/o linfociti da sangue periferico
4. Produzione di emocomponenti mediante scomposizione del sangue intero
5. Congelamento di plasma
6. Congelamento di concentrati eritrocitari e/o piastrinici
7. Altre lavorazioni degli emocomponenti (*specificare*)
8. Esecuzione di test sierologici per la qualificazione biologica degli emocomponenti
9. Esecuzione di test di biologia molecolare per la qualificazione biologica degli emocomponenti
10. Esecuzione di test immunoematologici per la qualificazione biologica degli emocomponenti
11. Validazione per il rilascio degli emocomponenti all'uso
12. Diagnostica immunoematologica complessa¹
13. Diagnostica genetica correlata alla istocompatibilità
14. Assegnazione di emocomponenti per uso clinico
15. Distribuzione di emocomponenti
16. Prelievo, produzione ed applicazione di emocomponenti ad uso non trasfusionale
17. Aferesi terapeutica
18. Altre attività (*specificare*)

Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti

1. Raccolta di sangue intero
2. Raccolta di emocomponenti mediante aferesi

¹ Indagini diagnostiche per lo studio della malattia emolitica del feto e del neonato, per lo studio delle malattie emolitiche autoimmuni e per lo studio delle allo-immunizzazioni eritrocitarie e piastriniche (SIMTI. Standard per i Laboratori di Immunoematologia di Riferimento (LIR) e di Biologia Molecolare (LBM). 1ª edizione, 2021).



APPENDICE 2 – Parte A

Elementi essenziali per la Relazione tecnica del Servizio trasfusionale.

Il presente documento deve essere compilato e fornito all'Autorità Competente prima di ogni visita di verifica di conformità ai requisiti dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 (Rep. atti n. 29/CSR) e alle disposizioni della normativa vigente, propedeutica al rilascio o al rinnovo della certificazione di conformità e al conseguente rilascio o rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale della struttura.

Revisione	
Sezioni modificate rispetto a versione precedente	

A. INFORMAZIONI GENERALI**A.1 Soggetti di riferimento**

Azienda sanitaria/Ente	
Indirizzo sede legale	
Legale rappresentante	
Direttore ST ¹	

A.2 Sedi operative del Servizio trasfusionale**A.2.1 Sede principale**

Codice UNI	Denominazione	Indirizzo	Tel.	Email

A.2.2 Articolazioni organizzative con sede fissa

n. prog. ²	Denominazione	Indirizzo	Tel.
1			
...			

A.2.3 Articolazioni organizzative con sede mobile (autoemoteche)³

n. prog. ²	Modello	Targa
1		
...		

A.4 Unità di raccolta (UdR) a gestione associativa convenzionate afferenti al ST⁴

Associazione/Federazione donatori			
Indirizzo sede legale UdR	Tel.	Persona Responsabile UdR	Legale Rappresentante UdR

¹ Ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261. ST: Servizio trasfusionale.

² Aggiungere righe secondo quanto necessario.

³ Compilare ove applicabile, inserendo solo le autoemoteche dove si svolgono attività di raccolta per le quali la titolarità dell'autorizzazione spetta al ST.

⁴ Aggiungere tabelle in base al numero di UdR a gestione associativa convenzionate.



A.5 Strutture sanitarie pubbliche servite⁵

Denominazione Ente ⁶	Indirizzo sede legale

A.6 Strutture sanitarie private servite⁵

Denominazione Ente ⁶	Indirizzo sede legale

A.7 Azienda farmaceutica convenzionata per la produzione di plasmaderivati

Azienda farmaceutica

B. ATTIVITÀ SVOLTE DAL SERVIZIO TRASFUSIONALE**B.1 Orario di attività del ST**

- Servizio attivo h 24/24
- Servizio attivo dalle h _____ alle h _____ con successiva pronta disponibilità
- Servizio attivo dalle h _____ alle h _____ con successiva attività garantita dal ST _____

Note: _____

B.2 Elenco attività per ogni sede operativa

Compilare l'apposito format in appendice (*Allegato 1, format*).

B.3 Repertorio prestazioni e prodotti

Allegare il documento che definisce le prestazioni di medicina trasfusionale erogate ed il repertorio degli emocomponenti, con le relative caratteristiche, a disposizione per le finalità terapeutiche, elaborato in applicazione del requisito O.135 dell'Allegato A) dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 21 (Rep. atti n. 29/CSR) (*Allegato 2, da redigere a cura della Struttura*).

B.4 Attività esternalizzate⁷

Attività esternalizzata ⁸	Fornitore ⁹

⁵ Strutture sanitarie prive di Servizio trasfusionale, in riferimento all'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente "Schema tipo di convenzione tra le strutture pubbliche provviste di Servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private accreditate e non accreditate, prive di Servizio trasfusionale, per la fornitura di sangue e suoi prodotti e di prestazioni di medicina trasfusionale" del 25 maggio 2017. Aggiungere righe secondo quanto necessario.

⁶ Aggiungere righe secondo quanto necessario.

⁷ Raccolta sangue intero/emc/CSE; trasporto sangue intero/emc/CSE; lavorazione sangue/emc; stoccaggio emc; test di qualificazione biologica; validazione sangue ed emc; test di laboratorio donatori; indagini genetiche HLA donatori; controlli qualità emc; attività inerenti a CSE/Infociti (specificare).

⁸ Aggiungere righe secondo quanto necessario.

⁹ Strutture afferenti ad Aziende sanitarie (es. test di qualificazione biologica), Aziende private (es. trasporto del sangue e degli emocomponenti).



B.5 Attività di Valutazione Esterna della Qualità svolte dal Servizio trasfusionale**B.4.1 Valutazione Esterna della Qualità per l'attività diagnostica di laboratorio¹⁰**

- Immunoematologia
 Microbiologia
 Altro: _____

C. ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO TRASFUSIONALE**C.1 Ruoli chiave**

	Ruolo	Nominativo
<input type="checkbox"/>	Direttore del Servizio trasfusionale	
<input type="checkbox"/>	Funzione di garanzia della qualità	
<input type="checkbox"/>	Responsabile Produzione	
<input type="checkbox"/>	Responsabile Controllo Qualità	
<input type="checkbox"/>	Responsabile Emovigilanza	
<input type="checkbox"/>	Responsabile procedure di look-back	
<input type="checkbox"/>	Altro ¹¹ :	

Selezionare con una crocetta le opzioni applicabili.

C.2 Organigramma della Struttura

Allegare un documento con organigramma nominativo (*Allegato 3, da redigere a cura della Struttura*).

D. LOCALI E AUTOEMOTECHE**D.1 Sedi fisse**

Allegare, per ciascuna sede fissa, la planimetria comprensiva di destinazione d'uso e metratura degli ambienti, inclusi quelli destinati al deposito di materiali e reattivi (*Allegato 4, da acquisire a cura della Struttura*).

D.2 Autoemoteche e locali fissi accessori per la raccolta di sangue ed emocomponenti

Allegare, per ciascuna autoemoteca:

1. il lay-out (*Allegato 5, da acquisire a cura della Struttura*).
2. l'indirizzo e la planimetria dei locali fissi accessori¹² utilizzati per la raccolta di sangue ed emocomponenti, comprensiva di destinazione d'uso e metratura (*Allegato 6, da acquisire a cura della Struttura*).

E. SISTEMI GESTIONALI INFORMATIZZATI

Software ¹³	Versione	Fornitore	Data prima convalida	Data ultima convalida

¹⁰ Selezionare le opzioni applicabili.

¹¹ Ruoli chiave di direzione/coordinatione (es. Coordinatore tecnico, Coordinatore infermieristico, Responsabile di uno specifico Settore).

¹² Aree destinate all'attesa dei donatori, aree destinate al riposo/ristoro post-donazione, servizi igienici.

¹³ Compresi i *middleware*, ossia i programmi informatici che fungono da intermediari tra diverse applicazioni e componenti software e che sono spesso utilizzati come supporto per sistemi distribuiti complessi. Aggiungere righe secondo quanto necessario.



F. PROCEDURE GESTIONALI E OPERATIVE

Compilare l'apposito format in appendice (*Allegato 7, format*) o allegare l'elenco dei documenti in vigore nella Struttura¹⁴.

G. EMOVIGILANZA E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE TRASMISSIBILI

Allegare copia del Report per l'emovigilanza e per la sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili relativo all'anno solare precedente a quello in corso (*Allegato 8, da redigere a cura della Struttura*).

H. CAMBIAMENTI SIGNIFICATIVI DELL'ORGANIZZAZIONE¹⁵

(dopo l'ultima visita di verifica effettuata dalle Autorità Competenti)

Allegare la documentazione inerente al cambiamento, comprensiva del rationale e di una valutazione dei rischi correlati (*Allegato 9, da redigere a cura della Struttura*).

I. ELENCO ALLEGATI¹⁶

	A	N.A.	
Allegato 1			Elenco attività svolte da ogni sede operativa (<i>compilare il format in appendice</i>)
Allegato 2			Repertorio prestazioni e prodotti
Allegato 3			Organigramma nominativo della Struttura
Allegato 4			Planimetria sedi fisse
Allegato 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lay-out autoemoteche
Allegato 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indirizzi e planimetrie locali fissi utilizzati per attività accessorie a quelle svolte in autoemoteca
Allegato 7			Elenco procedure gestionali e operative (<i>compilare il format in appendice o allegare l'elenco dei documenti in vigore nella Struttura</i>)
Allegato 8			Copia Report emovigilanza e sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili (anno solare precedente a quello in corso)
Allegato 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documentazione inerente ai cambiamenti significativi dell'organizzazione intervenuti dopo l'ultima visita di verifica effettuata dalle Autorità Competenti

Data	Firma Direttore del Servizio trasfusionale
Data	Firma Legale rappresentante Azienda Sanitaria

¹⁴ L'elenco è ammesso solo se contiene le informazioni previste nel format in appendice.

¹⁵ Indicare se i cambiamenti sono di tipo strutturale, tecnologico o organizzativo e fornire una breve descrizione (es. variazione del repertorio delle attività svolte / dei prodotti realizzati dalla Struttura, variazione delle sedi dove si svolgono le attività, modifica della destinazione d'uso o del lay-out dei locali, modifica delle modalità di erogazione dei processi).

¹⁶ Ove previsto, selezionare con una crocetta l'opzione prescelta (A = Applicabile ; N.A. = Non Applicabile).



**Relazione tecnica del Servizio trasfusionale
Allegato 1 - Elenco attività svolte in ogni sede operativa¹⁷**

Sede operativa 1 ¹⁸	Cod. attività	Dettaglio (ove richiesto)	Volumi di attività	
			anno solare precedente a quello	in corso

Sede operativa 2 ¹⁸	Cod. attività	Dettaglio (ove richiesto)	Volumi di attività	
			anno solare precedente a quello	in corso

Legenda codici attività

1	Raccolta di sangue intero	10	Esecuzione di test immunoematologici per la qualificazione biologica degli emocomponenti
2	Raccolta di emocomponenti mediante aferesi	11	Validazione per il rilascio degli emocomponenti all'uso
3	Raccolta di cellule staminali emopoietiche e/o linfociti da sangue periferico	12	Diagnostica immunoematologica complessa
4	Produzione di emocomponenti mediante scomposizione del sangue intero	13	Diagnostica genetica correlata alla istocompatibilità
5	Congelamento di plasma	14	Assegnazione di emocomponenti per uso clinico ¹⁹
6	Congelamento di concentrati eritrocitari e/o piastrinici	15	Distribuzione di emocomponenti
7	Altre lavorazioni degli emocomponenti (specificare)	16	Prelievo, produzione ed applicazione di emocomponenti ad uso non trasfusionale
8	Esecuzione di test sierologici per la qualificazione biologica degli emocomponenti	17	Aferesi terapeutica
9	Esecuzione di test di biologia molecolare per la qualificazione biologica degli emocomponenti	18	Altre attività (specificare)

**Relazione tecnica del Servizio trasfusionale
Allegato 7 - Elenco procedure gestionali e operative**

Codice ¹⁸	Documento	Revisione in vigore	Data revisione in vigore

¹⁷ Elencare le attività svolte nella sede principale della Struttura e nelle sedi delle eventuali articolazioni organizzative (sedi fisse o autoemoteche). Aggiungere tabelle in relazione al numero di sedi operative.

¹⁸ Aggiungere righe secondo quanto necessario.

¹⁹ Indicare il numero di unità di emocomponenti assegnati.



APPENDICE 2 – Parte B

Elementi essenziali per la Relazione tecnica dell'Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti.

Il presente documento deve essere compilato e fornito all'Autorità Competente prima di ogni visita di verifica finalizzata al rilascio o al rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale della struttura.

Revisione	
Sezioni modificate rispetto a versione precedente	

A. INFORMAZIONI GENERALI**A.1 Soggetti di riferimento**

Denominazione Associazione	
Indirizzo sede legale	
Legale Rappresentante UdR ²⁰	
Persona Responsabile UdR ²¹	

A.2 Sedi operative dell'Unità di raccolta**A.2.1 Sede principale**

Denominazione	Indirizzo	Tel.	Email

A.2.2 Articolazioni organizzative con sede fissa²²

n. prog. ²³	Denominazione	Indirizzo	Tel.
1			
...			

A.2.3 Articolazioni organizzative con sede mobile (autoemoteche)²⁴

n. prog. ²³	Modello	Targa
1		
...		

A.3 Servizio trasfusionale di riferimento

Denominazione Servizio trasfusionale			
Indirizzo	Tel.	Persona Responsabile	Rif. convenzione Az. Sanitaria-Assoc./Fed. donatori

²⁰ UdR: Unità di raccolta.

²¹ Ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261.

²² Compilare ove applicabile.

²³ Aggiungere righe secondo quanto necessario.

²⁴ Compilare ove applicabile, inserendo solo le autoemoteche dove si svolgono attività di raccolta per le quali la titolarità dell'autorizzazione spetta alla UdR.



B. ATTIVITÀ SVOLTE DALL'UNITÀ DI RACCOLTA**B.1 Elenco attività svolte direttamente in ogni sede operativa**

Compilare l'apposito format in appendice (*Allegato 1, format*).

B.2 Attività esternalizzate²⁵

Attività esternalizzata	Fornitore

C. ORGANIZZAZIONE DELL'UNITÀ DI RACCOLTA**C.1 Ruoli chiave**

	Ruolo	Nominativo
<input type="checkbox"/>	Persona Responsabile	
<input type="checkbox"/>	Funzione di garanzia della qualità	
<input type="checkbox"/>	Altro ²⁶ :	

Selezionare con una crocetta le opzioni applicabili

C.2 Organigramma della Struttura

Allegare un documento con organigramma nominativo (*Allegato 2, da redigere a cura della Struttura*).

D. LOCALI E AUTOEMOTECHE**D.1 Sedi fisse**

Allegare, per ciascuna sede fissa, la planimetria comprensiva di destinazione d'uso e metratura degli ambienti, inclusi quelli destinati al deposito di materiali e reattivi (*Allegato 3, da acquisire a cura della Struttura*).

D.2 Autoemoteche e locali fissi accessori per la raccolta di sangue ed emocomponenti

Allegare, per ciascuna autoemoteca:

- il lay-out (*Allegato 4, da acquisire a cura della Struttura*).
- l'indirizzo e la planimetria dei locali fissi accessori²⁷ utilizzati per la raccolta di sangue ed emocomponenti, comprensiva di destinazione d'uso e metratura (*Allegato 5, da acquisire a cura della Struttura*).

E. SISTEMI GESTIONALI INFORMATIZZATI

Software ²⁸	Versione	Fornitore	Data prima convalida	Data ultima convalida

²⁵ Trasporto sangue intero e/o emocomponenti; controllo e manutenzione apparecchiature; sanificazione ambienti e relativi controlli, altro (specificare). Aggiungere righe secondo quanto necessario.

²⁶ Ruoli chiave di direzione/coordinamento (es. Coordinatore infermieristico).

²⁷ Aree destinate all'attesa dei donatori, aree destinate al riposo/ristoro post-donazione, servizi igienici.

²⁸ Compresi i *middleware*, ossia i programmi informatici che fungono da intermediari tra diverse applicazioni e componenti software e che sono spesso utilizzati come supporto per sistemi distribuiti complessi. Aggiungere righe secondo quanto necessario.



F. PROCEDURE GESTIONALI E OPERATIVE

Compilare l'apposito format in appendice (*Allegato 6, format*) o allegare l'elenco dei documenti in vigore nella Struttura²⁹.

G. CAMBIAMENTI SIGNIFICATIVI DELL'ORGANIZZAZIONE³⁰
(dopo l'ultima visita di verifica effettuata dalle Autorità Competenti)

Allegare la documentazione inerente al cambiamento, comprensiva del rationale e di una valutazione dei rischi correlati (*Allegato 7, da redigere a cura della Struttura*).

H. ELENCO ALLEGATI³¹

	A	N.A.	
Allegato 1			Elenco attività svolte da ogni sede operativa (<i>compilare il format in appendice</i>)
Allegato 2			Organigramma nominativo della Struttura
Allegato 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Planimetria sedi fisse
Allegato 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lay-out autoemoteche
Allegato 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indirizzi e planimetrie locali fissi utilizzati per attività accessorie a quelle svolte in autoemoteca
Allegato 6			Elenco procedure gestionali e operative (<i>compilare il format in appendice o allegare l'elenco dei documenti in vigore nella Struttura</i>)
Allegato 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documentazione inerente ai cambiamenti significativi dell'organizzazione intervenuti dopo l'ultima visita di verifica effettuata dalle Autorità Competenti

Data	Firma Persona Responsabile Unità di raccolta
-------------	---

Data	Firma Legale rappresentante Unità di raccolta
-------------	--

Data	Firma Direttore Servizio trasfusionale di afferenza dell'Unità di raccolta
-------------	---

²⁹ L'elenco è ammesso solo se contiene le informazioni previste nel format in appendice.

³⁰ Indicare se i cambiamenti sono di tipo strutturale, tecnologico o organizzativo e fornire una breve descrizione (es. incremento significativo delle attività, variazione delle sedi dove si svolgono le attività, modifica del lay-out dei locali, modifica delle modalità di erogazione dei processi).

³¹ Ove previsto, selezionare con una crocetta l'opzione prescelta (A = Applicabile ; N.A. = Non Applicabile)



Relazione tecnica dell'Unità di raccolta
Allegato 1 - Attività di raccolta svolte in ogni sede operativa³²

Sede operativa 1³³	Cod. attività	Dettaglio (per raccolta di emocomponenti mediante aferesi)	Volumi di attività anno solare precedente a quello in corso

Sede operativa 2³³	Cod. attività	Dettaglio (per raccolta di emocomponenti mediante aferesi)	Volumi di attività anno solare precedente a quello in corso

Legenda codici attività

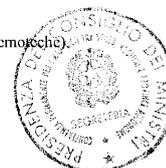
1	Raccolta di sangue intero	2	Raccolta di emocomponenti mediante aferesi
---	---------------------------	---	--

Relazione tecnica dell'Unità di raccolta
Allegato 6- Elenco procedure gestionali e operative

Codice³³	Documento	Revisione in vigore	Data revisione in vigore

³² Elencare le attività svolte nella sede principale della Struttura e nelle sedi delle eventuali articolazioni organizzative (sedi fisse o autoemoieche).

³³ Aggiungere righe secondo quanto necessario.



APPENDICE 3

Elementi minimi da sviluppare nel report di verifica e criteri di classificazione delle non conformità.

Il *report* di verifica rilasciato alla Struttura oggetto di verifica deve riportare i seguenti elementi minimi:

Informazioni sulla Struttura visitata:

1. Nome e indirizzo della sede principale e delle sedi delle eventuali articolazioni organizzative verificate.
2. Persona responsabile del Servizio trasfusionale/dell'Unità di raccolta.
3. Breve descrizione della Struttura.
4. Indice/data di revisione della Relazione tecnica di riferimento del Servizio trasfusionale/dell'Unità di raccolta.

Informazioni relative alla verifica:

1. Composizione del *team* di verifica per ogni sede verificata: nominativi e ruolo assegnato (*team leader*, VSTI afferenti alla Regione/Provincia autonoma o ad altre Regioni/Province autonome o al CNS, altri valutatori della Regione/Provincia autonoma, eventuali esperti tecnici).
2. Finalità della verifica (rilascio autorizzazione/accreditamento, adeguamento autorizzazione/accreditamento a fronte di cambiamenti, rinnovo autorizzazione/accreditamento).
3. Normativa di riferimento per l'effettuazione della verifica.
4. Data/e in cui è stata effettuata la verifica presso ogni sede.
5. Modalità di effettuazione della verifica (visita di verifica *in situ*, visita di verifica in modalità da remoto, combinazione delle due modalità, verifica su base documentale³⁵).
6. Data della precedente verifica e relative non conformità rilevate, riferimento al relativo provvedimento di autorizzazione/accreditamento.
7. Personale chiave della Struttura coinvolto nel corso della verifica.

Osservazioni e non conformità rilevate nel corso della verifica:

Per ogni sede della Struttura verificata, il *report* deve riportare una valutazione puntuale, in relazione a ciascun capitolo dell'Allegato A dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 e al presente Allegato, nonché le eventuali non conformità riscontrate.

Le non conformità devono essere descritte ponendole esplicitamente in relazione ai requisiti definiti dall'Allegato A del succitato Accordo, indicando il riferimento, ove applicabile, alle normative vigenti e alle linee guida istituzionali.

Le non conformità devono essere classificate come segue:

Non conformità critica	Deviazione grave rispetto ai requisiti applicabili, con potenziale impatto diretto sulla sicurezza del donatore o del paziente.
Non conformità maggiore	Deviazione significativa rispetto ai requisiti applicabili, ma senza potenziale impatto diretto sulla sicurezza del donatore o del paziente.
Non conformità minore	Deviazione senza potenziale impatto sulla sicurezza del donatore o del paziente o per la quale l'impatto non possa essere determinato alla luce degli elementi disponibili.

³⁵ Limitatamente ai casi previsti nel paragrafo A), punto 7 e nel paragrafo B), punto 7 del presente Allegato.



Assumono particolare rilievo, in termini di criticità, le non conformità derivanti dalla mancata applicazione di esplicite disposizioni di legge volte a tutelare la salute e la sicurezza del donatore e del paziente.

La combinazione di più non conformità minori, nessuna delle quali di per sé in grado di impattare sulla sicurezza del donatore o del paziente, può determinare una non conformità maggiore o critica.

La presenza di non conformità critiche può determinare la necessità di sospendere la specifica attività a rischio fino alla messa in atto delle azioni necessarie a risolvere la non conformità riscontrata. Tale circostanza deve essere chiaramente indicata nel *report*.

Conclusioni e adeguamenti richiesti

1. Valutazione complessiva del livello di adeguatezza della Struttura rispetto alle norme applicabili.
2. Richiesta di adeguamenti a fronte delle eventuali non conformità rilevate e relativi tempi.
3. Per i Servizi trasfusionali, certificazione di conformità, subordinata ove necessario alla attuazione degli adeguamenti richiesti.



APPENDICE 4

Requisiti per l'accesso al programma di formazione dei Valutatori per il sistema trasfusionale italiano (VSTI).

1. Titolo di studio:
 - diploma di laurea universitario in ambito sanitario o titoli equiparati
2. Esperienza lavorativa:
 - esperienza lavorativa in ambito sanitario di almeno 3 anni
3. Competenze professionali:
 - conoscenze e competenze specifiche nel campo dei sistemi di gestione per la qualità
 - conoscenza dei principi, procedure e tecniche relative ai processi di *auditing*
 - conoscenza dei modelli di autorizzazione/accreditamento e della normativa di riferimento
 - eventuali esperienze in qualità di valutatori di sistemi qualità

Il soddisfacimento dei suddetti requisiti deve essere attestato da un *curriculum vitae* in formato europeo.



APPENDICE 5

Formazione dei Valutatori per il sistema trasfusionale italiano (VSTI).*Programma di formazione di base***1. Normativa di settore**

- 1.1 Normativa cogente e raccomandata in materia di attività trasfusionali a livello nazionale ed europeo, ivi inclusi gli aspetti inerenti alle cellule staminali emopoietiche di interesse del sistema trasfusionale.
- 1.2 Organizzazione trasfusionale in Italia.
- 1.3 Normativa nazionale ed europea in materia di prodotti medicinali: aspetti di pertinenza del sistema trasfusionale.

2. Gestione delle attività di verifica

- 2.1 Attività di verifica ai sensi della normativa vigente.
- 2.2 Preparazione della visita di verifica.
- 2.3 Elaborazione del report di verifica e classificazione delle non conformità.

3. Principi di base di un sistema di gestione per la qualità nel sistema trasfusionale

- 3.1 Sistema di gestione per la qualità; organizzazione; gestione della documentazione; misurazione, analisi e miglioramento della qualità.
- 3.2 Gestione controllata dei processi; convalida; qualificazione; "change control"; controllo statistico di processo.

4. Personale

- 4.1 Figure chiave di una struttura trasfusionale.
- 4.2 Gestione delle competenze del personale.

5. Ambienti e logistica

- 5.1 Requisiti applicabili ai locali/aree destinati allo svolgimento delle attività trasfusionali.
- 5.2 Logistica, sicurezza e igiene degli ambienti dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta.
- 5.3 Monitoraggio delle condizioni ambientali.

6. Tecnologie e materiali

- 6.1 Acquisizione, controllo e gestione dei materiali.
- 6.2 Acquisizione, qualificazione e gestione controllata delle apparecchiature.

7. Sistemi gestionali informatizzati e flussi informativi**8. Processi trasfusionali**

- 8.1 Selezione del donatore e raccolta del sangue e degli emocomponenti.
- 8.2 Test di laboratorio per la qualificazione biologica degli emocomponenti.
- 8.3 Produzione, validazione ed etichettatura degli emocomponenti.
- 8.4 Assegnazione degli emocomponenti.
- 8.5 Conferimento del plasma all'industria per la produzione di farmaci emoderivati.
- 8.6 Conservazione e trasporto degli emocomponenti.

9. Tracciabilità**10. Emovigilanza**

- 10.1 Sistema regionale, nazionale ed europeo di emovigilanza.
- 10.2 Malattie infettive trasmissibili con la trasfusione e loro sorveglianza.
- 10.3 Identificazione e notifica delle reazioni e degli eventi avversi relativi al ricevente ed al donatore.



Formazione pratica

Al termine dell'evento di formazione teorica di base per nuovi VSTI è previsto un esame di qualificazione; a seguito del superamento dell'esame, le Regioni/Province autonome, al fine di consentire la familiarizzazione con le tecniche di verifica dei processi trasfusionali e dei flussi delle attività che li compongono, prevedono per ciascun valutatore l'effettuazione, ivi inclusa la documentazione, di almeno tre visite di verifica presso altrettanti Servizi trasfusionali in affiancamento a VSTI esperti.

Temi oggetto di aggiornamento periodico dei VSTI

- Evoluzione della legislazione, degli standard e delle linee guida di interesse del settore.
- Evoluzione delle tecnologie e delle tecniche applicabili al sistema trasfusionale.
- Malattie trasmissibili emergenti e reazioni avverse.



APPENDICE 6

Criteria per l'inserimento e per la permanenza nell'elenco nazionale dei Valutatori per il sistema trasfusionale italiano (VSTI).**1. Criteri di inserimento nell'elenco**

Sono inseriti nell'elenco esclusivamente valutatori che abbiano regolarmente frequentato uno degli eventi di formazione previsti dal programma di cui al paragrafo D, punto 1 del presente Allegato e che abbiano superato positivamente l'esame di qualificazione finale. Il superamento dell'esame è attestato dal CNS.

2. Criteri per la permanenza dei valutatori nell'elenco

Ai fini della permanenza nell'elenco, i valutatori qualificati (VSTI) devono:

- partecipare agli eventi di aggiornamento organizzati dal CNS di cui al paragrafo D, punto 4 del presente Allegato;
- partecipare alle eventuali iniziative organizzate dal CNS per la verifica del mantenimento delle competenze di cui al paragrafo D, punto 6 del presente Allegato e superare le prove previste in questa sede;
- effettuare e documentare un numero di visite di verifica delle strutture trasfusionali pari ad almeno sei nell'arco di due anni, in riferimento alla periodicità di aggiornamento prevista per l'elenco nazionale dei VSTI. Per l'ottemperanza a tale criterio, sono ammesse le visite di verifica finalizzate al rilascio o al rinnovo della certificazione di conformità dei Servizi trasfusionali ai requisiti dell'Allegato A dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 (Rep. atti n. 29/CSR), le visite di verifica finalizzate al rilascio o al rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle Unità di raccolta e le verifiche associate a misure di controllo di cui al decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261 (articolo 5, comma 4), condotte presso le sedi delle suddette strutture o delle loro articolazioni organizzative.

Ai fini della permanenza nell'elenco, sono considerate le visite di verifica effettuate:

- a) *in situ*;
- b) in modalità da remoto, anche svolte presso altre Regioni/Province autonome;
- c) su base documentale, purché in numero non superiore a 2 nel biennio considerato;
- d) attraverso una combinazione della modalità sopra indicate;
- e) *in situ* per la valutazione della implementazione di azioni correttive, nell'ambito delle attività di *follow-up*.

La Regione/Provincia autonoma, attraverso gli organismi competenti, è tenuta con cadenza annuale ad attestare formalmente al CNS l'espletamento delle visite di verifica effettuate dai VSTI ad essa afferenti (o dai VSTI afferenti ad altre Regioni/Province autonome o al CNS a cui si è fatto eventualmente ricorso), nei tempi e con le modalità comunicati dal CNS, al fine di consentire a quest'ultimo l'accertamento del rispetto dei criteri previsti per la permanenza dei VSTI nell'elenco nazionale.

La Regione/Provincia autonoma, attraverso gli organismi competenti, è tenuta a comunicare formalmente al CNS, con le modalità da questo indicate, la sospensione dei VSTI, con l'indicazione della motivazione in tutti i casi, ivi inclusi quelli compresi dalle norme regolamentari per la sospensione temporanea e la cancellazione dei valutatori dall'elenco nazionale stabilite dal decreto 26 maggio 2011.

Il CNS attesta formalmente alla Regione/Provincia autonoma l'esito complessivo della valutazione periodica del mantenimento dei requisiti previsti ai fini della permanenza dei VSTI nell'elenco nazionale.



Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1707

Linee Guida organizzative regionali per la presa in carico presso la rete ospedaliera di emergenza-urgenza

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare le "Linee Guida organizzative regionali per la presa in carico presso la rete ospedaliera di Emergenza-Urgenza " di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di demandare agli Enti del SSR l'attuazione di quanto disposto nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto.

Allegato A

LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO PRESSO LA RETE OSPEDALIERA DI EMERGENZA-URGENZA

O. SOMMARIO

1. PREMESSA.....	2
2. MISURE PER IL MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA NEI PS	2
Accesso in pronto soccorso: Triage	3
Gestione attesa/abbandoni	3
Ambulatori codici minori	5
Percorso Fast Track.....	5
See and Treat.....	6
Esito trattamento dal Pronto Soccorso	6
Criteri predefiniti di identificazione del sovraffollamento e attività conseguenti	8
Customer satisfaction	11
3. MISURE SPECIFICHE PER LA GESTIONE DEL BOARDING	11
Individuazione di criteri comuni nella definizione delle dotazioni di posti letto dei reparti ospedalieri a disposizione dei centri PS	12
Tempi massimi per le consulenze	12
Bed Management	13
Istituzione della figura del bed manager territoriale.....	13
4. MISURE PER INCREMENTARE L'APPROPRIATEZZA DEGLI ACCESSI AL PS	14
Compagna informativa per l'accesso appropriato al PS.....	14
Violenza sugli Operatori Sanitari	14
5. APPENDICE 1	16
MANUALE DI TRIAGE	16
6. APPENDICE 2.....	34
CONDIZIONI CLINICHE CHE CONSENTONO/ESCLUDONO L'ATTIVAZIONE DEI PERCORSI DI FAST TRACK	34

1. PREMESSA

In ottemperanza alle indicazioni ministeriali emanate con l'Accordo Stato Regioni del 01/08/2019: "*Linee di indirizzo nazionale sul Triage Intraospedaliero*", "*Linee di indirizzo nazionali sull' Osservatorio Breve Intensiva*" e "*Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*", recepite con la DGR n.1457/2019, la Regione Marche ha attivato un percorso per il potenziamento delle attività di Emergenza-urgenza e dato mandato agli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di avviare specifiche azioni di miglioramento, al fine di ridurre le criticità. Dopo una prima sperimentazione, attuata con DGR n.734/2022, è stato strutturato un monitoraggio settimanale delle attività, su piattaforma "on line", che ha consentito di condividere con il gruppo di lavoro composto dai Direttori dei Pronto Soccorso regionali (sia delle strutture ospedaliere, sia sede di DEA) di base e coordinato dal Settore Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza e Ricerca, le problematiche delle singole strutture e le modalità operative intraprese da ognuno per gestirle, come ad esempio:

- implementazione dei percorsi di gestione dei pazienti (fast track);
- potenziamento e istituzionalizzazione del ruolo del "bed manager";
- iniziative di networking: rafforzamento della rete "a monte" dei PS con la centrale operativa di riferimento per migliorare la distribuzione degli accessi e "a valle" con i servizi territoriali per agevolare i ricoveri e i trasferimenti;
- automonitoraggio/studio del fenomeno attraverso la piattaforma regionale o, in alcune strutture, con l'impiego aggiuntivo di strumenti analitici (preferibilmente il sistema NEDOCS - *National Emergency Department Overcrowding Study*) che "fotografano" la situazione di affollamento e sono in grado di fornire feedback utili alla gestione del fenomeno.

Inoltre, al fine di conseguire l'omogeneizzazione delle procedure organizzative, nonché il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'assistenza delle cure in pronto soccorso attraverso l'implementazione delle linee di indirizzo regionali, il gruppo dei referenti ha redatto il presente documento.

2. MISURE PER IL MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DI ASSISTENZA E CURA NEI PS

La presa in carico globale del paziente, in risposta ai bisogni di salute, deve essere garantita dalle strutture sanitarie del SSR che erogano prestazioni sanitarie in un'ottica di efficacia, efficienza, qualità, sicurezza delle cure, nel rispetto della centralità del paziente e della dignità della persona, attraverso un sistema sanitario di offerta organizzato in reti, così come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2018." Per ciò che attiene le reti cliniche tempo-dipendenti, previste dal DM 70/2015, il Servizio per l'emergenza territoriale 118 rappresenta l'elemento cruciale per la definizione di un sistema integrato di diagnosi precoce e cura territoriale, basato sulla collaborazione di ospedali e servizi interdipendenti, operanti in rete per garantire i migliori risultati con un impiego ottimale di risorse. Le centrali Operative (CO) svolgono le funzioni di processazione delle chiamate di soccorso, identificazione del codice d'intervento sulla base della gravità/urgenza del caso, invio del mezzo più idoneo fino al luogo dell'evento per il trasporto del paziente nel più breve tempo possibile all'ospedale più adeguato, garantendogli un trattamento pre-ospedaliero nel rispetto delle linee guida internazionali. Nelle more della revisione dell'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza, così come definita nella L.R. n. 36/1998, il Pronto soccorso (PS) rappresenta il nodo strategico della rete, sia in caso di paziente che si presenta direttamente con mezzi propri sia in caso di trasporto da parte del 118. Poiché l'accesso diretto al PS può comportare un rischio potenziale di ritardo diagnostico, e quindi di trattamento, risulta importante incrementare la percentuale di pazienti che richiedono l'intervento del 118 mediante campagne informative rivolte al cittadino. Come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2019, in PS vanno attuati protocolli operativi di valutazione rapida per ridurre i tempi di attesa, facilitare la diagnosi e il conseguente avvio al percorso terapeutico più appropriato.

Accesso in pronto soccorso: Triage

L'accoglienza delle persone che giungono in PS viene espletata dal Triage, una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine di accesso al trattamento. Tale attività deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore e gli infermieri devono aver eseguito un adeguato percorso formativo ed essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalle norme di accreditamento e dalle disposizioni nazionali vigenti. Da un punto di vista metodologico il processo di Triage si articola in quattro fasi:

1. Valutazione immediata (c.d. sulla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con alterazioni critiche di una o più funzioni vitali che necessitano di un intervento immediato.
2. Valutazione analitica soggettiva e oggettiva: viene effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata) e la rilevazione di segni clinici e parametri vitali; tiene conto della documentazione clinica disponibile, anche in relazione a precedenti accessi.
3. Decisione di Triage: consiste nell'assegnazione del codice di priorità, nell'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e nell'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.
4. Fase della Rivalutazione: consiste nella rivalutazione periodica (codici a rischio evolutivo) o a chiamata (per tutti i codici) dei pazienti in attesa, con particolare riferimento alle condizioni cliniche e ad eventuali nuovi bisogni assistenziali.

Al termine di ogni valutazione è possibile confermare o modificare il codice di priorità assegnato e quindi il percorso del paziente. Il ruolo di grande rilevanza strategica assunto dal Triage all'interno dei servizi di PS, il progressivo affinamento delle metodologie di valutazione e la necessità organizzativa di creare percorsi basati sulla complessità dei pazienti, ha reso necessario modificare il vecchio sistema di codifica a quattro codici colore in uno, più performante, a cinque diversi livelli di priorità decrescente. Ciò è in linea anche con le attuali evidenze scientifiche internazionali. In appendice 1 nel documento denominato "**Manuale di Triage**" sono dettagliate le modalità di attribuzione del codice di priorità.

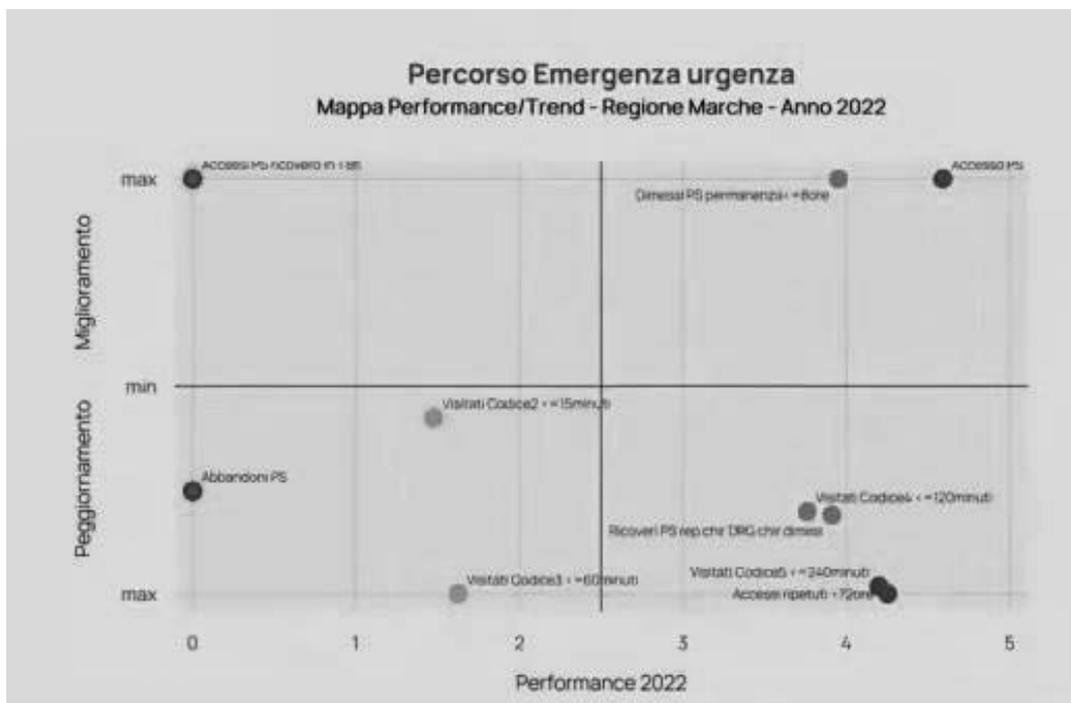
In condizioni di normale affluenza e assetto organizzativo vengono garantiti per i diversi codici gli standard temporali previsti (tempo massimo di attesa). La rivalutazione, quale imprescindibile fase del processo di triage, è l'attività professionale mirata a consentire il monitoraggio dei pazienti in attesa, mediante rilievo periodico dei parametri soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute. Considerata una fase fondamentale dell'attività di triage, permette di evidenziare elementi di aggravamento del quadro clinico iniziale che potrebbero portare ad una modificazione del codice di priorità assegnato; consente, allo stesso tempo, di assicurare il paziente e/o i familiari e gli accompagnatori sulle condizioni cliniche, in modo che la percezione dell'utente sia di una presa in carico continuativa. La rivalutazione deve avvenire ad intervalli predefiniti per la casistica a rischio evolutivo ed a chiamata per tutti i pazienti. Le soluzioni strutturali devono comunque consentire una costante sorveglianza "a vista" dei pazienti in attesa. Il pronto soccorso inoltre devono adottare percorsi specialistici dedicati o fast track direttamente a partire dal triage sulla base della valutazione infermieristica e nel rispetto di protocolli condivisi e specifiche modalità organizzative.

Gestione attesa/abbandoni

L'attesa in Pronto soccorso per pazienti e famigliari rappresenta una fase critica del rapporto del cittadino con il Servizio sanitario. L'esperienza ed il ricordo dell'attesa e del tempo trascorso in coda sono inconvenienti che possono diminuire il livello di qualità di servizio percepito dall'utente. Oltre ad attuare ogni strategia volta a ridurre il tempo dell'attesa (e delle attese intermedie) è necessario intervenire per evitare che questo tempo pregiudichi le condizioni di salute o più in generale il benessere del paziente. È dunque necessario favorire il processo d'umanizzazione in Pronto Soccorso a garanzia del recupero della centralità del paziente, facendosi carico non solo degli aspetti fisici della malattia, ma anche di quelli psicologici, relazionali e sociali, conciliando

politiche di accoglienza, informazioni e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati dal cittadino. Risultano dunque auspicabili strumenti informativi e modalità di supporto all'attesa quali la presenza di volontari, di sistemi tipo monitor per l'informazione e l'intrattenimento, o altre iniziative volte al miglioramento del benessere degli utenti e degli accompagnatori in attesa, come la predisposizione di diversi spazi per le fasi del percorso (pre e post-visita). Dovranno inoltre essere identificate soluzioni specifiche, anche strutturali, per l'attesa di gruppi particolari di pazienti (pazienti con agitazione psico-motoria, vittime di violenza, bambini, ecc.) Particolare attenzione deve essere posta alla rivalutazione del paziente/utente in attesa, in particolare dei soggetti in condizioni di fragilità e/o disabilità. Un fenomeno rilevante legato alla fase dell'attesa, sia prima che dopo la visita medica, è quello degli abbandoni che è stato inserito negli indicatori che contribuiscono alla valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali e che permettendo di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza regionali ed aziendali. Gli indicatori con performance ottima si localizzano sulla fascia verde mentre quelli con performance scarsa si trovano sulla fascia rossa. Nel percorso Emergenza-Urgenza, nei report del 2022, di seguito riportati, si nota un aumento del numero degli abbandoni dal PS che determina un peggioramento della performance della Regione Marche. Necessario quindi migliorarne la gestione presso tutti gli Enti del SSR.





Ambulatori codici minori

Al fine di ridurre i fenomeni di sovraccollimento in Pronto Soccorso vengono stimulate iniziative organizzative finalizzate a differenziare le attività di presa in carico per i codici a minor urgenza (bassa criticità). In particolari contesti locali potranno essere attivate specifiche collaborazioni funzionali con professionisti delle cure primarie al fine di ridurre gli accessi non appropriati o le non urgenze in Pronto Soccorso.

Percorso Fast Track

In adempimento a quanto stabilito dalle indicazioni ministeriali, all'interno del PS devono essere realizzati percorsi separati clinico organizzativi diversi in base alla priorità che richiedono prestazioni a bassa complessità con invio a team sanitari distinti da quelli del PS facilitando contemporaneamente l'integrazione tra i diversi servizi ospedalieri.

Il FAST TRACK o "percorso breve" è una procedura operativa per la gestione intraospedaliera delle prestazioni di Pronto Soccorso per pazienti con patologie minori, ben definite, e con interessamento d'organo o apparato limitato e circoscritto. Tale procedura consiste nella strutturazione di un "percorso veloce" che includa l'attivazione di protocolli condivisi "ad hoc" che, sulla base di criteri di inclusione ed esclusione, avviano il paziente direttamente dalla sede del triage, alla specifica visita specialistica.

Gli obiettivi principali di questo percorso sono:

- la riduzione dei tempi di attesa in Pronto Soccorso per quei pazienti che non richiedono prestazioni a carattere di emergenza/urgenza e che, non trovandosi in condizioni di particolare complessità, possono accedere direttamente alla prestazione specialistica, su valutazione dell'infermiere di triage, attraverso l'applicazione di protocolli condivisi con il personale medico di riferimento;
- migliorare la qualità percepita dall'utente rispetto al Pronto Soccorso ed al Servizio Sanitario in genere;
- ridurre il sovraccollimento del Pronto Soccorso.

Il "fast track" deve essere applicato in tutte le strutture ospedaliere quale strumento necessario ed indispensabile per migliorare i percorsi intraospedalieri, da attivare per il maggior numero di discipline presenti e per tutte le condizioni cliniche consentite (in appendice 2 sono riportati alcuni esempi di scheda operativa).

Possono essere previsti, in via sperimentale, in specifici contesti, di concerto con la Direzione Medica Ospedaliera (DMO), percorsi organizzativi ed amministrativi che consentano al medico specialista di completare l'iter diagnostico o di ricoverare direttamente il paziente, senza reinviarlo all'attenzione del medico del PS, qualora non siano necessari eventuali ulteriori accertamenti di rilievo.

See and Treat

Altro modello organizzativo possibile per il trattamento di alcune urgenze minori, sulla base delle indicazioni nazionali, è il See and Treat (tecnicamente, vuol dire "guarda e tratta") che non può prescindere dall'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici per la gestione della casistica a bassa intensità di cura. Tale modalità assistenziale non può essere adottata nell'approccio a sintomatologie che necessitano di approfondimenti specialistici (es. dolori addominali, sintomi neurologici, problematiche cardiovascolari o respiratorie...) ma per i soli casi previsti dai protocolli approvati dalla Direzione Sanitaria che devono prevedere modalità di rivalutazione del paziente atti a garantire che al mutare della condizione clinica, il paziente possa essere reinserito nel percorso assistenziale di Pronto Soccorso. Il personale infermieristico che svolge l'attività di See and Treat, deve essere in possesso di formazione specifica, applicare le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicurare il completamento del percorso. Dopo la fase di triage che definisce il caso come trattabile con il See and Treat, l'infermiere, nella zona dedicata, esegue l'accertamento e le necessarie prestazioni adeguate alla risoluzione del problema (alcuni esempi: rimozione tappo di cerume, otite esterna, epistassi, rinite, cisti sebacee, foruncolo, idrosadenite, pediculosi, patereccio, geloni, punture di insetti, ritenzione di zecca, ustioni minori, abrasioni, sostituzione catetere vescicale, etc.). I protocolli prevedono anche la possibilità da parte dell'infermiere del See and Treat, se necessario, di avviare il paziente ai percorsi "Fast Track".

Esito trattamento dal Pronto Soccorso

Il tempo di permanenza in PS di un paziente destinato al ricovero non deve superare le 8 ore dal momento della presa in carico e comprende tutto il percorso del paziente all'interno del P.S., inizia con l'ingresso della persona da assistere, la sua accoglienza, la valutazione di Triage, la sua presa in carico e la gestione dell'eventuale attesa; continua con le successive fasi di visita medica ed inizio del percorso diagnostico terapeutico di P.S., fino a uno dei possibili esiti:

- destinazione in OBI;
- ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera (riportare l'orario in cui il paziente affrisce al reparto di degenza);
- trasferimento, a carico della struttura di P.S. come da normativa vigente, presso altra struttura per acuti;
- dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il ritorno presso strutture ambulatoriali ospedaliere (follow up).

OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI)

Se necessario, nel rispetto dei criteri di appropriatezza ministeriali, l'iter di P.S. può esitare nell'invio della persona in OBI. Questa fase, differente e successiva al precedente iter di P.S., deve avere una durata **non inferiore alle 6 ore e non può superare le 44 ore totali** dalla presa in carico al triage in P.S. Il trattamento in OBI può esitare a sua volta in:

- a) ricovero presso una unità di degenza della struttura ospedaliera (che inizia dall'ora di dimissione dall'OBI) o trasferimento presso altra struttura per acuti;
- b) dimissione con affidamento alle strutture territoriali o residenziali, prevedendo se necessario il controllo presso strutture ambulatoriali dell'Azienda sanitaria (follow up).

L'OBI, considerata dal punto di vista organizzativo come una unità funzionale del Pronto Soccorso, costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti:

- ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo
- a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo

aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali. Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, per il notevole impegno del personale medico ed infermieristico, l'esecuzione di accertamenti diagnostici, il monitoraggio clinico e la pianificazione di strategie terapeutiche, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo.

Non costituiscono criteri di ammissione in OBI:

- l'instabilità dei parametri vitali;
- il rischio infettivo;
- l'agitazione psicomotoria con comportamenti lesivi per sé o per gli altri;
- le condizioni che richiedono ricovero in urgenza;
- i ricoveri programmati;
- tutte le attività e/o prestazioni erogabili in altre modalità assistenziali (ambulatorio, DH).

L'O.B.I. non deve essere utilizzata come supporto per la gestione di:

- ricoveri programmati;
- attività eseguibili in regime ambulatoriale o di day hospital;
- carenza di posti letto in altre unità operative, in attesa del ricovero del paziente;
- pazienti già destinati a dimissione dopo la valutazione in Pronto Soccorso.

All'fine di descrivere l'attività dell'OBI si individuano i seguenti indicatori di utilizzo e di performance, con le rispettive indicazioni di calcolo e soglie per ognuno dei cinque individuati:

		INDICATORE	RIFERIMENTO	CALCOLO	SOGLIA
DI UTILIZZO	1	TEMPO DI PERMANENZA IN OBI	24 H DALL'INGRESSO IN PS O IN OBI	N° CASI CON PERMANENZA IN OBI > 24 H / TOTALE ACCESSI IN OBI	≤ 5%
	2	PAZIENTI DIMESSI	N° PAZIENTI e N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI DIMESSI / TOTALE ACCESSI OBI	≥ 90 %
	3	PAZIENTI RICOVERATI	N° PAZIENTI e N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI RICOVERATI / TOTALE ACCESSI OBI	≤ 10 %
	4	PATOLOGIE IMPROPRIE	TABELLA PATOLOGIE CON CRITERI di INCLUSIONE IN OBI e N° TOT ACCESSI OBI	N° CASI INAPPROPRIATI / TOTALE ACCESSI OBI	< 5 %
DI PERFORMANCE	5	PAZIENTI CHE RIACCEDONO AL PS < 24H	N° PAZIENTI CHE RIACCEDONO AL PS < 24 H DALLA DIMISSIONE DA OBI E TOTALE DIMESSI OBI	N° CASI CON RIENTRO IN PS < 24 H DALLA DIMISSIONE DA OBI/TOTALE DIMESSI DA OBI	< 5%

All'interno del dipartimento di Emergenza-Urgenza di II livello, centro hub per i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) tempo-dipendenti regionali, potrà essere valutata l'opportunità di organizzare una "Intermediate Care Unit", livello assistenziale intermedio tra la degenza ordinaria e intensiva, finalizzata a rendere più appropriato l'utilizzo dei posti letto intensivi e dedicata a pazienti complessi e con molteplici comorbidità che non sono così critici da richiedere assistenza intensiva, ma con necessità e complessità cliniche che superano le possibilità di un reparto di degenza ordinaria.

La permanenza dei pazienti presso il Pronto Soccorso deve rispettare i tempi massimi previsti dall'Accordo Stato Regioni del 01/08/2019, di seguito riportati:

FUNZIONE	ATTIVITA'	ESITO		TEMPI MASSIMI
TRIAGE	1. Assegnazione della priorità 2. Assegnazione ad uno specifico percorso 3. Rivalutazione nell'attesa	1. Invio diretto in sala d'emergenza 2. Assegnazione ad un ambulatorio 3. Avvio di un <i>fast track</i> 4. Prestazione diretta (<i>See and treat</i>)		Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso: 8 ore
PRONTO SOCCORSO	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Terapie 5. Invio a percorso ambulatoriale preordinato	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (<i>follow up</i>)	
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti	
		Invio in O.B.I.		
O.B.I.	1. Visita 2. Accertamenti diagnostici 3. Consulenze 4. Monitoraggio clinico e strumentale 5. Terapie	Dimissione	1. Affido al medico di MMG/PLS 2. Assistenza territoriale 3. Struttura Residenziale 4. Ritorno ambulatorio specialistico (<i>follow up</i>)	Minimo 6 ore dall'ingresso in OBI Massimo 44 ore dall'inizio della presa in carico al <i>triage</i>
		Ricovero	1. Unità di degenza 2. Trasferimento ad altra struttura per acuti	

Criteria predefiniti di identificazione del sovraccollimento e attività conseguenti

Il sovraccollimento dei PS è un fenomeno diffuso sia a livello regionale, sia a livello nazionale che internazionale. Esso è dovuto, non solo all'aumento degli accessi, spesso inappropriati, ma anche al blocco in uscita dei pazienti, a causa di risorse logistiche, strumentali e professionali insufficienti (es: indisponibilità di posti letto dedicati nei reparti ospedalieri, scarsa disponibilità per dimissioni protette, ritardi nella risposta diagnostica/consulenza ecc..). Tale fenomeno ha un impatto negativo sia sui pazienti (peggioramento degli outcome: minore qualità delle cure erogate, ridotta soddisfazione dell'utente, aumento della mortalità ecc..), sia sugli operatori (burn out,

fenomeni di aggressione contro gli stessi operatori ecc.), sia sul sistema (aumento permanenza in PS spesso in condizioni precarie di degenza, su barelle e in ambienti non idonei come i corridoi ecc.). Si tratta pertanto di un problema dei sistemi sanitari che si manifesta nei PS/DEA, ma riguarda tutta la filiera delle cure, dal territorio all'ospedale.

Ciascuna struttura ospedaliera del SSR sede di PS dovrà predisporre un piano di gestione del sovraffollamento (PGS) da distinguere dal PEIMAF (che prevede l'attuazione di specifiche misure organizzative nelle maxi-emergenze), con l'obiettivo di contenere i tempi di permanenza e, in situazioni in cui il normale funzionamento dei PS è impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria e le risorse disponibili, di garantire la tutela e la sicurezza dei pazienti e degli operatori in tali situazioni. Tale piano dovrà essere aggiornato almeno una volta l'anno, preferibilmente nei mesi che precedono gli incrementi prevenibili dalla domanda, e modulato in base alla domanda emergente, alla disponibilità delle risorse, all'evoluzione delle variabili organizzative e all'impatto su tutte le attività ospedaliere.

Il PGS, la cui responsabilità è affidata al Direttore Medico di Presidio che si occuperà anche della diffusione interna del documento, dovrà contenere:

- **flussi informativi sull'affollamento del PS:** le modalità di "misurazione" del sovraffollamento, devono essere uniformi in tutti i PS. Uno dei sistemi più validati in letteratura è il NEDOCS Score (*National Emergency Department Overcrowding Study*) (vedi paragrafo successivo)

- **soglie di attivazione e responsabili delle risposte organizzative,** attraverso il diretto coinvolgimento delle Direzioni Mediche e dell'intera struttura ospedaliera, estendendo il numero dei professionisti sanitari a supporto del personale del PS in situazioni di sovraffollamento, in particolare:

- ✓ Direttore Medico di Presidio, Direttore DEA, Direttore PS e Servizio Professioni Sanitarie (SPS) che hanno la responsabilità sugli interventi reattivi a risposta intermedia;

Inoltre, il sistema informatico e le segnalazioni degli operatori permettono il monitoraggio e la verifica dell'andamento boarding e del livello di affollamento, dei carichi di lavoro in PS e nei reparti, e dell'impatto sulle attività;

- **risposte organizzative:** Il Pronto Soccorso è un sistema a domanda non fissa e non programmata a cui dovrebbe rispondere una capacità produttiva modificabile in base alle necessità, al fine di ottenere una maggior fluidità del percorso. Nella stima della domanda va tenuto conto di diverse variabili quali le diverse fasce orarie del giorno e nei giorni della settimana, gli aspetti epidemiologici particolarmente rilevanti e prevedibili in alcuni mesi dell'anno (es. epidemia influenzale), aspetti organizzativi degli ospedali che impattano significativamente con l'organizzazione del Pronto Soccorso (es. riduzione delle dimissioni dai reparti nel fine settimana, riduzione temporanea di posti letto e personale per le ferie estive etc.). Per poter quindi effettuare un'analisi ed una più accurata programmazione, è necessario che i sistemi informatici dei PS consentano un monitoraggio puntuale dei diversi momenti della giornata e anche un'indagine retrospettiva.

In seguito gli interventi da mettere in atto:

Interventi proattivi: scelti tra gli interventi sul sistema e sui processi che migliorano l'efficienza delle risposte e consentono di ridurre il ricorso agli interventi reattivi e che si suddividono in due categorie:

Interventi sull'organizzazione e sui flussi attivati stabilmente o in occasione di periodo di prevedibile incremento della domanda sanitaria in urgenza:

- attivazione di percorsi rapidi da triage per patologie specifiche oltre a quelli individuati come minimi da attivare (fast track);
- definizione di tempi standard orientativi per l'effettuazione delle consulenze e per l'ottenimento dei referti di laboratorio e di diagnostica per immagini, con differenziazione in base al codice di gravità attribuito al paziente e al presunto impatto dei risultati sulla gestione dei casi;
- attivazione e potenziamento della funzione centralizzata di gestione della risorsa posti letto (bed management);

- incremento disponibilità per dimissioni protette, con possibilità di attivazione dei percorsi anche dal PS/DEA mediante protocolli condivisi con i componenti dell'Unità Valutativa Integrata (UVI) e le strutture residenziali presenti sul territorio;
- pianificazione di un numero di dimissioni medio pari al bisogno quotidiano del PS e monitoraggio della durata di degenza dei pazienti;
- attivazione delle dimissioni dai reparti anche nei giorni pre-festivi e festivi in particolare per i pazienti che non richiedono un percorso di presa in carico territoriale.

Interventi sulle risorse attuati in anticipo rispetto a periodi di prevedibile incremento della domanda sanitaria in urgenza:

- modulazione delle modalità di impiego dei posti letto ospedalieri in base alla domanda emergente e ai picchi prevedibili di accesso;
- definizione di un piano operativo per l'eventuale messa in disponibilità di posti letti aggiuntivi;
- rimodulazione degli organici ed adeguata programmazione dei periodi di assenza del personale.

Interventi reattivi incrementali: attivati eccezionalmente in raccordo con la Direzione medica di presidio/sanitaria, in base all'organizzazione del presidio, alle risorse attivabili e al superamento delle soglie per gli indicatori adottati:

- 1° livello (risposta rapida 1-3h) impiego di posti letto in reparti diversi da quelli di competenza, privilegiando l'area dipartimentale, eventualmente attivando risorse aggiuntive in PS/DEA (postazioni, personale);
- 2° livello (risposta intermedia 1-3gg):
 - ✓ modulazione/limitazione dell'attività non urgente in elezione, sia in area chirurgica che medica;
 - ✓ potenziamento della funzione "bed management" e organizzazione di eventuali unità di pre-ricovero (*holding units*) o pre-dimissione (*discharge room*).

STRUMENTO MISURAZIONE SOVRAFFOLLAMENTO

Al fine di identificare e monitorare le condizioni di sovraffollamento è necessario che ogni P.S. si doti di uno strumento (il più diffuso è il NEDOCS) che sia in grado di "fotografare" la situazione di affollamento e fornire feedback utili alla gestione del fenomeno, valutando i seguenti items:

- numero dei letti di PS (OBI);
- numero letti dell'ospedale;
- n. totale dei pazienti in PS (OBI+ Letti bis+ barelle nei corridoi + pazienti in attesa di esami + pazienti in valutazione + pazienti in attesa triage)
- n. utenti ventilati con respiratore in PS;
- tempo di attesa massimo per il ricovero (in ore);
- n. totale utenti in attesa di ricovero;
- tempo di attesa massimo da triage.

I valori ricavati sono divisi in sei classi, ognuna caratteristica di una determinata situazione di sovraffollamento:

Range punteggio	Risultato valutazione del Pronto Soccorso
0-20	"Not busy" – Sottoimpegnato
21-60	"Busy" -Impegnato
61-100	"Extremely busy but not overcrowded"- Molto impegnato
101-140	"Overcrowded" -Sovraffollato
141-180	"Severely overcrowded" -Gravemente Sovraffollato
>181	"Dangerously overcrowded" -Pericolosamente Sovraffollato

Analizzati questi valori sarà possibile arrivare a decifrare l'affluenza e il decorso di coloro che attendono in sala d'attesa. Riuscire a calcolare le risorse disponibili può agevolare i sanitari nel processo di ottimizzazione delle

stesse. A livello Regionale per sovraffollamento si intende il momento di saturazione di spazi e attrezzature, formalizzata mediante l'invio di apposita comunicazione alla Direzione Medica Ospedaliera.

Di seguito il metodo di calcolo dell'indice NEDOCS:

$$\text{SCORE NEDOCS} = 85.8 (C/A) + 600 (F/B) + 13.4 (D) + 0.93 (E) + 5.64 (G) - 20$$

Indicatore	Descrizione
A	Numero totale dei posti letto in PS, inteso come il numero totale di postazioni in cui può essere posto un paziente in attesa e quindi letti, barelle, sedie (i letti OBI inclusi)
B	Numero totale di letti in ospedale da flusso HSP, inclusi i reparti che normalmente non accettano ricoveri in urgenza ma possono essere utilizzati in fasi di sovraffollamento grave. Sono invece escluse le discipline che non ricoverano dal PS come ad es. la lungodegenza
C	Numero dei pazienti presenti in PS (dal triage all'OBI).
D	Numero di respiratori in uso in PS
E	<i>Admit time</i> : il tempo di attesa massimo per ospedalizzazione (per il ricovero) e quindi il tempo di boarding
F	Numero di pazienti in attesa di ospedalizzazione, cioè il numero di pazienti in boarding
G	<i>Reg-time</i> : il tempo massimo dal momento di ingresso in pronto soccorso alla visita, considerando il massimo tra il tempo dell'ultimo paziente visitato e quello dell'ultimo ricoverato

In strutture ospedaliere a specifica vocazione (es. geriatrica o pediatrica) potranno essere previste modifiche dei parametri presi in considerazione per il calcolo dello score e per la definizione di sovraffollamento.

Customer satisfaction

Nel processo di implementazione di percorsi specifici volti al miglioramento della performance di presa in carico e cura del cittadino presso il Pronto Soccorso, si raccomanda di attivare un monitoraggio periodico del livello di soddisfazione dei pazienti, attraverso un sistema di raccolta dati tipo "customer satisfaction" finalizzato a:

- analizzare la qualità percepita dagli utilizzatori finali del servizio (indagare l'attuale grado di umanizzazione all'interno dei servizi di pronto soccorso, dove per umanizzazione, secondo la definizione fornita dal Ministero della Salute, si intende "la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino");
- comprensione delle motivazioni che spingono i pazienti a rivolgersi al PS piuttosto che ai Medici Medicina Generale (MMG) o Pediatri di Libera Scelta (PLS); infatti, mentre per i casi più gravi il pronto soccorso è un percorso obbligato, per gli altri dovrebbe essere l'alternativa meno indicata.

Al fine di facilitare la somministrazione dei questionari potrebbe essere auspicabile il coinvolgimento degli operatori degli Uffici Relazioni Pubbliche e delle Associazioni di volontariato che operano all'interno della struttura.

3. MISURE SPECIFICHE PER LA GESTIONE DEL BOARDING

Il medico dell'emergenza/urgenza valuta la situazione clinica dei pazienti che si rivolgono al PS e decide se dimettere o ricoverare; tale processo occupa un arco temporale che di regola *non deve superare le 6 ore*, in coerenza con quanto previsto dal livello nazionale. La possibilità di osservazione clinica (OBI) è la terza scelta che il medico dell'emergenza/urgenza ha a disposizione nella gestione del paziente acuto, per permettere un migliore inquadramento clinico e migliorare la funzione di filtro. In ogni caso, il passaggio in OBI non deve rappresentare un'alternativa all'impossibilità temporanea di procedere ad un ricovero ordinario. Qualora si ritenga appropriato il ricovero, il medico dell'emergenza/urgenza dispone lo stesso e decide l'allocazione del paziente, in termini di responsabilità medica e di intensità di cura necessaria. *Il tempo intercorrente tra la decisione del ricovero ed il ricovero stesso deve essere il minore possibile e comunque non superiore alle 2 ore.*

In ogni presidio ospedaliero si dovrà procedere a definire, con apposito documento, il modello organizzativo adottato per garantire i ricoveri nel setting assistenziale più appropriato e con la giusta tempistica:

- n. posti letto, per ciascun reparto, da dedicare ogni giorno ai ricoveri provenienti dal PS;
- tempistica e logistica da adottare per il ricovero (orario comunicazione posti letto, n. pazienti da ricoverare, etc); nelle ore notturne l'accesso al letto deve essere garantito per i pazienti clinicamente stabili;
- modalità per la gestione di eventuali ricoveri in sovra numero nei singoli reparti rispetto ai letti disponibili (barelle, letti bis o aggiuntivi, occupazione posti letto in reparti diversi da quelli di attribuzione dei pazienti).

Individuazione di criteri comuni nella definizione delle dotazioni di posti letto dei reparti ospedalieri a disposizione dei centri PS

I ricoveri in regime ordinario/programmato, gestiti autonomamente dalle singole UU.OO, devono tenere conto che una quota significativa dei posti letto ordinari di area medica e di area chirurgica devono essere dedicati giornalmente ai ricoveri dal pronto soccorso. Il numero dei posti letto da mettere a disposizione da parte di ogni UO va definito giornalmente dalla DMO sulla base di una approfondita analisi di diversi fattori (es. numero totale di posti letto per ogni area, tasso di occupazione, liste di attesa dei ricoveri, numero trasferimenti interni/esterni, trend giornaliero di ricoveri provenienti da PS, etc.).

Per ciò che attiene le strutture del privato convenzionato, i cui posti letto rientrano nel computo della dotazione regionale complessiva, la quota dei posti letto da dedicare ai ricoveri in urgenza andrà concordato in base agli accordi tra le singole Aziende Sanitarie Territoriali (AST) e le strutture private accreditate e convenzionate che insistono nel territorio di competenza.

Tempi massimi per le consulenze

Al fine di ridurre complessivamente la permanenza in Pronto Soccorso ed evitare problematiche di gestione del boarding, i tempi per l'esecuzione di indagini diagnostiche (radiologiche e di laboratorio) e consulenze e le relative fasi di attesa sono aspetti strategici da considerare nell'organizzazione del percorso del paziente. È necessario, pertanto, procedere alla misurazione dei tempi di erogazione, agire sull'appropriatezza delle richieste, valutare la capacità dei servizi di supporto e definire la disponibilità di prestazioni diagnostiche e consulenze in relazione alle fasce orarie di accesso. La tempestiva esecuzione e refertazione delle prestazioni diagnostiche, non solo per i pazienti afferenti al Pronto Soccorso, ma anche per i pazienti degenti, consentirebbe talora un maggiore turn over del posto letto. In caso di indisponibilità nella fascia oraria di accesso di consulenze utili a completare l'inquadramento diagnostico del paziente, queste devono essere assicurate mediante percorsi facilitati entro le successive 24-36 h, a seconda del caso clinico e della prestazione da effettuare.

Richiesta di Consulenza:

- Il Medico del PS contatta direttamente lo specialista attraverso un numero telefonico dedicato (cellulare, cordless) che ogni U.O. deve identificare;
- La consulenza, salvo eccezioni, deve essere preferenzialmente espletata presso i locali del Pronto Soccorso e registrata nell'apposita scheda informatizzata, indicando gli orari di richiesta e l'esito della consulenza;
- In situazioni di particolare gravità e per specifiche tipologie di richiesta, i tempi di consulenza devono essere compresi tra 1 e 2 ore dalla richiesta, ad eccezione di situazioni particolari in cui lo specialista è impossibilitato ad intervenire per gravi ragioni opportunamente documentate.

Richiesta di Diagnostica

Per far fronte alle richieste di esami radiologici in urgenza di primo livello (radiologia tradizionale ed ecografia) e di secondo livello (TAC) sarebbe auspicabile che ogni DEA disponesse di un servizio di radiologia dedicato al PS. In ogni caso, sulla base della priorità si riportano di seguito le tempistiche per l'erogazione delle prestazioni della diagnostica per immagini:

PRIORITÀ 1	PRIORITÀ 2	PRIORITÀ 3
Condizioni cliniche e assistenziali		
<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti non autosufficienti con funzioni vitali e parametri non stabili - Pazienti ad alta complessità clinico-assistenziale. 	Pazienti non autosufficienti con funzioni vitali e parametri stabili	Pazienti autosufficienti o parzialmente autosufficienti
<ul style="list-style-type: none"> - Trauma maggiore - Dispnea e/o O₂ terapia in atto - Parametri vitali alterati - Dolore NRS ≥7 - Alterazioni del sensorio - Disturbi comportamentali 	<ul style="list-style-type: none"> - Allettamento - O₂ terapia in atto - Paziente anziano non accompagnato da familiari - Disorientamento spazio-temporale 	
Tempistica refertazione		
Minor tempo possibile	Entro 1 ora	Entro 3 ore

Bed Management

Ogni struttura ospedaliera deve garantire una gestione corretta e tempestiva della risorsa posto letto facilitando l'incontro tra domanda ed offerta, attivando misure correttive o integrative. Tale obiettivo può essere raggiunto attraverso l'istituzione della funzione di bed management (BM), afferente alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero, affidata ad un infermiere con capacità organizzative, gestionali, relazionali, di mediazione e conoscenze informatiche. Tale figura professionale collabora con il referente medico di pronto soccorso, si rapporta con la direzione medica di presidio per gli aspetti organizzativi e si avvale anche della collaborazione di tutte le altre figure istituzionalmente coinvolte nei processi di ricovero e dimissione delle persone assistite nelle varie unità di degenza. Ciascuna struttura ospedaliera definirà la fascia oraria giornaliera in cui sarà attiva tale funzione, sulla base delle necessità organizzative. Le attività da garantire sono:

- verifica costante dello stato di occupazione dei posti letto nelle unità operative;
- monitoraggio delle dimissioni giornaliere;
- collaborazione alla gestione del sovraffollamento in Pronto soccorso secondo modalità definite;
- eventuale ricorso a letti aggiuntivi (barelle, letti bis, occupazione posti letto in reparti diversi da quelli di attribuzione);
- collaborazione con il territorio per le dimissioni dei pazienti sia dal Ps che dai reparti ospedalieri;
- reportistica quotidiana dei letti resi disponibili rispetto a quelli richiesti.

Istituzione della figura del bed manager territoriale

Le attività di "Continuità di cure Ospedale-Territorio" sono gestite dall' Unità Valutativa Integrata (UVI) che ha l'obiettivo di garantire continuità delle cure e integrazione ospedale-territorio alle persone ricoverate a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile. E' fondamentale che ciascuna struttura ospedaliera condivida un percorso con il territorio che permetta ai professionisti (medico e infermiere) dell'U.O. di area medica/chirurgica di dimettere tempestivamente i pazienti che potrebbero necessitare di una continuità delle cure in un regime assistenziale di minore intensità. Il medico e l'infermiere dell'U.O. tramite l'invio di specifica richiesta informatizzata (SIRTE) attivano il referente dell'UVI che provvede ad una valutazione precoce (entro 24-48 h dalla richiesta) del paziente ed identifica l'idonea destinazione in una delle strutture territoriali. Tale percorso consente di garantire una dimissione protetta dei pazienti creando una stretta interrelazione tra la fase del ricovero ospedaliero e la presa in carico dei servizi territoriali, perseguendo l'umanizzazione delle cure.

A tale scopo sarebbe utile affiancare al Bed Manager ospedaliero la figura del **Bed Manager Territoriale** con funzioni di raccordo con le strutture extra ospedaliere al fine di efficientare il percorso di dimissione protetta e ridurre i tempi di degenza inappropriati.

4. MISURE PER INCREMENTARE L'APPROPRIATEZZA DEGLI ACCESSI AL PS

Al fine di promuovere un ricorso più appropriato al Pronto soccorso, risulta necessario approfondire le situazioni che potrebbero trovare un'adeguata risposta e presa in carico presso le strutture di cure primarie territoriali come ad esempio gli accessi "doppi" e quelli ripetuti (frequent users). Le principali strategie organizzative da mettere in campo prevedono la definizione di percorsi per:

- l'*affidamento diretto*, previ accordi tra medico di assistenza primaria e specialista della UO Ospedaliera che si occupa della presa in carico del paziente (es. oncologici o con patologie croniche);
- la gestione delle urgenze ambulatoriali (richieste di prestazioni con priorità di tipo U-urgenza)
- la tempestiva ed efficace continuità assistenziale per percorsi complessi attraverso il coinvolgimento della rete dei servizi sociali e sociosanitari;
- la presa in carico sanitaria e/o sociale dei "frequent users";
- la gestione del "fine vita" con particolare riferimento ai pazienti in ADI e in strutture protette
- l'implementazione di servizi medico-sanitari alternativi di facile accesso e caratterizzati da una maggiore disponibilità nel rispondere alla domanda di assistenza territoriale.

Un ulteriore aspetto rilevante è quello relativo all'appropriatezza dell'autopresentazione o dell'indirizzamento dei pazienti verso una specifica struttura (Hub vs Spoke, PS generale vs accesso specialistico). La differenziazione dei punti di accesso risponde alla necessità di rendere più tempestiva la presa in carico del paziente da parte della struttura più appropriata.

Compagna informativa per l'accesso appropriato al PS

In molte situazioni, il ricorso all'ospedale come soluzione primaria nella scelta dei cittadini, risulta essere condizionato da diversi fattori legati sia alla dimensione culturale sia ad una risposta inefficace del sistema territoriale/di cure primarie. Di conseguenza, il grado di allarmismo e l'esigenza di immediatezza nelle risposte influenzano l'uso spesso inappropriato dei servizi di pronto soccorso. Il diritto alla salute e alle cure deve essere veicolato da forme di comunicazione e informazione mirate ad educare al corretto ricorso ai servizi socio-sanitari. Per perseguire questo obiettivo può essere utile:

- coinvolgere le figure note come opinion leader dell'informazione in campo sanitario;
- attivare processi innovativi efficaci attraverso mezzi di comunicazione più vicini alla realtà cittadina allo scopo di favorire un cambiamento nel comportamento sociale a livello sistemico;
- promuovere la conoscenza dei servizi sanitari disponibili, le modalità di accesso e il loro corretto utilizzo per incrementare la responsabilità del cittadino.

Una campagna informativa efficace dovrebbe consentire al singolo cittadino di orientarsi autonomamente nella rete dei servizi, di essere più informato, più consapevole e competente nel riconoscere il proprio bisogno assistenziale e capace di individuare la struttura più adeguata a soddisfarlo.

Violenza sugli Operatori Sanitari

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi esiste anche il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte. Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come "*ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro*". Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo. Gli episodi di aggressioni a operatori sanitari e sociosanitari, soprattutto nel pronto soccorso, sono un fenomeno in crescita.

Risulta pertanto necessario implementare misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti e favorire l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi. A tal riguardo, ciascuna struttura sanitaria si deve impegnare ad implementare un programma di prevenzione della violenza, che miri a:

- diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;
- incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
- rafforzare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;
- realizzare interventi strutturali e di tipo formativo per migliorare la gestione delle aggressioni in pronto soccorso (es. messa in protezione dell'ingresso/triage del PS, installazione di telecamere con sistemi di video registrazione h 24, sistemi di notifiche tramite pulsanti per segnalare alle Forze dell'Ordine le situazioni critiche, corsi di formazione per l'acquisizione di comportamenti appropriati da tenere in caso di aggressioni);
- affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture;

Il coinvolgimento del management aziendale e del personale maggiormente a rischio, quale quello frontline, facilita lo svolgimento di attività quali l'analisi delle situazioni operative, al fine della identificazione di quelle a maggiore vulnerabilità; il monitoraggio degli episodi di violenza verificatisi nella struttura, la definizione delle misure di prevenzione e protezione da adottare e la realizzazione delle misure individuate nel programma di prevenzione della violenza.

Inoltre, al fine di aumentare la sensibilizzazione di tale problematica il Ministero della Salute ha lanciato la **campagna #laviolenzanoncura**, rivolta alla popolazione in generale, che prevede i seguenti obiettivi:

- informare la popolazione generale dell'esistenza e della dimensione del fenomeno.
- sensibilizzare la popolazione sulla gravità che rivestono gli atti di violenza nei confronti del personale sanitario.
- promuovere un sentimento positivo nei confronti degli operatori sanitari che dovrebbero essere visti come professionisti quotidianamente impegnati a far funzionare al meglio un servizio fondamentale per la comunità e come tali da rispettare ancora più dell'ordinario.
- ricostruire il rapporto di fiducia con la popolazione, che valorizzi il lavoro dei professionisti della salute impegnati a far funzionare il sistema sanitario grazie alla loro dedizione e professionalità.

La campagna è declinata sulle diverse professioni sanitarie e socio-sanitarie e sono stati messi a disposizione i poster e locandine da utilizzare presso le proprie strutture sanitarie e socio sanitarie (<https://www.salute.gov.it/portale/professionisSanitarie/dettaglioCampagneProfessionisSanitarie.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=170>).

5. APPENDICE 1

MANUALE DI TRIAGE

6. SOMMARIO	
1. INTRODUZIONE	18
2. ASPETTI GENERALI	18
DEFINIZIONE DI TRIAGE	18
FINALITÀ.....	18
MODELLO DI RIFERIMENTO	18
3. CODICI DI PRIORITÀ	19
4. PROCESSO DI TRIAGE	21
VALUTAZIONE IMMEDIATA (sulla porta)	21
VALUTAZIONE SOGGETTIVA ED OGGETTIVA	22
VERIFICA DEI PARAMETRI VITALI (ADULTO E PEDIATRICA)	25
LA DECISIONE DI TRIAGE.....	25
LA RIVALUTAZIONE	25
5. INFERMIERE DI TRIAGE	25
FORMAZIONE ABILITANTE	26
6. REQUISITI STRUTTURALI	27
RISORSE TECNOLOGICHE E UMANE.....	28
7. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	28
DOCUMENTAZIONE CLINICA.....	29
L'ERRORE AL TRIAGE	29
8. CONDIZIONI PARTICOLARI	30
MALTRATTAMENTI	30
SUI MINORI	30
SULLE DONNE	31
SUGLI ANZIANI	31
DISTURBO ACUTO DEL COMPORTAMENTO	31
9. SISTEMA DI VERIFICA-INDICATORI.....	31

7. INTRODUZIONE

Il presente documento è stato condiviso e aggiornato dal gruppo di lavoro regionale composto dai Direttori dei PS degli Enti del SSR e coordinato dal Settore Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza e Ricerca dell'Agenzia Regionale Sanitaria, con l'intento di uniformare le modalità operative di gestione del processo di triage per il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'assistenza delle cure.

8. ASPETTI GENERALI

DEFINIZIONE DI TRIAGE

Il triage è considerato il primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in P.S. ed è *“una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento”*. Rappresenta l'inizio del processo di cura, garantendo da subito un'assistenza il più adeguata possibile alla situazione e alle necessità dei pazienti (primi interventi assistenziali, informazione, sorveglianza e gestione dell'attesa, ottimizzazione del percorso clinico-assistenziale, ecc...). È una funzione che deve essere garantita in modo continuativo nelle 24 ore.

Per quanto riguarda il sistema ospedaliero di emergenza urgenza *pediatrica* è fondamentale considerare il bambino e la sua famiglia. I minori hanno diritto di avere accanto a sé, in ogni momento, i genitori o chi esercita la potestà genitoriale, di essere ricoverati in reparti idonei e di essere assistiti da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche emotive e psichiche proprie e della propria famiglia.

FINALITÀ

Gli obiettivi principali che deve perseguire l'attività di triage in Pronto Soccorso sono:

- identificare le persone che necessitano di cure immediate e garantirne il tempestivo avvio al trattamento o a specifici percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali;
- attribuire a tutti i pazienti un codice di priorità di accesso alle cure in relazione alle loro criticità presenti e considerando il potenziale rischio evolutivo;
- sorvegliare i pazienti in attesa e rivalutarne periodicamente le condizioni;
- contribuire all'ottimizzazione del processo di cura del paziente anche attraverso l'attivazione e l'inserimento in un percorso di valutazione e trattamento appropriato (es. patologie tempo-dipendenti, percorsi per soggetti fragili);
- gestire e modificare le priorità clinico-assistenziali sulla base delle risorse, contesti e necessità contingenti;
- garantire la continua presa in carico dei pazienti in attesa e degli accompagnatori, fornendo assistenza ed informazioni pertinenti e comprensibili.

Cruciale è il rapporto relazionale che l'infermiere di Triage sviluppa con il paziente e con i suoi familiari, aumentando così il grado di collaborazione degli stessi.

MODELLO DI RIFERIMENTO

Il Triage, in Pronto Soccorso, in quanto funzione complessa caratterizzata dalla presenza di numerose variabili cliniche, organizzative, relazionali e situazionali che si embricano tra loro in un contesto complesso, richiede a professionisti e istituzioni un approccio sistemico, fondato su uno specifico modello di riferimento, che propone metodi strutturati, appropriati e validati e definisce criteri per la predisposizione di un adeguato panel di strumenti operativi.

In Italia, i sistemi maggiormente implementati si ispirano per lo più al *modello di approccio globale alla persona e ai suoi familiari*, che si avvale di metodi per la valutazione di specifici aspetti clinici validati in letteratura e adatti al contesto (dolore, raccolta anamnestica ecc.), e utilizza specifici concetti riguardanti gli aspetti essenziali dei principali quadri clinici che si presentano in PS (segni, sintomi e rischio evolutivo); riconosce inoltre la necessità di possedere adeguate capacità comunicative e di gestione dello stress. L'infermiere svolge un ruolo centrale e determinante in quanto figura professionale a cui spetta l'identificazione dei bisogni della persona, la valutazione

delle sue necessità, la pianificazione degli interventi e l'attivazione di tutte le risorse necessarie, attraverso l'utilizzo di protocolli, procedure e tutti gli strumenti del moderno processo di nursing. I presupposti fondamentali su cui si basa questo modello sono:

- accoglienza e presa in carico da parte di un professionista sanitario, infermiere, specificamente formato;
- approccio globale alla persona, accompagnatori, situazione;
- garantire l'assegnazione di un codice di priorità attraverso la considerazione dei bisogni di salute dell'assistito, delle sue necessità di cura e del possibile rischio evolutivo;
- utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità di accesso alle cure;
- disporre di un sistema documentale adeguato e informatizzato.

9. CODICI DI PRIORITÀ

Il codice di priorità esprime l'esito della decisione infermieristica formulata nell'ambito dell'attività di triage basata sugli elementi raccolti durante le fasi della valutazione e sul ragionamento clinico basato sul rischio evolutivo. Mediante l'assegnazione del codice di priorità l'infermiere di triage decide e comunica alle unità di cura l'ordine di presa in carico dei pazienti. Non necessariamente il codice di priorità assegnato al triage corrisponde alla gravità del paziente, soltanto l'integrazione con la successiva fase di valutazione, effettuata in sede di visita medica, permetterà di disporre di quegli elementi per la corretta formulazione del giudizio di gravità clinica del caso.

Il sistema di codifica a 5 codici numerici di priorità, con valori da 1 a 5, ove 1 indica il massimo livello di gravità e 5 non urgenza (vedi Tabella 1).

TABELLA N 1 TRIAGE: codifica a 5 livelli di priorità e tempi di attesa

Codice	Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
1	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza apparente rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
4	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
5	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

Per ogni codice viene indicato la denominazione, la definizione e il tempo massimo di attesa all'area di trattamento che va dall'accesso immediato per il codice 1, ai 240 minuti per la non urgenza. Le differenze sostanziali rispetto la precedente codifica a quattro livelli/codici colore si rilevano nella stretta relazione fra codice e tempo di accesso all'area di trattamento o attivazione del percorso assistenziale (Tabella 2).

TABELLA 2 NUOVA CODIFICA DI PRIORITÀ E TEMPO MASSIMO DI ATTESA

TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

– **Codice 1 / Rosso** *Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali*

È una condizione che richiede un intervento immediato; non può esservi tempo di attesa. La definizione fa riferimento alla perdita della funzione respiratoria, cardiocircolatoria o neurologica in atto o con una compromissione tale da presumere un rischio imminente di morte.

– **Codice 2/ Arancione** *Rischio di compromissione di una o più funzioni vitali, d'organo o di apparati.*

Sono condizioni che comportano una minaccia incombente per la vita, ovvero sono quelle situazioni che dopo la valutazione di triage vengono definite “a elevato rischio evolutivo”, con possibilità di peggioramento e compromissione delle funzioni vitali in pochi minuti. Per compromissione di funzioni d'organo o apparato si intendono anche tutte quelle situazioni in cui non vi è un reale rischio per la vita dell'individuo, ma esiste il rischio della perdita di funzione di un organo se non si interviene in tempi brevi. Possono rientrare anche le situazioni di dolore severo, correttamente rilevato.

– **Codice 3/Azzurro** *Condizione senza rischio evolutivo ma con sofferenza e ricaduta sullo stato generale.*

Non vi sono rischi evolutivi evidenti, ma il paziente è in uno stato di discomfort tale che richiede un intervento specifico, a volte complesso. In questo codice rientrano generalmente situazioni con dolore moderato correttamente rilevato. In questa tipologia possono rientrare la richiesta di prestazioni o percorsi complessi per organizzazione o risorse necessarie.

– **Codice 4/ Verde** *Condizione senza rischio evolutivo*

Solitamente richiede prestazioni/percorsi non complessi. I pazienti senza rischi evolutivi hanno parametri vitali normali e dolore lieve, per i quali sono necessari solitamente interventi a bassa complessità o l'attivazione di specifici percorsi predeterminati da protocolli (Fast Track, See & Treat ecc.).

– **Codice 5/ Bianco** *Condizioni non urgenti, di minima rilevanza clinica*

Sono usualmente problemi cronici oppure patologia di minima rilevanza clinica e con scarso o nullo dolore per le quali possono essere previsti altri percorsi: day-hospital, day-service, poliambulatori, medico di medicina generale, case della salute.

Stabilire la priorità d'accesso all'area di trattamento non significa fare una diagnosi ma individuare quali pazienti hanno bisogno di cure immediate e quali possono attendere la valutazione medica senza correre rischi. È importante ricordare che vi sono condizioni che possono concorrere alla decisione del codice da assegnare, o in ogni caso possono essere un criterio per stabilire a parità di codice come procedere per l'ingresso dei pazienti, ricordando che a parità di codice l'ordine temporale di arrivo è l'ultimo dei criteri per l'accesso alla visita. Tali condizioni vengono definite "modificatori":

- problemi legati alla gestione della sala di attesa;
- presenza di protocolli e percorsi specifici per patologie tempo-dipendenti;
- tipologia di struttura ospedaliera;
- percorsi interni codificati;
- età, gravidanza, disabilità;
- condizioni di fragilità.

Questi modificatori possono far variare il codice di priorità o la gestione del percorso di cura.

PROTOCOLLI/PERCORSI DI TRATTAMENTO DI PATOLOGIE TEMPO-DIPENDENTI

Il trattamento delle patologie come l'ictus ischemico acuto e l'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) è strettamente correlato al tempo che intercorre dall'insorgenza dei sintomi alla somministrazione della terapia (trombolisi o angioplastica primaria), per cui, più si riducono i tempi, maggiore è l'efficacia terapeutica. Alla luce di ciò, i protocolli specifici per la gestione di tali patologie tempo-dipendenti differenziano la presa in carico dei pazienti con codici di priorità maggiori al fine di fornire loro la miglior cura nella tempistica più appropriata.

10. PROCESSO DI TRIAGE

Il processo di Triage è utilizzato per determinare le priorità e i bisogni di assistenza in emergenza. Si tratta di una sequenza logica di fasi fra loro concatenate, tali da determinare un esito. L'esito è la decisione, vale a dire l'assegnazione del codice di priorità e la gestione della situazione che può tradursi in attivazione di percorsi o attuazione di misure assistenziali in relazione a protocolli definiti.

Le quattro principali componenti della valutazione sono:

- 1. Valutazione immediata (sulla porta);**
- 2. La raccolta dati (soggettiva e oggettiva);**
- 3. La decisione di triage;**
- 4. La rivalutazione.**

VALUTAZIONE IMMEDIATA (sulla porta)

Il triage inizia quando si osserva il paziente entrare in Pronto soccorso per cui è importante mantenere il controllo visivo dell'area di accesso per ottenere da subito informazioni rilevanti e capire eventuali necessità assistenziali (per es. carrozzina/barella ecc.). Questa prima fase deve essere garantita a tutti i pazienti che accedono in Pronto Soccorso *entro 5 minuti dall'arrivo*, anche in situazioni di particolare sovraffollamento.

L'infermiere oltre ad osservare l'aspetto generale della persona per intercettare tempestivamente i soggetti che necessitano di un intervento immediato, valuta:

- *Pervietà delle vie aeree (A= airway);*
- *Respiro (B= breathing);*
- *Circolo (C= circulation);*
- *Deficit neurologici o alterazioni dello stato di coscienza (D=disability).*

Il codice di priorità può anche essere attribuito immediatamente se l'infermiere rileva, già in questa fase iniziale, condizioni pericolose per la vita, oppure assegnato dopo una più accurata valutazione soggettiva e oggettiva. L'aspetto generale del paziente e l'ABCD sono valutati durante tutta l'interazione che l'infermiere ha con il paziente. Ogni significativa deviazione dalla norma richiede interventi immediati e non si procede con ulteriore valutazione.

- **aspetto generale:** il paziente appare sofferente o malato? o ha un aspetto salubre? Qual è la prima impressione sulla postura del paziente, sull'andatura, sul colorito, sull'interazione con gli altri e con l'ambiente? Qual è l'espressione del viso? L'espressione appare di dolore, timore, confusione? È solo, accompagnato? Magari sorretto? Giunge con mezzi propri o con ambulanza? Che atteggiamento assumono gli accompagnatori?
- **Pervietà delle vie aeree:** è presente un segno di ostruzione (per es. portarsi le mani al collo)? Il paziente assume un decubito per facilitare il passaggio dell'aria? Sono udibili rumori respiratori (stridori, sibili, rantoli)? Tosse?
- **Respiro:** osservare i movimenti toracici: sono superficiali, profondi, rapidi, lenti? c'è l'utilizzo dei muscoli accessori? Il paziente interrompe il dialogo per respirare?
- **Circolo:** colorito cutaneo. È pallido, cianotico, itterico, arrossato, mazzato? La cute è asciutta o sudata? Emorragia in atto?
- **Deficit neurologici o alterazioni dello stato della coscienza:** è vigile, assopito o irritabile?

L'obiettivo del Triage sulla porta è quello di identificare i pazienti in pericolo di vita e farsi una idea generale delle condizioni di coloro che accedono in pronto soccorso al fine di ottenere quelle informazioni necessarie a mirare il seguito del processo di valutazione rispetto al flusso di pazienti.

VALUTAZIONE SOGGETTIVA ED OGGETTIVA

La valutazione inizia con l'intervista al paziente e/o con gli eventuali accompagnatori/famigliari al fine di precisare:

- Sintomo principale;
- L'evento presente;
- Il dolore;
- I sintomi associati;
- La storia medica passata.

L'intervista contempla aspetti tecnici, relazionali e comunicativi. Si tratta di un momento fondamentale del processo valutativo. In alcuni casi non è attuabile per ovvi motivi legati alla necessità di agire tempestivamente, per cui si privilegia il trattamento assistenziale-terapeutico. In questi casi è comunque fondamentale l'abilità dell'infermiere di triage di allertare prontamente l'equipe per attivare percorsi specifici, e nel gestire il flusso dei pazienti in modo da non ostacolare la gestione dell'emergenza.

Il **sintomo principale** è il problema di salute per cui il paziente si reca in Pronto Soccorso. È necessario fare una distinzione tra il sintomo principale e la "causa dichiarata". La "causa dichiarata" è una dichiarazione molto breve che descrive il motivo per cui è richiesta una visita d'urgenza, a volte coincide con il sintomo principale identificato dall'infermiere, altre volte la causa che dichiara il paziente porta l'infermiere a generare più ipotesi che danno inizio alla valutazione e che vengono confermati o smentiti in base alle notizie ricevute durante l'intervista. Al termine del processo di valutazione deve essere chiaro qual è il sintomo principale. Le domande iniziali dovrebbero essere sempre aperte in modo da offrire al paziente lo spazio per descrivere il suo problema. La conferma o la migliore definizione del sintomo principale possono avvenire anche al termine dell'intero processo di valutazione e comunque sempre prima dell'assegnazione del codice di priorità. Durante l'intervista è importante tenere sempre la mente aperte a tutte le notizie, informazioni che ci fornisce il paziente, in quanto potrebbero comunque tornarci utili in un secondo momento.

L'evento presente è la fase del processo in cui, attraverso domande mirate, si cerca di capire e ricostruire la dinamica dell'evento che ha portato il paziente a manifestare il sintomo che ha riferito. Si analizzano quindi le circostanze dell'evento e ora di insorgenza dei sintomi, la dislocazione del problema, la descrizione del problema,

il meccanismo del trauma, la progressione dei sintomi dall'insorgenza a quel momento e l'eventuale trattamento effettuato prima dell'arrivo. La ricostruzione dell'evento è fondamentale per poter formulare eventuali complicanze o ipotesi di lesioni in altre sedi.

La **valutazione del dolore** rappresenta il motivo di maggior afflusso presso i Pronto Soccorso. Compito dell'infermiere valutarlo, registrarlo ed attuare procedure assistenziali pertinenti. Uno strumento utile per una valutazione rapida del dolore, in specifiche condizioni cliniche, può essere la scala mnemonica PQRS:

P(provocato/alleviato):

- "Cosa ha scatenato il dolore?"
- "Cosa lo fa migliorare o peggiorare?"
- "Cosa stava facendo quando è cominciato?"

Q(qualità):

- "Che tipo di dolore è?"

R(irradiazione/regione interessata):

- "In che zona ha dolore?"
- "È irradiato o rimane lì fisso?"

S(severità/intensità):

- "Quanto è intenso?"
- "Somministrazione di una scala di valutazione del dolore"

T(tempo):

- "Quando è cominciato?"
- "Da quanto tempo ha dolore?"
- "È costante o intermittente?"

La valutazione del dolore influisce enormemente nella decisione di triage. In alcune categorie di pazienti vanno identificate specifiche modalità alternative per la rilevazione (es. bambini, persone con disturbi di coscienza, demenza, etc.).

Altresì importante è approfondire la storia medica passata per la corretta attribuzione del codice di priorità (es. ricostruzione degli eventi che hanno condotto alla malattia o al trauma, storia medica e chirurgica passata, farmaci assunti con i relativi dosaggi e orari, allergie a farmaci cibi o altro con descrizione della reazione manifestatasi, abitudini di vita, fumo, alcool o l'uso di sostanze tossiche, etc.).

La valutazione oggettiva consiste nella rilevazione dei segni clinici, dei parametri vitali e nell'analisi della documentazione sanitaria disponibile.

Al termine del processo di valutazione i dati raccolti portano a confermare o smentire il sintomo principale dichiarato dal paziente o eventualmente ipotizzato dall'infermiere all'inizio del colloquio. Nel caso in cui il sintomo principale inizialmente ipotizzato dovesse trovare conferma al termine della raccolta dati si procede alla decisione di triage. Nel caso contrario si procede a una nuova ridefinizione del problema.

Nell'età evolutiva, la presenza di alcune *situazioni particolari* (ad esempio, paziente barellato, abuso/maltrattamento, disagio familiare/domicilio presso una comunità) e/o *comorbidità* (cardiopatie, disabilità, disturbi neuro – psichiatrici, fibrosi cistica, immunodeficienza congenita o acquisita, patologia sindromico – malformativa/malattie rare, prematurità, problematiche emato – oncologiche), rappresentano dei criteri per assegnare un codice di priorità superiore e consentire dunque al paziente di essere valutato ed assistito prima.

VERIFICA DEI PARAMETRI VITALI (adulto e pediatrica)

I parametri vitali sono espressioni di funzioni i cui valori esprimono lo stato di salute dell'organismo umano, sono rilevabili in modo standardizzato e costituiscono parte essenziale della valutazione oggettiva. Durante la fase di triage e di rivalutazione, la loro rilevazione e monitoraggio consente di identificare precocemente un cedimento o potenziale peggioramento di una funzione vitale. È ritenuta necessaria in tutti quei casi dove la valutazione soggettiva, l'osservazione e l'esame fisico del paziente evidenziano disfunzioni di organi vitali in atto o situazioni cliniche mediche o traumatiche possibilmente evolutive. A seconda dei casi specifici comprendono la misurazione di:

- Pressione arteriosa sistolica (PA max) e diastolica (PA min).
- Frequenza cardiaca (FC);
- Frequenza respiratoria (FR);
- Temperatura corporea (TC).

A questi considerati "parametri classici" si aggiungono:

- Dolore;
- Livello di coscienza misurato con GCS (Glasgow Coma Scale) o con l'AVPU (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive);
- Saturazione periferica di O₂ (SpO₂) misurata con pulsiossimetro.

Per la gestione del dolore, in particolare, deve essere redatto un protocollo specifico per tutti i pazienti che accedono al Pronto Soccorso.

In età pediatrica la rilevazione dei parametri vitali tiene conto delle specifiche scale di valutazione (ad esempio Scala FLACC, Wong-Baker o NRS per la rilevazione del dolore, GCS Pediatrica, Clinical Dehydration Score ecc.) e delle seguenti peculiarità:

- La diminuzione della pressione arteriosa è un segno tardivo e quindi non molto utile per avviare o guidare un trattamento precoce;
- La misurazione corretta della temperatura corporea viene effettuata con il termometro elettronico, collocato in sede ascellare;
- Per quanto concerne il dolore si deve fare riferimento alle scale analogiche
- Livello di coscienza misurato con GCS (Glasgow Coma Scale) modificata o con l'AVPU (Alert, Verbal, Pain, Unresponsive). E' importante altresì valutare la reattività pupillare, secondo l'acronimo **PERRL** (**P**upils **E**qual, **R**ound, **R**eactive to **L**ight);
- Saturazione periferica di O₂ (SpO₂) misurata con pulsiossimetro. Fonti di "errore" nella misurazione della SpO₂ sono rappresentate da: interferenza luce ambientale, eccessivo movimento del paziente, ipoperfusione periferica, anemia (la misurazione è meno attendibile se il valore dell'emoglobina è inferiore a 5 gr/dl), presenza di emoglobine patologiche (la misurazione è meno attendibile se vi è una elevata percentuale di metaemoglobina), intossicazione da monossido di carbonio (in questo caso, il valore della SpO₂ risulta falsamente normale), coloranti (blu di metilene, verde di indiocianina, smalto ungueale).
- Peso corporeo del bambino, espresso in kg. Tale parametro è utile per valutare l'eventuale stato di disidratazione (tabella 4) e per la somministrazione di eventuali liquidi e/o farmaci. Qualora tale parametro non fosse noto, è possibile calcolarlo secondo la formula seguente: **Peso (kg) = (età in anni + 4) x 2**. Se peso stimato > 40 kg, seguire gli schemi diagnostico – terapeutici previsti per i pazienti adulti.
- Pediatric Trauma Score con relativa previsione di mortalità.

Per quanto riguarda l'età pediatrica, inoltre, è necessario considerare anche altri due parametri vitali: *Il tempo di Refill Capillare (RC)* ed *il peso corporeo*.

Il tempo di RC è importante perché consente la valutazione dello stato di perfusione del bambino; in particolare, si determina il tempo che la cute (sede sternale o eminenza ipotenar palmo della mano) impiega a riprendere il suo colore normale, dopo essere stata sottoposta ad una pressione per 5 secondi. Normalmente, il tempo di RC è inferiore a 2 secondi. Il peso corporeo è fondamentale per l'intervento terapeutico, dal momento che, in età pediatrica, il dosaggio di tutti i farmaci è espresso per kg di peso corporeo.

Occorre altresì considerare che, nel bambino, tutti i parametri vitali, eccetto la saturazione di O₂, sono età-dipendenti nelle diverse fasi dell'accrescimento (neonato, lattante, bambino, adolescente); pertanto, per definirne la loro normalità, è necessario fare riferimento a specifiche tabelle. Il personale infermieristico deve essere adeguatamente preparato per la valutazione e la presa in carico del paziente pediatrico e la sua famiglia. Inoltre, particolare attenzione dovrà essere posta alla rivalutazione in quanto il bambino non è sempre in grado di manifestare il mutamento della propria condizione.

Tutti i PS ad affluenza pediatrica devono predisporre specifici protocolli/ raccomandazioni per la valutazione del paziente pediatrico.

LA DECISIONE DI TRIAGE

La decisione di triage è il culmine di un processo che porta all'attribuzione del codice di priorità e che comprende anche l'assistenza da erogare nei primi momenti di contatto e durante la permanenza del paziente in tale area, e l'attuazione di tutte le attività necessarie a ridurre il rischio derivante dall'attesa della visita medica. È un momento di massima autonomia per l'infermiere di triage che, in modo responsabile, esegue un ragionamento basato sulle condizioni cliniche rilevate, sulla possibilità, per ogni paziente, di sviluppare complicanze entro breve o medio termine e sulla disponibilità di risorse del Pronto Soccorso. In qualunque momento della valutazione l'infermiere può decidere la necessità di cure immediate e interrompere il processo per trasferirlo nell'area di trattamento specifico. Il codice di priorità non è quello rigidamente attribuito in questa fase, ma può essere modificato nella fase di rivalutazione.

LA RIVALUTAZIONE

La rivalutazione è una fase imprescindibile del processo di Triage e si definisce come l'attività professionale mirata a consentire il monitoraggio clinico dei pazienti in attesa, mediante il rilievo periodico dei parametri vitali soggettivi e/o oggettivi che consentiranno di cogliere tempestivamente eventuali variazioni dello stato di salute. Il codice di priorità può essere modificato in seguito alla rivalutazione ed è fondamentale registrare nell'apposita scheda di triage ogni modificazione.

Di seguito si riporta la tabella che riassume, per ognuno dei 5 codici numerici/colore, i relativi tempi massimi di attesa e le modalità di rivalutazione previste dal livello ministeriale effettuate attraverso il monitoraggio costante delle condizioni dei pazienti con osservazione:

- diretta
- video mediata

TRIAGE: modalità e tempi di rivalutazione				
Codice		Denominazione	Tempo massimo di attesa	Modalità di rivalutazione
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	ACCESSO IMMEDIATO ALLE AREE DI TRATTAMENTO: NESSUNA RIVALUTAZIONE	
2	ARANCIONE	URGENZA	ACCESSO ENTRO 15 MIN.	OSSERVAZIONE DIRETTA O VIDEO MEDIATA CON MONITORAGGIO COSTANTE DELLE CONDIZIONI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	ACCESSO ENTRO 60 MIN.	RIPETIZIONE DI PARTE O DI TUTTE LE FASI DI VALUTAZIONE: - A GIUDIZIO DELL'INFERMIERE DI TRIAGE - A RICHIESTA DEL PAZIENTE - UNA VOLTA TRASCORSO IL TEMPO DI ATTESA MASSIMO RACCOMANDATO
4	VERDE	URGENZA MINORE	ACCESSO ENTRO 120 MIN.	
5	BIANCO	NON URGENZA	ACCESSO ENTRO 240 MIN.	

11. INFERMIERE DI TRIAGE

Il triage è un processo complesso in cui l'infermiere deve integrare conoscenze cliniche e competenze relazionali in un contesto frenetico e stressante quale il Pronto Soccorso ed è il primo operatore che si interfaccia con l'utente, influenzando tutta l'esperienza all'interno del Dipartimento d'Emergenza.

L'infermiere di triage, come tutti i professionisti sanitari, deve essere in possesso delle competenze professionali di base, delle competenze tecnico-professionali specifiche e di competenze professionali trasversali:

- *Capacità di controllo dell'emotività propria e altrui:* saper gestire tutte le situazioni che si presentano, spesso simultaneamente, senza perdere la concentrazione e mantenendo il controllo su quanto accade attorno all'operatore;

- *Capacità di adattamento*: sapersi muovere all'interno di protocolli, percorsi interni, linee guida, adattandosi alla situazione del momento;
- *Capacità organizzativa*: comprende rapidamente le situazioni, valutando e allocando al meglio le risorse disponibili;
- *Capacità decisionale*: l'infermiere di triage deve saper attuare scelte decisionali in tempi ristretti e spesso in situazioni caotiche e complesse;
- *Capacità comunicativa e disponibilità*: è importante che l'infermiere sappia ascoltare e rispondere in modo pertinente ed esaustivo a tutte le situazioni che ha di fronte;
- *Capacità critica*: verifica della propria attività supportata dalla ricerca volta ad aumentare le proprie conoscenze, acquisendo competenza e sicurezza nel tempo. Questo permette di mantenere alta la motivazione e di perseguire livelli di performance professionali qualitativamente elevati.

FORMAZIONE ABILITANTE

Per svolgere la funzione di Triage Infermieristico in Pronto Soccorso è richiesta una Formazione di accesso, ed una Formazione permanente se in possesso del titolo di studio e abilitazione professionale, esperienza lavorativa in Pronto Soccorso dopo aver superato il periodo di prova di sei mesi e titolo certificativo alle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino.

FORMAZIONE DI ACCESSO

La formazione di accesso si concretizza con la partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione al Triage, di tipo residenziale, che si avvale di metodologie frontali ed interattive della durata minima di 16 ore seguito da un periodo di affiancamento ad un tutor esperto.

È necessario che in esso siano previsti i seguenti ambiti formativi:

- acquisire una metodologia scientifica che comprenda l'utilizzo dell'intervista, dell'osservazione e del ragionamento clinico basato su segni/sintomi e rischio evolutivo;
- acquisire capacità relazionali atte alla gestione della comunicazione non conflittuale e delle emozioni proprie e altrui e all'assertività;
- approfondire gli aspetti relativi alla sfera della responsabilità professionale con attenzione alle attività legali legate all'attività di Triage;
- acquisire una formazione specifica per i principali quadri clinici che si presentano in Pronto Soccorso, ai relativi segni/sintomi associati e al rischio evolutivo. Propedeuticamente entro due anni dall'inizio della formazione abilitante il triage è necessario la certificazione sulle tecniche di supporto delle funzioni vitali di base (BLS, PBLSD), alla gestione dell'emergenza chirurgico-traumatologica (PTC, PTHLS, ecc.) e di uno riguardante le urgenze medico-cardiologiche (ALS, ACLS, ecc.);
- acquisire le metodologie per la progettazione dell'aggiornamento dei protocolli di valutazione in Triage, conformemente alle Linee Guida e linee di indirizzo internazionali, nazionali, regionali;
- acquisire competenze sulla gestione dei principali problemi del triage pediatrico, sull'accoglienza del minore e della famiglia;
- acquisire le metodologie per il miglioramento della qualità applicato ad un sistema di Triage.

A seguito della certificazione che attesta il superamento del corso teorico di Triage, segue un periodo di affiancamento con un infermiere esperto, cioè con un'esperienza pluriennale (almeno due anni) in Triage, di almeno 36 ore, durante il quale in maniera sequenziale ci sarà un periodo di osservazione, seguito da un periodo di collaborazione, di successiva autonomia con la supervisione del tutor per poi giungere alla valutazione finale. L'idoneità temporanea allo svolgimento dell'attività di Triage sarà quindi dichiarata alla conclusione del periodo di affiancamento dal tutor. Trascorso un periodo di tre-sei mesi deve essere realizzato un ulteriore momento di verifica, al fine di dichiarare l'idoneità definitiva all'attività di Triage.

FORMAZIONE PERMANENTE

Allo scopo di mantenere adeguate performance dei professionisti e del sistema organizzativo si rende necessario organizzare il monitoraggio della performance su due livelli:

- *Livello aziendale*: attraverso incontri periodici, realizzazione di audit con discussione di casi, eventi critici/sentinella ed analisi dei dati statistici;
- *Livello regionale*: valutazione del sistema Triage con l'intento di condividere i percorsi.

Nel piano di formazione triennale aziendale devono essere presenti corsi per gli aspetti clinici, assistenziali, organizzativi relazionali anche per gli infermieri con funzioni di coordinamento abilitati a svolgere attività di Triage. Il piano delle attività formative deve prevedere:

- ✓ Corsi monotematici su argomenti emersi dai momenti di verifica e valutazione o dai bisogni formativi interni;
- ✓ Attività di verifica sull'attività di Triage con l'utilizzo di indicatori e standard, e di analisi del rischio clinico in Triage;
- ✓ Attività di studio e di ricerca;
- ✓ Partecipazione a convegni, workshop sul tema specifico del Triage;
- ✓ Condivisione e scambio di esperienze con altre realtà nazionali e/o internazionali.

Nei pronto soccorso generali a cui afferiscono **pazienti pediatrici** è altresì necessaria la frequenza di un corso sul Triage pediatrico di almeno 6 ore. Per quanto riguarda gli ambiti pediatrici le attività formative sono svolte da istruttori certificati in Triage pediatrico.

12. REQUISITI STRUTTURALI

La zona di Triage intraospedaliero deve essere posta in posizione strategica rispetto agli ingressi del PS (pedonale, auto, ambulanze) e all'area di trattamento in modo tale che l'infermiere mantenga il costante controllo degli arrivi e quindi la possibilità di intervenire in maniera tempestiva. Tali ambienti dedicati all'area accoglienza devono essere ben segnalati e ben individuati con accesso facilitato per le persone in condizioni di fragilità, non deambulanti, deambulanti, minori.

La sala d'attesa deve essere ben visibile dalla postazione di Triage, sufficientemente spaziosa, adeguatamente illuminata possibilmente con luce naturale e dotata di distributori automatici di bevande/alimenti e punti ristoro. Si raccomanda la presenza di display/monitor luminosi interfacciati con il programma gestionale del Pronto Soccorso che veicolano il numero di persone in attesa suddivise per codice e il percorso dei pazienti già in trattamento (pz visitato, in attesa di rx, consulenze, ecc.).

La disponibilità di opuscoli informativi di facile interpretazione, tradotti in più lingue, che spieghino ai cittadini il modello organizzativo adottato e possono contribuire a rafforzare il messaggio che la funzione di triage è prevista dalla normativa associato eventualmente l'informativa relativa al pagamento del ticket.

Devono essere presenti sale di attesa distinte per pazienti:

- non deambulanti (spazi adeguati per la manovrabilità per barelle e carrozzine);
- deambulanti (spazi adeguati al numero medio degli accessi: 80-100 mq per PS spoke);
- pediatrici;
- in condizioni di fragilità;
- già sottoposti a Triage e loro accompagnatori (circa 80-100 mq per PS Spoke con 25.000 accessi/annui).

Altri ambienti necessari sono le sale riservate a pazienti affetti da malattia potenzialmente contagiosa e locali riservati per la comunicazione del lutto o gravi malattie.

All'interno delle sale d'attesa deve essere prevista la presenza di personale non sanitario, solitamente volontari adeguatamente istruiti e formati, per rispondere ai bisogni di informazione e ascolto a integrazione dell'attività del triagista.

Gli ambienti dedicati all'area di Triage devono essere strutturati nel rispetto della privacy e devono disporre di postazioni telematiche per la raccolta delle informazioni di accesso e locali per la raccolta di informazioni cliniche e la valutazione dei parametri vitali. La chiamata degli utenti all'interno delle aree di trattamento dovrebbe essere effettuata possibilmente prescindendo dalla loro individuazione nominativa ma con modalità che rispettino per quanto possibile la normativa vigente relativa alla privacy.

Opportuna anche l'ubicazione, nelle vicinanze della zona di Triage, di un posto di Polizia o di una postazione di addetti all'ordine pubblico, la cui presenza sarebbe necessaria nelle 24 ore o comunque nelle ore di maggior affluenza. In materia di sicurezza degli operatori importante è la realizzazione di ambienti e arredi capaci di mantenere la sicurezza tra operatore e utente (ad es. bancone di accoglienza largo o con protezioni, vie di fuga, videosorveglianza, pulsante di richiesta di aiuto, ecc.).

Nelle strutture ospedaliere a maggior numero di accessi o più elevato livello di complessità è raccomandata la presenza dello Psicologo all'interno del Pronto Soccorso, il cui intervento non è rivolto solo ai pazienti ed accompagnatori ma anche agli operatori sanitari.

RISORSE TECNOLOGICHE E UMANE

Nell'area triage devono essere disponibili strumenti per:

- la valutazione dei parametri vitali (fonendoscopio, sfigmomanometro, termometro, saturimetro, monitor multiparametrico, bilancia pesa persone e bilancia per neonati/lattanti ecc.);
- l'esecuzione di procedure diagnostiche semplici (glucometro, elettrocardiografo eventualmente collegato alla rete per la trasmissione del tracciato, stick urine ecc.);
- medicazioni provvisorie;
- immobilizzazione provvisoria di segmenti corporei (barelle a cucchiaio, tavole spinali, collari cervicali, immobilizzazione arti, ecc.);
- gas medicali (area compressa, ossigeno, vuoto).

L'organico di PS deve prevedere un numero di infermieri adeguato sia dal punto di vista qualitativo (vedi requisiti di formazione) che quantitativo per la realizzazione dell'attività di triage, in coerenza con le indicazioni dell'Accordo Stato Regioni del 2019.

13. SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Ogni P.S. dispone di protocolli di Triage, elaborati da un gruppo interdisciplinare (medici, infermieri, esperti), approvati dal responsabile medico ed infermieristico ed adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte. Tali documenti, relativi ai quadri sintomatologici più frequenti, articolati per sintomi principali, aggiornati alle migliori evidenze scientifiche del momento, devono identificare:

- le pratiche essenziali/terapeutiche e i percorsi che possono essere svolti in autonomia da parte del personale infermieristico;
- gli ambiti di miglioramento dell'attuale livello di integrazione professionale medico-infermiere per l'ottimizzazione dei percorsi del paziente;
- i casi in cui è possibile inviare direttamente al medico specialista pazienti con specifici segni e sintomi di pertinenza specialistica;
- la possibilità di avviare in autonomia iter diagnostici specifici.

Ogni struttura deve garantire un periodico aggiornamento, almeno triennale dei protocolli e si avvale di strumenti informatizzati per la registrazione dei dati raccolti.

Per garantire la sicurezza delle cure, nella elaborazione dei protocolli e procedure, è necessario considerare:

- ✓ la comunicazione/informazione tra il personale del 118 e quello del Triage del PS;
- ✓ la comunicazione/informazione tra il personale del triage e della sala visita;
- ✓ l'osservazione e l'ascolto attento del paziente;
- ✓ l'eventuale accesso al PS per il medesimo problema clinico a distanza di 24-48 ore dal primo;
- ✓ la valutazione approfondita del paziente nella fase di attribuzione del codice di priorità;
- ✓ la compilazione corretta della scheda di Triage;
- ✓ la rivalutazione periodica dei pazienti per la conferma o modifica del codice di priorità;
- ✓ le informazioni/raccomandazioni fornite al paziente in attesa e/o ai familiari/accompagnatori;
- ✓ la continuità nella presa in carico del paziente durante il cambio del turno;

- ✓ il mantenimento di standard di personale per turno con attenzione ai picchi di maggior affluenza;
- ✓ l'allontanamento volontario del paziente prima dell'accesso alla visita medica.

DOCUMENTAZIONE CLINICA

La documentazione clinica di Triage e la tracciabilità del processo sono elementi fondamentali per la gestione del rischio clinico. La scheda di triage è l'elemento imprescindibile del sistema e deve documentare il processo decisionale che ha portato all'attribuzione del codice di priorità, descrivere i provvedimenti attuati e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del P.S. È realizzata su supporto informatico ed è parte integrante della documentazione sanitaria di Pronto Soccorso. Costituisce prova documentale a fini giuridici. L'obbligatorietà giuridica alla compilazione della scheda di triage deriva dagli obblighi che ha ogni professionista sanitario nel documentare tutte le azioni compiute durante il proprio operato.

La scheda deve elencare le prestazioni sanitarie erogate, indicare la scelta compiuta e le motivazioni che l'hanno generata ed è considerata a tutti gli effetti un *atto pubblico* e come tale deve rispondere ai requisiti di *chiarezza, veridicità, completezza e tempestività*.

Le componenti essenziali sono:

- ✓ Dati anagrafici e numero progressivo;
- ✓ N. di intervento e codice di intervento 118;
- ✓ Ora d'inizio e di fine presa in carico in Triage;
- ✓ Sintomo principale;
- ✓ Valutazione soggettiva e oggettiva basata sul sintomo principale;
- ✓ Parametri vitali;
- ✓ Patologie pregresse;
- ✓ Farmaci abitualmente assunti e terapie note;
- ✓ Farmaci assunti prima o durante l'arrivo in Pronto Soccorso;
- ✓ Codice di priorità;
- ✓ Test diagnostici effettuati e risultati ottenuti;
- ✓ Allergie note;
- ✓ Rivalutazione e cambiamenti delle condizioni della persona;
- ✓ Firma dell'operatore o utilizzo di password elettronica che permetta una chiara identificazione dell'operatore.

L'ERRORE AL TRIAGE

La Raccomandazione n. 15 del febbraio 2013 riconosce che il Triage è: *"un processo articolato che prevede una serie di attività con diversi gradi di complessità e come tale non scevro dalla possibilità che si verifichi un evento avverso". Si possono identificare essenzialmente tre ambiti di criticità: l'ambito strutturale/organizzativo, assistenziale, relazionale*", e pertanto incoraggia ad adottare misure organizzative, formative e assistenziali utili a prevenire l'insorgenza di eventi avversi.

In tutte le fasi del processo di triage le possibili fonti di errore che possono compromettere la corretta presa in carico dei pazienti e il buon esito del trattamento sono:

- comunicazione non efficace tra infermiere e utente/famigliari;
- errata e/o tardiva interpretazione del reale motivo dell'accesso ed il livello di gravità a causa di comportamenti fuorvianti di alcuni soggetti particolari (fase di *valutazione sulla porta*);
- mancanza di spazio e/o strumenti di misurazione (fase di *valutazione soggettiva/oggettiva*);
- sovra-sottostima del codice di priorità (*assegnazione del codice di priorità*);
- non effettuazione/registrazione la rivalutazione dei pazienti secondo le indicazioni ministeriali (fase di *rivalutazione*).

Nell'ambito della gestione del rischio clinico, al fine di ridurre gli eventi avversi che potrebbero avere implicazioni sulla durata e severità della prognosi, risulta fondamentale implementare un percorso di monitoraggio che

preveda AUDIT clinici su casi specifici, procedure per la gestione degli eventi sentinella e la misurazione degli indicatori di processo e di esito. Particolare attenzione deve essere rivolta a casi di:

- ✓ Arresto cardiaco improvviso in Triage;
- ✓ Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso (Raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute);
- ✓ Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (Raccomandazione n.13 del Ministero della Salute);
- ✓ Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute).

14. CONDIZIONI PARTICOLARI

Nella fase di accoglienza e di triage è necessario prestare particolare attenzione ai pazienti che richiedono una tempestiva attivazione di percorsi dedicati in risposta alla loro fragilità/condizione (pazienti pediatrici, persone affette da disabilità, pazienti psichiatrici, vittime di violenza; migranti, rifugiati e profughi, pazienti oncologici e persone a fine vita, persone indigenti, anziani con patologie neurodegenerative, persone affette da dipendenze patologiche, detenuti ed ex-detenuti).

In tali casi, il triagista deve utilizzare competenze professionali, tecniche, cliniche e comunicative per esplorare non solo l'aspetto clinico ma anche quello relazionale e comportamentale per garantire:

- l'attesa in un ambiente idoneo a prevenire rischi di disorientamento, delirio, cadute, allontanamento;
- la sorveglianza/rivalutazione continua prima della visita medica;
- l'avvio di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali mirati alla situazione presente;
- la segnalazione nel sospetto di abusi e maltrattamenti;
- la raccolta e trasmissione delle informazioni provenienti dai centri territoriali, case di riposo, ecc.

In linea generale, le condizioni di fragilità non modificano il codice di gravità e la relativa priorità, ma prevedono l'avvio di specifiche procedure assistenziali e di conforto, evitando laddove possibile tempi lunghi di attesa.

A sostegno dei pazienti stranieri, è raccomandata l'introduzione della figura del **Mediatore Culturale** come garante di un'adeguata comunicazione.

MALTRATTAMENTI

In considerazione della maggiore sensibilità assunta da questo tema negli ultimi anni è necessario trattare con attenzione e delicatezza le situazioni di maltrattamenti e abusi su minori, donne e anziani. In tale ambito, il ruolo dell'infermiere di triage è quello di identificare gli indicatori anamnestici e clinici di sospetto abuso ed attivare precocemente un percorso personalizzato di sostegno, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di privacy, agevolando le procedure sanitarie, assistenziali, investigative e giudiziarie. Assumono un ruolo cruciale l'ascolto attivo e l'assenza di giudizio per instaurare un clima di fiducia tra il paziente e l'infermiere.

Per tutte le tipologie di paziente è importante:

- Descrivere in modo particolareggiato nella scheda di triage quanto riscontrato durante l'esame fisico (per es. lesioni visibili, tipo, dimensione, zona corporea, ecc.);
- In caso di accessi ripetuti al PS, ricercare nel database i seguenti dati: numero di accessi, sintomatologia e diagnosi.

SUI MINORI

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per maltrattamenti infantili si intendono *gli abusi e l'incuria che colpiscono i bambini al di sotto dei 18 anni di età. Includono ogni genere di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, abbandono, negligenza e sfruttamento a fini commerciali o di altra natura, che abbia come conseguenza un danno reale o potenziale per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità del bambino nel contesto di un rapporto di responsabilità, fiducia o potere. Anche l'esposizione alla violenza tra i partner è talvolta inclusa tra le forme di maltrattamento infantile.*

Il ruolo dell'operatore di Triage, in tali casi, è quello di identificare fin dalle fasi iniziali di valutazione, la particolare condizione attraverso la rilevazione dei dati clinici e anamnestici che possono far sospettare un abuso anche in assenza di un'anamnesi certa. Nell'ascolto al minore l'infermiere si deve limitare a raccogliere e annotare dichiarazioni spontanee specificando "il minore riferisce" e raccogliere ulteriori informazioni sulla composizione del nucleo familiare al fine di poter avviare provvedimenti di tutela nei confronti di eventuali altri minori presenti.

SULLE DONNE

La violenza sulle donne, considerata uno squilibrio relazionale tra i sessi, il desiderio di controllo e di possesso da parte del genere maschile sul genere femminile, si coniuga in: violenza fisica (maltrattamenti), sessuale (molestie, stupri, sfruttamento), economica (negazione dell'accesso alle risorse economiche della famiglia, anche se prodotte dalla donna), psicologica (violenza di sé). Al momento dell'accoglienza l'infermiere di Triage deve tener conto di una persona che presenta un quadro complesso, per atteggiamenti, emozioni e comportamenti, di estrema fragilità/vulnerabilità, con un vissuto di disvalore e deve favorire l'inserimento in un percorso dedicato di valutazione e trattamento appropriato con la presa in carico della vittima. In coerenza con quanto disposto dalle Linee Guida Nazionali contenute nel D.P.C.M. del 24 novembre 2017, recepito con DGR n.999/2018, salvo che non sia necessario attribuire un codice di emergenza (codice rosso), alla donna deve essere riconosciuta una codifica di urgenza relativa- **codice giallo o equivalente**- al fine di assicurare una visita medica tempestiva (entro un massimo di 20 minuti) e ridurre al minimo il rischio di ripensamenti o allontanamenti volontari.

SUGLI ANZIANI

I maltrattamenti sugli anziani sono perpetrati principalmente da familiari o talvolta da operatori sanitari e possono assumere varie forme: maltrattamenti fisici (inclusi coercizione fisica e abusi nella somministrazione di farmaci), psicologici e affettivi, abusi sessuali, incuria e abbandono.

Il fenomeno rappresenta una problematica di salute pubblica e di solidarietà sociale a una fascia debole della popolazione. L'operatore di triage deve ricordarsi che l'anziano prova disagio/timore nel denunciare una situazione di abuso e teme possibili ritorsioni e che spesso i deficit sensoriali, l'eloquio e l'alterazione dello stato mentale, rendono difficile la denuncia.

DISTURBO ACUTO DEL COMPORTAMENTO

Per le persone con alterazioni psichiche il PS rappresenta un primo punto di contatto con la fonte di aiuto. Di fronte al paziente fortemente agitato, bisogna considerare la tipologia di esordio (acuta o a lenta evoluzione), l'ambiente circostante e la pericolosità della situazione al fine di garantire la sicurezza degli operatori e del paziente stesso. Particolare attenzione deve essere posta se il disturbo acuto riguarda un minore.

9. SISTEMA DI VERIFICA - INDICATORI

Al fine di fornire uno strumento utile al monitoraggio dell'efficacia del percorso di presa in carico si rende necessario prevedere un sistema di valutazione su due livelli:

- **locale:** audit per discutere di singoli casi clinici (pazienti deceduti inaspettatamente, pazienti più complessi ecc.) e condividere azioni di miglioramento di tipo aziendale;
- **regionale:** monitoraggio settimanale su piattaforma online, con gli indicatori sotto riportati, e incontri periodici con il gruppo tecnico di lavoro (istituito con Decreto n.7/2023) per l'analisi e la condivisione dei delle eventuali criticità nella gestione dei processi, l'organizzazione delle attività e le performance professionali, in coerenza con le indicazioni ministeriali.

Totale pazienti trattati nella settimana con codice (differenziate per codice 1-2-3-4-5)
Numero totale pazienti trattati nella settimana con codice
Tempo di attesa - pazienti con codice - (Da T0 presa in carico al triage a T1 inizio del percorso diagnostico assistenziale come indicato nell'accordo Stato Regioni rep. 143-01 - agosto 2019)
Mediana (tempo di attesa) T0 - T1
Numero di pazienti che hanno superato il tempo massimo di attesa T0 - T1 (5 minuti)
Numero - pazienti codice 1 - che hanno superato il tempo massimo di attesa che sono stati rivalutati
Tempo di attesa - pazienti con codice - (Da T0 presa in carico al triage a T3 esito della prestazione di PS come indicato nell'accordo Stato Regioni rep. 143-01- agosto 2019)
Mediana (Tempo di attesa) T0 - T3
Numero pazienti che hanno superato il tempo massimo T0 - T3 (480 minuti)
Numero totale di pazienti - codice 1 - ricoverati in reparto di degenza (esito trattamento = 2
Numero totale di pazienti - codice 1 - trasferiti in altra struttura (esito trattamento = 3
Numero totale di pazienti - codice 1 - ricoverati in OBI (esito trattamento = 10
Monitoraggio percorsi Fast Track
Numero di pazienti avviati ad uno dei percorsi Fast Track attivi.
... con codice Triage 2
... con codice Triage 3
... con codice Triage 4
... con codice Triage 5
Monitoraggio ricoveri da Pronto Soccorso
Tempo di attesa (Da T0 presa in carico al triage a T5 termine dell'osservazione breve intensiva come indicato nell'accordo Stato Regioni rep. 143-01 - agosto 2019)
Mediana del tempo di attesa
Numero pazienti che hanno superato il tempo massimo T0 - T5 (2640 minuti)
Numero totale di posti letto resi disponibili dalla Direzione Medica per ricoveri (nella settimana
Monitoraggio sovraccollamento
Si sono verificati episodi di sovraccollamento del PS tali da inviare segnalazione alla Direzione Medica Ospedaliera?
Numero di segnalazioni inviate alla Direzione Medica per sovraccollamento del Pronto Soccorso
Numero totale di ore di personale medico utilizzato a supporto negli episodi di sovraccollamento del Pronto Soccorso
Allegare la relazione inerente gli episodi di sovraccollamento registrati, con indicazione dei percorsi messi in atto ed il loro esito (resoconto del personale di supporto impiegato in PS, specificandone le ore di utilizzo)
Dotazione di personale specializzato
Numero totale di ore effettuate da personale con il ruolo di comunicatore/facilitatore in fase di accoglienza
Pianificazione per la settimana successiva
Allegare l'elenco dei professionisti, individuati in qualità di personale medico, a supporto negli episodi di sovraccollamento del Pronto Soccorso, disponibili nella settimana successiva a quella di rilevazione.

6. APPENDICE 2

*CONDIZIONI CLINICHE CHE CONSENTONO/ESCLUDONO
L'ATTIVAZIONE DEI PERCORSI DI FAST TRACK*

TRAUMI MINORI DELLE ESTREMITÀ

Fattori di inclusione:

- trauma isolato
- contusione o distorsione
- estremità distali: dalla caviglia alle falangi (esclusa gamba e ginocchio), dal polso alle falangi (escluso avambraccio e gomito)

Fattori di esclusione (presenza di almeno uno)

- Età <18aa
- donne in età fertile con sospetta o dichiarata gravidanza
- trauma non isolato

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista e prevedono la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- ferite o lesioni cutanee
- instabilità (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)
- deficit di sensibilità o motorio
- dolore in assenza di edema o ecchimosi

DERMATOLOGICO

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Febbre
- Arto gonfio e dolente
- Allergia
- Diabete, Porpora: misurazione dei parametri vitali
- Contaminazione cutanea (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, non prevedono rivalutazione della priorità o consentono di differire a eventuale struttura disponibile convenzionata con la U.O.:

- Punture d'insetto
- Cisti suppurate con indicazione a drenaggio
- Foruncolosi (esclusa febbre)
- Dolore o Eritema al seno (esclusa febbre)
- Ustioni minori (deve essere esclusa Ustione Maggiore e deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)

Criteri che determinano l'avvio diretto allo specialista dal Triage di Accesso:

- Lesioni cutanee isolate aspecifiche senza evidenza di trauma

GINECOLOGICO

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Meno/Metrorragia o se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica Valutazione Medica di PS prima dell'invio o misurazione parametri vitali, invio se non modificano la priorità
- Traumatismo: Valutazione Medica di PS prima dell'invio

Criteri **NON TRAUMATICI** per l'avvio diretto allo specialista dal Triage di Accesso:

- Edema, secrezione o dolore vaginale o vulvare
- Corpo Estraneo vaginale
- Condilomi
- Richiesta di Contraccezione
- Ritardo di ciclo
- Altre patologie ginecologiche minori

OCULISTICO

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Trauma grave con ferite o tumefazione periorbitaria o corpo estraneo conficcato evidente
- Disturbi maggiori della vista: Diplopia, Anisocoria, Diminuzione del visus
- Contaminazione (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)

NOTA: attenzione ai disturbi visivi neurologici (Amaurosi o perdita completa della vista anche transitoria, Scotomi o area cieca spesso centrale del campo visivo, Emianopsie o perdita di parte del campo visivo)

Criteri che determinano l'**avvio diretto** allo specialista dal Triage di Accesso:

- Emorragie sottocongiuntivali (considerare pressione arteriosa)
- Disturbi minori della vista: fosfeni (macchie luminose), miodesopsie (corpi mobili, "mosche", "ragnatele")
- Disturbi minori al globo: dolore o irritazione, arrossamento congiuntivale, edema palpebrale, disturbo di lacrimazione
- Trauma oculare minore
- Sensazione di corpo estraneo
- Altri disturbi oculari non specificati

OTORINOLARINGOIATRICO

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Sanguinamento nasale in atto: procedure di conforto
- Pus o sangue dal meato uditivo
- Sensazione di corpo estraneo con agitazione, scialorrea o stridore

Avvio a percorso breve specialistico otoiatrico:

- Faringodinia e sensazione di corpo estraneo in gola:
 - ✓ se febbre misurazione parametri vitali, invio se non modificano la priorità
 - ✓ se alterazione del tono di voce Valutazione Medica di PS prima dell'invio
- Otaglia non traumatica e sensazione di corpo estraneo nell'orecchio:
 - ✓ se febbre valutare parametri vitali, invio se non modificano la priorità
 - ✓ se dolore o edema alla rocca mastoide Valutazione Medica di PS prima dell'invio
- Ipoacusia o acufeni
- Epistassi recente non traumatica:
 - ✓ se tosse o rumori respiratori: escludere ostruzione delle vie aeree
 - ✓ se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica Valutazione Medica di PS prima dell'invio
 - ✓ considerare pressione arteriosa
- Corpo estraneo in coana nasale:
 - ✓ Valutazione Medica di PS prima dell'invio

ODONTOIATRICO E MAXILLO-FACCIALE

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, per cui può essere opportuna la misurazione dei parametri vitali, una eventuale rivalutazione della priorità per la Valutazione Medica di PS e/o l'applicazione di procedure:

- Dolore acuto articolare temporo-mandibolare con blocco articolare o sospetta lussazione
- Dolore acuto e tumefazione sospetta flogistica volto o collo
 - ✓ se febbre misurazione parametri vitali
 - ✓ se tosse o rumori respiratori: escludere ostruzione delle vie aeree
- Traumatologia dentale significativa o con emorragia

Avvio a percorso breve specialistico maxillo-facciale/odontoiatrico:

- Mal di denti in patologia dentale maggiore in assenza di febbre
- Traumatologia dentale minore localizzata
- Emorragia post-estrattiva
 - ✓ se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica Valutazione Medica di PS prima dell'invio

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, non prevedono rivalutazione della priorità, consentono di differire a eventuale struttura disponibile convenzionata con la U.O.:

- Mal di denti in patologia dentale minore in assenza di febbre

UROLOGICO

Avvio a percorso breve specialistico urologico:

- Ematuria e Disuria in soggetto con anamnesi di patologia urologica:
 - ✓ se febbre misurazione parametri vitali, invio se non modificano la priorità
 - ✓ se emorragia da altre sedi o diatesi emorragica Valutazione Medica di PS prima dell'invio
- Ritenzione urinaria acuta:
 - ✓ sospetto globo vescicale (deve essere prevista una procedura infermieristica per la valutazione e il trattamento)
 - ✓ catetere vescicale malfunzionante o dislocato
- Nefrostomia, Urostomia/Cistostomia malfunzionante o dislocata
- Dolore o tumefazione allo scroto non traumatico: Valutazione medica di PS prima dell'invio

Criteri che **escludono** l'avvio diretto allo specialista, non prevedono rivalutazione della priorità e consentono di differire a eventuale struttura disponibile convenzionata con la U.O.:

- Ematuria e Disuria senza anamnesi di patologia urologica e senza febbre

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1708

Art. 9, comma 2, legge n. 207/1985 e DPR n. 483/1997; bando di concorso AST di Pesaro Urbino - designazione dei rappresentanti regionali in seno alla commissione esaminatrice del concorso pubblico a 2 posti di dirigente medico di Oncologia.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

di designare, quali rappresentanti della Regione nella commissione esaminatrice del concorso pubblico per 2 posti di dirigente medico di Oncologia bandito dall'AST di Pesaro Urbino, i signori:

- dott.ssa Rosa Rita Silva, dirigente medico con incarico di direzione di struttura complessa della UOC di Oncologia dell'AST Ancona, in qualità di componente titolare;
- dott. Francesco Leonardi, dirigente medico con incarico di direzione di struttura complessa della UOC di Oncologia della A.O. di Parma, in qualità di componente supplente.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1709

Art. 9, comma 2, legge n. 207/1985 e DPR n. 483/1997; bando di concorso AST di Pesaro Urbino - designazione dei rappresentanti regionali in seno alla commissione esaminatrice del concorso pubblico a 1 posto di dirigente medico di Anatomia patologica.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

di designare, quali rappresentanti della Regione nella commissione esaminatrice del concorso pubblico per 1 posto di dirigente medico di Anatomia patologica bandito dall'AST di Pesaro Urbino, i signori:

- dott. Luca Riccioni, dirigente medico con incarico di direzione di struttura complessa della UOC di Anatomia patologica dell'AST Macerata, in qualità di componente titolare;
- dott. Guido Collina, dirigente medico con incarico di direzione di struttura complessa della UOC di

Anatomia patologica dell'AST di Ascoli Piceno, in qualità di componente supplente.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1710

Art. 9, comma 2, legge n. 207/1985 e DPR n. 483/1997; bando di concorso AST di Pesaro Urbino - designazione dei rappresentanti regionali in seno alla commissione esaminatrice del concorso pubblico a 2 posti di dirigente medico di Nefrologia.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

di designare, quali rappresentanti della Regione nella commissione esaminatrice del concorso pubblico per 2 posti di dirigente medico di Nefrologia bandito dall'AST di Pesaro Urbino, i signori:

- dott. Franco Sopranzi, dirigente medico con incarico di direzione di struttura complessa della UOC di Nefrologia dell'AST di Macerata, in qualità di componente titolare;
- dott. Giuseppe Fioravanti, dirigente medico con incarico di direzione di struttura complessa della UOC di Nefrologia dell'AST di Ascoli Piceno, in qualità di componente supplente.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1711

Art. 9, comma 2, legge n. 207/1985 e DPR n. 483/1997; bando di concorso AST di Pesaro Urbino - designazione dei rappresentanti regionali in seno alla commissione esaminatrice del concorso pubblico a 3 posti di dirigente medico di Oftalmologia.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

di designare, quali rappresentanti della Regione nella commissione esaminatrice del concorso pubblico per 3 posti di dirigente medico di Oftalmologia bandito dall'AST di Pesaro Urbino, i signori:

- dott. Stefano Lippera, dirigente medico con incarico di direzione di struttura complessa della UOC di Oftalmologia dell'AST Ancona, in qualità di componente titolare;

- dott. Manlio Nicoletti, dirigente medico con incarico di direzione di struttura complessa della UOC di Oftalmologia della Ausl di Bologna, in qualità di componente supplente.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1712

Approvazione dello schema di convenzione tra Regione e Università Politecnica delle Marche per il finanziamento di n. 7 (sette) borse di studio presso le Scuole di specializzazione ad accesso riservato ai laureati in possesso di un titolo di studio diverso dalla laurea in medicina e chirurgia.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. di approvare lo schema di convenzione con l'Università Politecnica delle Marche di cui all'allegato A che costituisce parte integrante del presente provvedimento, intesa a regolare il finanziamento di n. 7 borse di studio per l'anno accademico 2022-2023 come di seguito individuate:
 - n. 2 nella scuola di specializzazione in microbiologia e virologia;
 - n. 2 nella scuola di specializzazione in patologia clinica e biochimica clinica;
 - n. 3 nell'ambito della scuola di specializzazione di statistica sanitaria e biometria;
2. di autorizzare il Presidente della Giunta regionale o suo delegato alla sottoscrizione dell'accordo, allegato A, di cui al precedente punto 1, e ad apportare eventuali modifiche di carattere non sostanziale che si rendessero necessarie ai fini della stipula;
3. di far fronte all'onere derivante dall'attivazione delle borse di studio di cui al punto 1 per la durata quadriennale della formazione, pari a € 175.000,00 per ciascun anno accademico, sulla disponibilità del capitolo 2130710201, in base alla ripartizione annuale effettuata con legge di bilancio, tenuto conto della durata dell'obbligazione oltre il triennio di riferimento del bilancio autorizzatorio 2023/2025, come segue:
 - annualità 2023: € 175.000,00, previa riduzione dell'accantonamento di cui alla DGR 1665/2022 di euro 650.000,00,
 - annualità 2024: € 175.000,00, previa riduzione dell'accantonamento di cui alla DGR 1665/2022 di euro 676.000,00,

- annualità 2025: € 175.000,00;

la riduzione dell'accantonamento per le annualità 2023 e 2024 è determinata in ragione dell'effettivo numero dei contratti aggiuntivi attivati nelle scuole di specializzazione di area medica anno accademico 2021-2022, pari a 16 contratti, rispetto alla programmazione di cui alla DGR n. 1665/2022;

4. di precisa che trattasi di capitoli afferenti risorse del perimetro sanitario, per le quali si applica il Titolo II del D.Lgs. 118/2011 e smi..

AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:

www.norme.marche.it

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1713

Art. 9, comma 2, legge n. 207/1985 e DPR n. 483/1997; bando di concorso AST di Pesaro Urbino - designazione dei rappresentanti regionali in seno alla commissione esaminatrice del concorso pubblico a 3 posti di dirigente medico di Malattie infettive.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

di designare, quali rappresentanti della Regione nella commissione esaminatrice del concorso pubblico per 3 posti di dirigente medico di Malattie infettive bandito dall'AST di Pesaro Urbino, i signori:

- dott. Giorgio Amadio Nespola, dirigente medico con incarico di direzione di struttura complessa della UOC di Malattie Infettive della AST Fermo, in qualità di componente titolare;
- dott. Carlo Biagetti, dirigente medico con incarico di direzione di struttura complessa Malattie Infettive della Azienda Usl della Romagna, in qualità di componente supplente.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1714

D.lgs. n. 368/1999, nomina della commissione esaminatrice per il concorso di ammissione al Corso triennale di formazione specifica in Medicina generale relativo agli anni 2023-2026

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. di costituire, secondo quanto previsto dall'art. 29, comma 1 e dall'art. 25, comma 5, del d.lgs. n. 368/1999, la commissione di concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2023-2026 nella seguente composizione:

presidente:

- il presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Ancona o suo delegato:
dott. Fulvio Borromei (titolare)
dott. Romano Mari (sostituto)

componenti:

- un direttore medico di struttura complessa di medicina interna designato dalla Regione:
dott. Anna Maria Schimizzi (titolare)
dott.ssa Maria Luisa Minnucci (sostituto)
- un medico di medicina generale designato dall'Ordine dei Medici
dott. Dario Bartolucci (titolare)
dott. Giovanni Maria Battistini (sostituto)

segretario:

- un funzionario amministrativo regionale:
dott.ssa Angela Alfonsi (titolare)
Sig.ra Luciana Colucci (sostituto)

1. di stabilire che, ai sensi del comma 3, dell'art. 29, del d.lgs 368/99, al termine del percorso formativo, la commissione di cui al punto precedente, integrata da un rappresentante del Ministero della Salute e da un professore ordinario di medicina interna o disciplina equipollente designato dallo stesso ministero, formuli il giudizio finale su ciascun partecipante alla formazione e rilasci, ai medici che superino con esito favorevole l'esame finale, il diploma di formazione specifica in medicina generale;
2. di stabilire che il dirigente della struttura competente in materia del Dipartimento Salute provveda, con proprio atto, a integrare la commissione d'esami finali con i componenti di nomina Ministeriale di cui al punto precedente;
3. di stabilire che la commissione d'esami finali possa essere attivata, al termine del percorso formativo, oltre che in sessione ordinaria, anche in sessione straordinaria ai sensi dell'art. 16 del DM 7 marzo 2006;
4. di stabilire che ai componenti e al segretario della commissione di concorso e delle commissioni d'esami finali del corso, spettino i compensi nella misura prevista dalla L.R. del 26 ottobre 1998, n. 35 con riferimento ai concorsi relativi ai profili professio-

nali della settima qualifica funzionale, oltre al totale rimborso delle spese di viaggio, vitto e alloggio con le modalità previste per i dirigenti regionali;

5. di stabilire che gli oneri conseguenti, per la commissione di concorso, stimati complessivamente in € 6.160,00, facciano carico al bilancio 2023-2026, annualità 2023, sui capitoli di seguito indicati, sui quali, con decreto n. 52/SRU/2023 (bando di concorso), sono state assunte prenotazioni di impegno di spesa per i compensi ai componenti della commissione concorsuale e relativa IRAP:
 - capitolo di spesa n. 2130111078, per € 6.000,00, prenotazione di impegno n. 8989/2023;
 - capitolo di spesa n. 2130111079, per € 160,00, prenotazione di impegno n. 8990/2023;
6. di stabilire che gli oneri presunti per le commissioni d'esami finali a conclusione del corso, per la sessione ordinaria e per le eventuali sessioni straordinarie, trovino copertura sulle quote annuali del Fondo sanitario degli anni in cui verranno svolti gli esami;
7. di stabilire che le liquidazioni dei compensi e rimborsi spesa di cui ai punti precedenti, siano regolate dal dirigente della competente struttura del Dipartimento programmazione integrata, UE e risorse finanziarie, umane e strumentali, con propri atti.
8. di precisare che i capitoli di spesa n. 2130111078 e n. 2130111079 sopra indicati registrano risorse del Fondo sanitario indistinto 2023 e che pertanto afferiscono al perimetro sanità cui si applica il titolo II del d.lgs 118/2011.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1715

Direttiva 92/43/CEE. DPR n. 357/97. L. R. n. 6/2007. Approvazione dei piani di gestione dei siti Natura 2000 IT5330010 Piana di Pioraco, IT5330012 Macchia di Montenero, IT5330013 Macchia delle Tassinete, IT5330014 Fonte delle Bussare, adottati dall'Unione montana Potenza Esino Musone e finanziati dal PSR Marche 2014-2022. Revoca delle DGR n. 550/2015 e n. 690/2016.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. di approvare i piani di gestione dei siti Natura 2000 IT5330010 Piana di Pioraco, IT5330012 Macchia di Montenero, IT5330013 Macchia delle Tassinete,

- IT5330014 Fonte delle Bussare riportati rispettivamente negli Allegati A, B, C e D al presente atto del quale costituiscono parte integrante, la cui cartografia è depositata presso il Settore regionale Territori interni, parchi e rete ecologica regionale;
2. di stabilire che i piani di cui al precedente punto, comprensivi della cartografia, siano depositati presso l'Unione montana Potenza, Esino, Musone, in qualità di ente di gestione dei predetti siti Natura 2000;
 3. di revocare la DGR n. 550/2015 relativa all'approvazione dei piani di gestione dei siti Natura 2000 IT5330012 Macchia di Montenero, IT5330013 Macchia delle Tassinete, IT5330014 Fonte delle Bussare;
 4. di revocare la DGR n. 690/2016 relativa all'approvazione delle misure di conservazione del sito Natura 2000 Piana di Pioraco;
 5. di demandare al dirigente del competente Settore regionale l'approvazione con proprio atto dei Format relativi ai siti di cui al punto 1, al fine di far fronte alla messa in mora complementare C(2019) 537 alla Procedura di infrazione 2015/2163 riguardante la non corretta definizione degli obiettivi e delle misure di conservazione.

AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:

www.norme.marche.it

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1716

D.Lgs 152/2006, art. 94. Piano di Tutela delle Acque (D.A.A.L.R. n. 145 del 26/01/2010), Articoli 19, 20 e 21 delle Norme Tecniche di Attuazione; DGR n. 847 del 05/07/2021: Individuazione definitiva delle Aree di Salvaguardia delle captazioni idropotabili corrispondenti a grandi derivazioni finalizzate al servizio idrico integrato dell'AATO 2 Marche Centro – Ancona (Gruppo sorgentizio Gorgovivo e Campo pozzi Fiumesino di Falconara)

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- Di approvare, ai sensi dell'art. 94 del D.Lgs. 152/2006, l'individuazione definitiva delle Aree di Salvaguardia delle captazioni idropotabili corrispondenti a grandi derivazioni, distinte in Zone di Tutela assoluta, Zone di Rispetto ristretta, Zone di Rispetto allargata e Zone di Protezione, finalizzate al servizio idrico integrato dell'AATO 2 Marche Centro-Ancona (Gruppo Sorgentizio Gorgovivo e

Campo Pozzi Fiumesino di Falconara) rappresentate nelle tavole cartografiche in formato pdf Allegato A (composto dalle tavole: AATO2-TAV281160; AATO2-TAV282090; AATO2-TAV282130; AATO2-TAV291110; AATO2-TAV291120; AATO2-TAV291150; AATO2-TAV291160; AATO2-TAV292040; AATO2-TAV292060; AATO2-TAV292070; AATO2-TAV292080; AATO2-TAV292090; AATO2-TAV292100; AATO2-TAV292110; AATO2-TAV292120; AATO2-TAV292130; AATO2-TAV293010; AATO2-TAV301040; AATO2-TAV301080; AATO2-TAV302010; AATO2-TAV302020; AATO2-TAV302050; AATO2-TAV302060; AATO2-TAV302090; AATO2-TAV302100; AATO2-TAV302130; AATO2-TAV302140) - che costituiscono parte integrante del presente atto;

- Di allegare alla presente deliberazione, quale sua parte integrante, l'indicazione delle disposizioni e prescrizioni, attualmente vigenti, previste dalla normativa statale e regionale per le aree di salvaguardia delle captazioni ad uso idropotabile (allegato B);
- Di stabilire che per le zone di Tutela Assoluta la delimitazione fisica con opportuna recinzione, con la finalità di protezione delle opere di captazione o presa e relative infrastrutture di servizio, nonché per limitare l'accesso al solo personale addetto, sarà individuata caso per caso dal competente gestore del Servizio idrico integrato (s.i.i.) secondo le effettive possibilità e in relazione alla specifica conformazione dei luoghi, potendo non coincidere con la individuazione cartografica presente nell'allegato A nella quale opera il relativo regime di tutela.
- Di pubblicare sul sito web della Regione Marche (<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Ambiente/Tutela-delle-acque/Aree-di-salvaguardia>), la presente deliberazione, l'individuazione delle Aree di Salvaguardia delle captazioni idropotabili di cui sopra su supporto informatizzato in formato shapefile (proiezione Gauss Boaga fuso est su ellissoide Roma 40, codice epsg: 3004);
- Di inviare la presente deliberazione all'AATO 2 ed alle Province di Ancona e Macerata, interessate dalla delimitazione delle aree di salvaguardia;
- Di inviare la presente deliberazione ai comuni interessati per la pubblicazione, entro 10 giorni dalla comunicazione, all'Albo Pretorio comunale per 30 giorni consecutivi e per gli ulteriori adempimenti previsti all'art. 19, comma 4, delle Norme Tecniche di Attuazione del Piano di Tutela delle Acque della Regione Marche.

AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:

www.norme.marche.it**Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1717**

Approvazione degli schemi di convenzione relativi agli interventi di difesa costiera di cui alla scheda MAPO PR-FESR 2021-27, Azione 2.4.3 "Aumento della resilienza dei territori più esposti a rischio di erosione costiera" - Intervento 2.4.3.1, DGR n.203 del 22/02/2023.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. Di individuare il Comune di Pesaro quale soggetto attuatore dell'intervento "Completamento scogliera del litorale località Casteldimezzo - Comune di Pesaro (PU)" e - al contempo - approvare lo schema di convenzione di cui all'allegato 1, parte integrante della presente deliberazione, da sottoscrivere tra Regione Marche e Comune di Pesaro, per la realizzazione dello stesso intervento.
2. Di individuare il Comune di Porto Recanati quale soggetto attuatore dell'intervento "Realizzazione di scogliere emerse litorale di Scossicci (I stralcio) - Comune di Porto Recanati (MC)" e - al contempo - approvare lo schema di convenzione di cui all'allegato 2, parte integrante della presente deliberazione, da sottoscrivere tra Regione Marche e Comune di Porto Recanati, per la realizzazione dello stesso intervento.
3. Di individuare il Comune di Civitanova Marche quale soggetto attuatore dell'intervento "Intervento di difesa del paraggio con opere rigide e morbide (II ipotesi) - (I stralcio) - Comuni di Potenza Picena e Civitanova Marche (MC)" e - al contempo - approvare lo schema di convenzione di cui all'allegato 3, parte integrante della presente deliberazione, da sottoscrivere tra Regione Marche e Comune di Potenza Picena, Comune di Civitanova Marche e Rete Ferroviaria Italiana S.p.A., per la realizzazione dello stesso intervento.
4. Di individuare il Comune di Pedaso quale soggetto attuatore dell'intervento "Riconfigurazione e riallineamento di opere di difesa del litorale di Pedaso nord - I stralcio - Comune di Pedaso (FM)" e - al contempo - approvare lo schema di convenzione di cui all'allegato 4, parte integrante della presente deliberazione, da sottoscrivere tra Regione Marche e Comune di Pedaso e Rete Ferroviaria Italiana S.p.A., per la realizzazione dello stesso intervento.
5. Di individuare il Comune di Pedaso quale soggetto attuatore dell'intervento "Realizzazione scogliere emerse litorale Pedaso sud - I stralcio - Comune di Pedaso (FM)" e - al contempo - approvare lo schema di convenzione di cui all'allegato 5, parte integrante della presente deliberazione, da sottoscrivere tra Regione Marche e Comune di Pedaso e Rete Ferroviaria Italiana S.p.A., per la realizzazione dello stesso intervento.
6. Di individuare il Comune di San Benedetto del Tronto quale soggetto attuatore dell'intervento "Realizzazione scogliere sommerse litorale Sentina (I stralcio) con recupero e protezione della riserva Sentina - Comune di San Benedetto del Tronto (AP)" e - al contempo - approvare lo schema di convenzione di cui all'allegato 6, parte integrante della presente deliberazione, da sottoscrivere tra Regione Marche e Comune di San Benedetto del Tronto, per la realizzazione dello stesso intervento.
7. Di dare atto che gli interventi di cui sopra per un costo totale di € 34.425.000,00 verranno finanziati così come di seguito riportato:
 - "Completamento scogliera del litorale località Casteldimezzo - Comune di Pesaro (PU)" (allegato 1), costo totale progetto € 250.000,00:
 - € 250.000,00 contributo concedibile a carico della Regione Marche, ricompresi nelle disponibilità di cui all'Asse 2 Azione 2.4.3 del PR-FESR 2021-27 approvato con DACR n. 48 del 24/01/2023;
 - "Realizzazione di scogliere emerse litorale di Scossicci (I stralcio) - Comune di Porto Recanati (MC)" (allegato 2), costo totale progetto € 9.000.000,00:
 - € 9.000.000,00 contributo concedibile a carico della Regione Marche, ricompresi nelle disponibilità di cui all'Asse 2 Azione 2.4.3 del PR-FESR 2021-27 approvato con DACR n. 48 del 24/01/2023;
 - "Intervento di difesa del paraggio con opere rigide e morbide (II ipotesi) - (I stralcio) - Comuni di Potenza Picena e Civitanova Marche (MC)" (allegato 3), costo totale progetto € 11.050.000,00:
 - € 5.425.000,00 contributo concedibile a carico della Regione Marche, ricompresi nelle disponibilità di cui all'Asse 2 Azione 2.4.3 del PR-FESR 2021-27 approvato con DACR n. 48 del 24/01/2023;
 - € 5.625.000,00 a carico di Rete Ferroviaria Italiana S.p.A. per la compartecipazio-

ne alla difesa dell'infrastruttura ferroviaria tratto Bologna-Lecce;

- *“Riconfigurazione e riallineamento di opere di difesa del litorale di Pedaso nord – I stralcio - Comune di Pedaso (FM)”* (allegato 4), costo totale progetto € 3.000.000,00:
 - € 1.500.000,00 contributo concedibile a carico della Regione Marche, ricompresi nelle disponibilità di cui all'Asse 2 Azione 2.4.3 del PR-FESR 2021-27 approvato con DACR n. 48 del 24/01/2023;
 - € 1.500.000,00 a carico di Rete Ferroviaria Italiana S.p.A. per la compartecipazione alla difesa dell'infrastruttura ferroviaria tratto Bologna-Lecce;
- *“Realizzazione scogliere emerse litorale Pedaso sud - I stralcio - Comune di Pedaso (FM)”* (allegato 5), costo totale progetto € 4.600.000,00:
 - € 2.300.000,00 contributo concedibile a carico della Regione Marche, ricompresi nelle disponibilità di cui all'Asse 2 Azione 2.4.3 del PR-FESR 2021-27 approvato con DACR n. 48 del 24/01/2023;
 - € 2.300.000,00 a carico di Rete Ferroviaria Italiana S.p.A. per la compartecipazione alla difesa dell'infrastruttura ferroviaria tratto Bologna-Lecce;
- *“Realizzazione scogliere sommerse litorale Sentina (I stralcio) con recupero e protezione della riserva Sentina - Comune di San Benedetto del Tronto (AP)”* (allegato 6), costo totale progetto € 6.525.000,00:
 - € 6.525.000,00 contributo concedibile a carico della Regione Marche, ricompresi nelle disponibilità di cui all'Asse 2 Azione 2.4.3 del PR-FESR 2021-27 approvato con DACR n. 48 del 24/01/2023.

9. Di quantificare l'onere derivante dall'attuazione dell'intervento 2.4.3.1 in complessivi € 25.000.000,00, nei limiti delle somme stanziare dal piano finanziario del PR FESR 2021/2027. L'onere di che trattasi fa carico, in ragione del cronoprogramma di spesa, alle risorse FESR 2021/2027, a destinazione vincolata, correlate in entrata, oltre che al connesso cofinanziamento regionale, come segue:

- a) al bilancio in vigore per totali € 18.750.000,00, risorse rese disponibili da variazione di bilancio DGR n. 335 del 13/03/2023:

8. Di dare mandato al dirigente della Direzione Ambiente e Risorse Idriche, in base alla legge regionale n.18/2021, per la sottoscrizione delle sei convenzioni, autorizzandolo ad apportare le eventuali modifiche non sostanziali che si rendano necessarie ai fini della stipula.

		spesa			entrata
capitoli	tipologia fondi	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025	capitoli
2090920063	UE 50%	€ 1.250.000,00	€ 5.000.000,00	€ 3.125.000,00	1402050022
2090920064	Stato 35%	€ 875.000,00	€ 3.500.000,00	€ 2.187.500,00	1402010263

2090920065	Regione 15%	€ 375.000,00	€ 1.500.000,00	€ 937.500,00	
		€ 2.500.000,00	€ 10.000.000,00	€ 6.250.000,00	

b) alle annualità oltre il triennio di bilancio in vigore, a titolo di previsione di spesa, risorse che saranno oggetto di stanziamento in sede di approvazione dei bilanci triennali di riferimento, per complessivi € **6.250.000,00**, come meglio indicato in documento istruttorio.

- di dare mandato al Dirigente del Settore Fonti energetiche, rifiuti, cave e miniere a sottoscrivere la Convenzione di cui ai punti precedenti, con facoltà di apportare le eventuali modifiche non sostanziali che si rendessero necessarie.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'articolo 26 del D. Lgs. 33/2013.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'articolo 26, comma 1, del D. Lgs. 33/2013.

AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:
www.norme.marche.it

AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:
www.norme.marche.it

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1718

Attuazione Decreto Ministeriale n.269 del 29 dicembre 2020, Decreto Ministeriale 256/156 del 30/08/2022 - Approvazione Schema di Convenzione, Regione Marche, Comune di San Benedetto del Tronto - CAPITOLI 2090820050 e 2090820054, per un totale di euro 2.399.951,62 (CUP F86F22000490001).

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di dare attuazione al decreto Ministero della Transizione Ecologica n.156 del 30/08/2022 che approva l'Accordo sottoscritto in data 29/08/2022 dallo stesso Ministero e la Regione Marche denominato "Per la realizzazione la realizzazione degli interventi di bonifica e ripristino ambientale ricadenti nel territorio della Regione Marche";
- di approvare a tal fine lo schema di Convenzione con il Comune di San Benedetto del Tronto, quale soggetto attuatore dell'Accordo, allegato 1, parte integrante della presente deliberazione;
- di stabilire che la copertura finanziaria per l'attuazione del presente atto, pari ad EUR 2.399.951,62, è prevista ai capitoli di spesa 2090820050 per € 420.280,39 e 2090820054 per € 1.842.401,93, per l'anno 2023, del bilancio regionale 2023/2025, secondo quanto accertato con DDS 22 del 07/01/2023 e DDS 372 del 26/10/2023, afferenti a risorse vincolate a destinazione specifica;

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1719

D. Lgs. 42/2004 Codice dei beni culturali e del paesaggio L.R n. 34 del 27/11/08 "Disciplina delle Commissioni locali per il paesaggio" - modifica elenco degli Enti in possesso dei requisiti necessari per l'esercizio delle funzioni in materia di autorizzazione paesaggistica - Esclusione Comune di Ripe San Ginesio (MC).

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di aggiornare l'elenco degli Enti in possesso dei requisiti per esercitare la funzione autorizzatoria in materia di paesaggio (ai sensi dell'articolo 146 del D.lgs. 42/2004 e dell'articolo 4 della Legge Regionale n. 34 del 27/11/2008), approvato con la D.G.R. n. 1101 del 29/06/2009, escludendo il Comune di Ripe San Ginesio (MC), che attesta di non possedere più i requisiti per esercitare le funzioni in materia di autorizzazioni paesaggistiche ai sensi dell'art. 3 della L. R. 34/2008.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1720

Reg. (UE) n.2021/1060, Reg. (UE) n.2021/1139 - PN FEAMPA 2021/2027 - Recepimento Piano finanziario.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare il Piano finanziario del Programma PN FEAMPA Marche 2021/2027 come di seguito riportato:

Descrizione	Totale pubblico	Quota UE	Quota FdR	Quota Regionale
Promuovere la pesca sostenibile nonché il ripristino e la conservazione delle risorse biologiche acquatiche (Priorità 1)	10.959.184,00	5.479.592,00	3.835.714,00	1.643.878,00
Promuovere le attività di acquacoltura sostenibile e la trasformazione e commercializzazione dei prodotti della pesca e dell'acquacoltura, contribuendo in tal modo alla sicurezza alimentare nell'Unione (Priorità 2)	13.715.556,00	6.857.778,00	4.800.446,00	2.057.332,00
Consentire un'economia blu sostenibile nelle aree costiere, insulari e interne e promuovere lo sviluppo di comunità della pesca e dell'acquacoltura (Priorità 3)	6.140.000,00	3.070.000,00	2.149.000,00	921.000,00
Assistenza tecnica	1.520.000,00	760.000,00	532.000,00	228.000,00
TOTALE	32.334.740,00	16.167.370,00	11.317.160,00	4.850.210,00

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1721

Reg. (UE) n. 1303/2013 e Reg (UE) n. 508/2014. PO FEAMP 2014/2020 – DGR 782/2016 e successive modifiche: ottava rimodulazione piano finanziario del FEAMP 2014/2020 Fondo Europeo Affari Marittimi e Pesca

DELIBERA

- di approvare l'ottava rimodulazione del piano finanziario del Programma FEAMP Marche 2014/2020, approvato con DGR n. 782/2016, e successive modifiche come di seguito riportato:

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

Descrizione	Totale pubblico	Quota FEAMP	Totale Nazionale	Quota FdR	Quota Regionale
Sviluppo sostenibile della pesca (Priorità 1)	5.904.772,89	2.952.386,45	2.952.386,45	2.066.670,51	885.715,93
Sviluppo sostenibile dell'acquacoltura (Priorità 2)	5.519.653,94	2.759.826,97	2.759.826,97	1.931.878,88	827.948,09
Sviluppo sostenibile delle zone di pesca e di acquacoltura (CLLD) (Priorità 4)	4.333.501,73	2.167.880,13	2.167.880,13	1.515.935,11	649.686,48
Misure connesse alla commercializzazione e alla trasformazione (Priorità 5)	14.398.299,59	7.199.149,80	7.199.149,80	5.039.404,86	2.159.744,94
Assistenza tecnica su iniziativa degli Stati membri	1.427.308,35	784.271,65	784.271,65	450.125,69	192.911,01
TOTALE	31.583.536,50	15.863.515,00	15.863.515,00	11.004.015,05	4.716.006,45

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1722

Approvazione della partecipazione della Regione Marche al PROGETTO ARTIGIANATO IN FIERA 2023 e dei criteri e modalità per la concessione dei contributi alle aziende che parteciperanno all'evento fieristico

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare la partecipazione della Regione Marche alla manifestazione Artigianato in Fiera anno 2023 – 2/10 dicembre Fiera Milano Rho;
- di approvare i criteri e le modalità per la concessione del contributo alle aziende che parteciperanno all'evento fieristico, di cui all'allegato 1 parte integrante del presente atto;
- l'onere derivante dalla presente deliberazione pari ad €.130.000,00 è posto a carico del bilancio 2023/2025, in termini di esigibilità della spesa come segue:
capitolo 2140110307 €.70.000,00 annualità 2023
capitolo 2140110294 €.60.000,00 annualità 2023
- Le risorse riservate a tale intervento risultano coerenti, quanto alla natura della spesa con le finalità di utilizzo previste dall'atto, e fatte salve le variazioni finanziarie necessarie alla puntuale identificazione della spesa in base ai livelli di articolazione del piano dei conti integrato di cui al D.lgs. n. 118/2011 e alla codifica SIOPE

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 26, comma 1 del D.Lgs.33/2013.

ALLEGATO 1**Criteria e modalità per la partecipazione delle imprese alla manifestazione fieristica Artigianato in Fiera Anno 2023****1. INTERVENTO, FINALITÀ E RISORSE****1.1 Contesto e finalità**

La L.R. 19/2021, recante "Norme per la tutela, lo sviluppo e la promozione dell'artigianato marchigiano", stabilisce che la Regione Marche favorisca lo sviluppo dell'artigianato anche attraverso l'adesione a specifici progetti ed iniziative che abbiano lo scopo di promuovere e consolidare la struttura delle imprese facenti parte del comparto.

In attuazione della citata legge, la Regione Marche, intende partecipare alla **Manifestazione Artigianato in Fiera anno 2023 - 02/10 dicembre - Fieramilano Rho**.

Con l'intervento di cui alla presente deliberazione, la Regione Marche intende supportare la partecipazione delle imprese del territorio al progetto di promozione ed animazione economica citato.

1.2 Dotazione finanziaria

Per la realizzazione della presente misura l'importo ammonta complessivamente a **€60.000,00** a valere sul bilancio regionale 2023/2025, annualità 2023. Capitolo 2140110294

2. BENEFICIARI E REQUISITI DI AMMISSIBILITÀ**2.1 Beneficiari**

Possono beneficiare delle agevolazioni previste dal presente bando le MPMI artigiane iscritte all'apposito Albo alla data di presentazione della domanda di partecipazione al presente bando ed imprese dell'agroalimentare.

3. INTERVENTI FINANZIABILI E SPESE AMMISSIBILI**3.1 Programmi di investimento ammissibili**

Il presente bando supporta progetti realizzati da MPMI per la partecipazione alla manifestazione fieristica Artigianato in Fiera anno 2023.

3.2 Tipologie di spese ammissibili

Sono ammissibili alle agevolazioni del presente bando i costi relativi a:

- a) costi per la partecipazione alla fiera (affitto degli spazi, predisposizione *stand*, spese promozionali, per l'adesione alla manifestazione etc.);
- b) consulenze propedeutiche alla partecipazione (max 20% della voce di spesa "a").

Alle spese sopra elencate si applicano i seguenti vincoli:

- le spese per la partecipazione alle fiere sono ammissibili solo se l'impresa partecipa come espositore (non sono ammesse le spese per partecipazioni indirette tramite distributori o imprese del gruppo o consorzi);
- le spese si intendono al netto di bolli, imposte o qualsiasi altro onere o commissione.

3.3 Soglie di investimento

Il **costo minimo** del progetto in fase di presentazione della domanda di finanziamento dovrà essere di **€ 1.000,00**, al netto delle eventuali riduzioni risultanti a seguito dell'esclusione di eventuali voci di spesa valutate come inammissibili dalla Regione.

Il contributo totale concedibile a fronte del programma di investimento non può superare **€ 3.000,00 per ciascun beneficiario e comunque nel limite delle risorse finanziarie disponibili.**

3.4 Intensità dell'agevolazione

L'agevolazione viene concessa, sotto forma di contributo a fondo perduto in conto capitale, conformemente alla disciplina di cui al Reg. (UE) n. 1407/2013 - "De Minimis", **nella misura del 80% del totale delle spese ammissibili.**

3.5 Regole di cumulo

Il contributo concesso ai sensi del presente bando per lo stesso progetto, o gli stessi costi ammissibili non è cumulabile con altri aiuti di Stato, inclusi i contributi concessi a titolo di "De Minimis".

3.6 Termini di ammissibilità della spesa e tempistica dei progetti

Le spese ammissibili sono quelle effettuate dalla data di prenotazione dello spazio espositivo e/o per l'adesione alla manifestazione fieristica oggetto del bando (fa fede la data di fatturazione) **e fino al 31/12/2023.**

4. MODALITA' DI ATTUAZIONE E CRITERI DI VALUTAZIONE

Per gli interventi indicati dalla presente misura è previsto un bando a sportello.

Con successivo atto del Dirigente del settore Industria Artigianato Credito verrà emanato il bando con l'indicazione delle procedure e della tempistica di presentazione delle domande di partecipazione.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1723

L. n. 168/2017, art. 3, comma 7. Esecutività degli Statuti della “Comunanza agraria di Colle di Arquata” e della “Comunanza agraria di Pescara del Tronto”, aventi sede nel Comune di Arquata del Tronto (AP).

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

di rendere esecutivi, ai sensi dell’art. 3, comma 7, della Legge 20 novembre 2017, n. 168, gli Statuti della “Comunanza agraria di Colle di Arquata” e della “Comunanza agraria di Pescara del Tronto”, aventi sede nel Comune di Arquata del Tronto (AP).

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1724

“Legge Regionale n. 21/2011 – “Disposizioni regionali in materia di multifunzionalità dell’azienda agricola e diversificazione in agricoltura” – Articolo 12, comma 2, Modalità per l’iscrizione nell’Elenco Regionale degli Operatori Agrituristici – Articolo 13, comma 2, Modalità per la presentazione della Segnalazione Certificata di Inizio Attività – Revoca DGR n. 1567/2018.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare le nuove modalità per l’iscrizione nell’Elenco Regionale degli Operatori Agrituristici di cui all’articolo 12, comma 2, e per la presentazione della Segnalazione Certificata di Inizio Attività di cui all’articolo 13, comma 2, della Legge regionale n. 21/2011, contenute rispettivamente nell’Allegato A e nell’Allegato B del presente atto, previste a garanzia della semplificazione amministrativa;
- di revocare, conseguentemente, la DGR n. 1567 del 27 novembre 2018 avente ad oggetto: “Legge regionale 21/2011 “Disposizioni regionali in materia di multifunzionalità dell’azienda agricola e diversificazione in agricoltura” – Procedure per l’iscrizione nell’Elenco Regionale degli Operatori Agrituristici. Procedure per la presentazione della Segnalazione Certificata di Inizio Attività. Revoca DGR 340 del 24/03/2014.”.

ALLEGATO A

**MODALITÀ PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO REGIONALE
DEGLI OPERATORI AGRITURISTICI (EROA)
Articolo 12 comma 2 legge regionale 21/2011**

1. PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI PRIMA DOMANDA DI ISCRIZIONE EROA

L'imprenditore agricolo, titolare di partita IVA e di fascicolo aziendale e iscritto alla Camera di Commercio con codice ATECO agricolo, che intende esercitare l'attività agrituristica deve presentare alla Regione apposita **domanda di iscrizione** nell'Elenco Regionale degli Operatori Agrituristici (nel seguito "EROA").

La richiesta può essere presentata direttamente dal richiedente o tramite i Centri di Assistenza Agricola (CAA) riconosciuti e convenzionati con la Regione, mediante conferimento di apposito mandato (il contratto di mandato deve essere conservato dal CAA).

Detti soggetti sono responsabili della verifica dell'esistenza dei prerequisiti necessari alla presentazione della domanda di iscrizione e, in particolare, dell'esistenza del Fascicolo Aziendale aggiornato e validato su SIAN prima della presentazione della domanda.

La domanda di iscrizione deve essere **presentata** tramite il Sistema Informativo Agricolo Regionale (nel seguito "SIAR") all'indirizzo: <http://siar.regione.marche.it>.

L'istanza, ai fini del rilascio informatico, deve essere sottoscritta dal richiedente con firma digitale mediante utilizzo di smart-card (Carta Raffaello o altra CNS).

Informazioni minime in domanda di iscrizione

Il sistema SIAR associa la domanda di iscrizione in compilazione ai dati anagrafici ed aziendali presenti nell'ultimo **Fascicolo Aziendale SIAN** validato dall'impresa.

Il richiedente deve compilare in domanda

1. una **Relazione Descrittiva** che illustri:

- la **situazione attuale** dell'impresa
- il **progetto agrituristico**

2. un **Piano delle Attività** che specifichi:

- le **attività agrituristiche** per le quali si richiede l'iscrizione nell'EROA, indicando in particolare gli immobili che intende destinare a tale attività, con riferimento ai dati catastali presenti nel fascicolo validato (foglio – particella – subalterno);
- le **attività agricole** dell'impresa.

All'atto del rilascio della domanda SIAR, il sistema restituisce una ricevuta di protocollazione.

La presentazione della domanda di iscrizione prevede l'assolvimento dell'imposta di bollo, ai sensi del DPR n. 642/1972, per un importo che attualmente è pari a € 16,00; il SIAR consente al sottoscrittore di procedere al pagamento di tale imposta sia in modo virtuale tramite specifica opzione prevista direttamente sul SIAR, sia in modalità "manuale" che prevede la sottoscrizione della "DICHIARAZIONE POSSESSO E CONSERVAZIONE MARCA DA BOLLO" da parte del Legale Rappresentante o di altro soggetto dotato dei poteri di firma per l'Impresa, dove deve essere apposto e annullato l'apposito contrassegno – MARCA DA BOLLO –, dichiarazione che, successivamente, deve essere scansionata e allegata alla stessa domanda di iscrizione.

2. CONDIZIONI GENERALI DI ESCLUSIONE

L'iscrizione nell'elenco, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, della legge 96/2006 è negata, a meno che non abbiano ottenuto la riabilitazione, ai soggetti che:

- a) abbiano riportato, nell'ultimo triennio, con sentenza passata in giudicato, condanna per uno dei delitti previsti dagli articoli 442, 444, 513, 515 e 517 del codice penale (commercio di sostanze alimentari contraffatte o adulterate, frode nell'esercizio del commercio, prodotti con marchi abusivi) o per uno dei delitti in materia di igiene e sanità o di frode nella preparazione degli alimenti previsti in leggi speciali;
- b) siano sottoposti a misure di prevenzione ai sensi della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 (Misure di prevenzione nei confronti delle persone pericolose per la sicurezza e per la pubblica moralità) e s.m.i.;
- c) siano stati dichiarati delinquenti abituali.

3. ATTRIBUZIONE CODICE UNIVOCO DI ISCRIZIONE

Alle domande di iscrizione in elenco, la cui istruttoria si conclude con esito positivo, viene attribuito dal sistema un codice univoco di iscrizione in elenco.

Tale codice è riportato nel Certificato di iscrizione che viene inviato al richiedente.

L'Elenco EROA è consultabile nella sezione pubblica del sito <http://siar.regione.marche.it>.

4. VARIAZIONI – PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI DOMANDA DI VARIAZIONE

L'operatore agrituristico è tenuto a comunicare alla struttura organizzativa regionale competente, entro trenta giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione intervenuta in merito ai requisiti in base ai quali la stessa azienda è stata iscritta.

In ogni caso l'operatore agrituristico è tenuto all'aggiornamento e alla validazione del proprio fascicolo aziendale e conseguentemente all'aggiornamento della sua posizione di iscrizione nell'Elenco Regionale degli Operatori Agrituristici (EROA) sul Sistema Informativo Agricolo Regionale (SIAR).

Per tutte le variazioni che riguardano la tipologia di attività o il volume di attività non già prevista con la preesistente iscrizione nell'EROA, l'operatore deve procedere ad aggiornare la propria posizione di iscrizione su SIAR.

4.1 Modifica

Nel caso di imprese agricole già iscritte nell'EROA è possibile effettuare la modifica della forma giuridica o della ragione sociale solo qualora venga assicurata la continuità dei rapporti giuridici, per cui il nuovo soggetto assume la titolarità dei rapporti giuridici esistenti i diritti e gli obblighi e prosegue in tutti i rapporti anche processuali del soggetto che ha effettuato la trasformazione (art. 2498 c.c. Continuità dei rapporti giuridici).

In tutte le fattispecie di modifica la relativa istanza deve essere corredata da documentazione idonea attestante il trasferimento dei diritti e obblighi (es. statuto e dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000).

4.2 Subentro

Per imprese agricole già iscritte nell'EROA è possibile effettuare il subentro nell'esercizio dell'attività agricola e agrituristica da parte dei familiari dell'imprenditore agricolo nelle seguenti circostanze:

- trasferimento dell'impresa ad uno o più coadiuvanti familiari di cui al comma 3 dell'articolo 230 bis del codice civile;
- impedimento irreversibile dell'imprenditore;
- decesso dell'imprenditore.

In tutte le fattispecie di subentro, come sopra descritte, la relativa istanza deve essere corredata da documentazione idonea attestante il trasferimento dei diritti e obblighi (es. stato di famiglia – dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000 comprese quelle attestanti l'impedimento irreversibile o il decesso dell'imprenditore in caso di morte).

L'iscrizione in essere rimane valida per tutto il periodo necessario a completare le procedure relative alla verifica del mantenimento dei requisiti in capo al soggetto subentrato. In caso di esito negativo si procederà ai sensi del successivo punto 5.

Al di fuori dei casi sopra descritti, il trasferimento/passaggio/cessione di un'azienda agricola che svolge attività agrituristica ad altro imprenditore agricolo è considerato nuova iscrizione; pertanto è necessario presentare la domanda secondo le modalità indicate al precedente punto 1. In questo caso, per consentire l'aggiornamento dell'elenco degli operatori iscritti, il richiedente dichiara nell'ambito dell'istanza di iscrizione che ricorre la condizione di trasferimento/passaggio/cessione come sopra identificata; all'esito delle verifiche di istruttoria si procederà alla cancellazione della ditta da cui origina il trasferimento/passaggio/ cessione – vedi successivo punto 6. – .

5. RIGETTO ISTANZA

Nel caso in cui l'istruttoria abbia esito negativo, al richiedente viene inviata apposita comunicazione contenente anche il termine di 20 giorni per la presentazione di memorie scritte ai fini del riesame della domanda.

Le richieste di riesame saranno esaminate dal responsabile del procedimento e dal responsabile provinciale competente per territorio.

Il riesame viene effettuato nei 30 giorni successivi alla presentazione delle memorie dal responsabile del procedimento.

Espletato il riesame, gli esiti sono acquisiti a sistema e quindi resi accessibili ai richiedenti attraverso il SIAR mediante le credenziali di accesso ricevute per la presentazione della domanda.

In caso di esito positivo si procede all'iscrizione nell'EROA ed all'invio del relativo certificato di iscrizione.

In caso di esito negativo della valutazione della richiesta di riesame il procedimento termina con l'invio al richiedente della conferma dell'esito istruttorio negativo.

6. CANCELLAZIONE DALL'ELENCO

Per quanto stabilito all'articolo 12, comma 3, della legge regionale n. 21/2011: *“3. La cancellazione dall'elenco è disposta qualora l'imprenditore non abbia intrapreso l'attività entro i tre anni successivi all'iscrizione e nei casi di cessazione dell'attività. Non si fa luogo alla cancellazione se il mancato inizio dell'attività è dovuto all'esecuzione dei lavori di recupero degli immobili di cui all'articolo 17, purché l'attività sia intrapresa entro i dodici mesi successivi al loro completamento inteso come data dell'attestazione o del rilascio dell'agibilità”.*

Per procedere alla cancellazione il Responsabile regionale accede su SIAR alla sezione dedicata all'iscrizione nell'Elenco Regionale degli Operatori Agrituristici e seleziona la ditta da cancellare nella “pagina” Dettaglio Iscrizione che riporta lo “Storico Iscrizione dell'Impresa”; il sistema rimette, attraverso un menù a tendina specificatamente predisposto (Cessazione Attività Agrituristica/ Cessazione Partita IVA/Esito negativo del controllo/Attività Agrituristica non avviata entro i termini/Rinuncia all'iscrizione), la possibilità di selezionare la motivazione a giustificazione della cancellazione dall'Elenco della stessa ditta selezionata; inoltre, è prevista la compilazione di un campo note dove, in forma descrittiva, si riportano le motivazioni di dettaglio.

Sottoscrivendo tale campo note si genera, in automatico, la comunicazione di cancellazione contestualmente trasmessa alla ditta tramite PEC.

ALLEGATO B**MODALITÀ PER LA PRESENTAZIONE
DELLA SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)
Articolo 13 comma 2 legge regionale 21/2011****PRESENTAZIONE DELLA SCIA**

La presentazione della Segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) è atto indispensabile per poter svolgere l'attività agrituristica, conformemente a quanto disposto dalla Legge regionale 14 novembre 2011, n. 21.

Tale Segnalazione, resa conformemente all'art. 19 della Legge n. 241 del 7 agosto 1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso" e successive modificazioni ed integrazioni, è unica per tutte le attività agrituristiche svolte.

La SCIA viene presentata dagli imprenditori agricoli iscritti nell'Elenco Regionale degli Operatori Agrituristici (di seguito EROA) di cui all'articolo 12 della Legge regionale n. 21/2011, attraverso le piattaforme di inoltro telematico operative, allo Sportello Unico delle Attività Produttive (di seguito SUAP) del Comune competente per territorio, completa di tutti gli allegati previsti, senza i quali la Segnalazione non può essere inviata.

La Regione promuove la semplificazione delle procedure interessate attuando strumenti di cooperazione applicativa del Sistema Informativo Agricolo Regionale (di seguito SIAR) con la rete dei SUAP. Disposizioni specifiche per gli adempimenti da curare tramite SIAR saranno adottate con apposito atto del dirigente regionale competente in materia di agriturismo.

La SCIA va presentata in ognuno dei comuni nel cui territorio l'operatore intende svolgere l'attività agrituristica.

Nella SCIA devono essere specificate le attività che si intendono esercitare, nonché le utenze annuali e i periodi di apertura (fino a 122 giorni/anno – fino a 244 giorni/anno – annuale) e il dettaglio dei giorni della settimana.

Al momento di presentazione della SCIA devono essere posseduti i requisiti previsti e devono essere rispettate tutte le prescrizioni e autorizzazioni in materia edilizia, urbanistica, ambientale, igienico-sanitaria, sulla destinazione d'uso dei locali e degli edifici, le norme in materia di sicurezza e prevenzione incendi, nonché quanto previsto dalla legge regionale n. 21/2011.

L'esercizio dell'attività agrituristica non è consentita a:

- a) coloro che hanno riportato, nell'ultimo quinquennio, con sentenza passata in giudicato, condanna per uno dei delitti previsti dagli articoli 442, 444, 513, 515 e 517 del codice penale, o per uno dei delitti in materia di igiene e sanità o di frode nella preparazione degli alimenti previsti in leggi speciali, a meno che non abbiano ottenuto la riabilitazione;
- b) coloro che sono sottoposti a misure di prevenzione ai sensi della legge 27 dicembre 1956, n. 1423 (Misure di prevenzione nei confronti delle persone pericolose per la sicurezza e per la pubblica moralità) e successive modificazioni, o che sono stati dichiarati delinquenti abituali, salvo che abbiano ottenuto la riabilitazione;
- c) coloro che ricadono nelle condizioni previste dall'articolo 67 del 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 13 agosto 2010, n. 136).

Alla SCIA vanno allegati i seguenti documenti:

- a) dettagliata relazione dalla quale risulti:
 - l'ordinamento colturale e zootecnico praticato, necessario alla verifica del rispetto del rapporto di connessione – articolo 4 comma 1 Legge regionale n. 21/2011;
 - le eventuali attività connesse esercitate;
 - le dotazioni aziendali (solo nel caso in cui l'azienda non avesse aperto la specifica posizione UMA su SIAR);
 - l'indicazione delle unità lavorative impegnate in azienda e del complessivo monte ore–lavoro dedicate all'attività agricola;
- b) autorizzazione allo svolgimento dell'attività agrituristica da parte del proprietario del fondo o dell'immobile/immobili (solo nel caso in cui l'imprenditore agricolo conduca l'azienda a titolo diverso da quello della proprietà esclusiva);
- c) SCHEDA PER LA CLASSIFICAZIONE – allegato n. 5 del Regolamento regionale 4 novembre 2013, n. 6 (solo nel caso di aziende che offrono il servizio di ospitalità generalmente inteso – articolo 5 L.r. n. 21/2011/articolo 4 R.R. n. 6/2013);
- d) planimetria, in scala adeguata, dei locali da utilizzare per lo svolgimento dell'attività, indicando inoltre la specifica destinazione per ogni singola stanza/vano con idonea documentazione fotografica;
- e) nei casi di società, da parte dei soggetti di cui all'art. 85 del D.Lgs. 159/2011, QUADRO AUTOCERTIFICAZIONE riguardante il permesso/carta di soggiorno per i cittadini extracomunitari e il possesso dei requisiti morali prescritti per l'esercizio dell'attività.

Il Comune effettua i controlli di legge relativi alla SCIA presentata; per l'eventuale richiesta di integrazione e di sospensione si applicano le disposizioni di cui alla L. n. 241/1990 e successive integrazioni e modificazioni.

Il Comune che riceve una SCIA ne fa comunicazione al Dipartimento di Sanità pubblica della AST territoriale competente e ne trasmette copia alla struttura organizzativa regionale competente in materia di Agriturismo.

All'interno dei locali dell'azienda, in prossimità del punto di ricevimento dei clienti o alla cassa o altro vano accessibile agli ospiti/avventori, deve essere esposta una copia della SCIA presentata al Comune (articolo 14, comma 1 punto c) legge regionale n. 21/2011).

Nel caso in cui l'operatore agrituristico intenda variare la propria attività rispetto a quanto già segnalato, deve presentare una nuova SCIA.

Per tutte le variazioni che riguardano la tipologia di attività o il volume di attività non già prevista con l'iscrizione nell'EROA l'operatore, prima di presentare una nuova SCIA, deve procedere ad aggiornare la propria posizione di iscrizione EROA su SIAR.

Nel caso di subentro nella gestione dell'impresa agricola da parte di uno o più coadiuvanti familiari di cui al comma 3 dell'articolo 230/bis del codice civile, o a seguito di impedimento irreversibile o di decesso dell'imprenditore agricolo, per garantire la continuità dell'attività agrituristica, in mancanza del requisito dell'iscrizione nell'EROA, è possibile la presentazione di una SCIA "provvisoria" da parte dei familiari o da parte degli eredi (del subentrante o dei subentranti).

Nel caso di decesso, il periodo di validità della SCIA provvisoria corrisponde al tempo necessario per il completamento delle procedure relative alla successione, più un periodo aggiuntivo di ulteriori due mesi.

In caso di attività agrituristica non annuale, di cui all'articolo 14, comma 1, lettera b), della legge regionale n. 21/2011, il periodo di apertura e la sua articolazione viene comunicata alla Comune e alla struttura organizzativa regionale competente in materia di Agriturismo entro il 31 dicembre dell'anno precedente. Eventuali variazioni nei periodi di operatività dell'azienda sono comunicate almeno dieci giorni prima della loro adozione.

Il modello di SCIA sarà adottato con atto del Dirigente della Struttura Regionale competente in materia di Agriturismo.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1725

Approvazione schema convenzione "tipo" per l'utilizzo e la gestione di sistemi e servizi informatici regionali: SDG (Progetto regionale PNRR); SUAP ed INTEROPERABILITÀ (Progetto Regionale PNRR); SOFTWARE SUAP-SUE REGIONE MARCHE; SERVIZI CLOUD REGIONE MARCHE per SUAP-SUE; SERVIZI DI SUPPORTO ED HELP DESK DI PRIMO LIVELLO per SUAP-SUE e servizi aggiuntivi.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare lo schema di convenzione "tipo", allegato 1 al presente atto, per l'utilizzo e la gestione dei seguenti sistemi e servizi informatici regionali:
 - SDG (Progetto regionale PNRR)
 - SUAP ed INTEROPERABILITÀ (Progetto Regionale PNRR)
 - SOFTWARE SUAP-SUE REGIONE MARCHE
 - SERVIZI CLOUD REGIONE MARCHE per SUAP-SUE
 - SERVIZI DI SUPPORTO ED HELP DESK DI PRIMO LIVELLO per SUAP-SUE
 - servizi aggiuntivi ai precedenti
- di incaricare il Dirigente del Settore Transizione digitale ed Informatica alla sottoscrizione della convenzione con gli enti richiedenti adottando lo schema contrattuale "tipo" allegato, autorizzandolo ad apportare unicamente modifiche non sostanziali che si rendessero necessarie ai fini della stipula.

AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:
www.norme.marche.it

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1726

D.lgs. n. 32/21, art 7, comma 3 - L.R. n. 7/95 art. 27bis. Trasferimento delle risorse alle AST territoriali per l'esecuzione del monitoraggio sanitario degli ungulati selvatici. Capitolo 2160210119 - € 30.000,00 annui

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- 1) di stabilire che vengano trasferite alle cinque AST territoriali le risorse per l'esecuzione del monitoraggio sanitario degli ungulati selvatici secondo il seguente criterio:
 - l'80% a titolo di anticipo.
 - il restante 20%, a rendicontazione, e comunque entro e non oltre il 31 dicembre.
- 2) di stabilire che per il 2023 la somma concessa verrà ripartita per pari importo tra le cinque AST territoriali, mentre dal 2024, il trasferimento delle risorse avverrà in proporzione alle spese per il monitoraggio effettivamente sostenuto nell'anno precedente
- 3) Di confermare le "Modalità di rendicontazione delle risorse finanziarie destinate a garantire l'esecuzione delle ispezioni per il monitoraggio sanitario degli ungulati selvatici" di cui all'Allegato 1 della DGR n. 208 del 07 marzo 2022.
- 4) di stabilire che per l'attività di cui al punto 1, sono previsti € 30.000,00 annui che trovano copertura in termini d'esigibilità della spesa e in ottemperanza all'art. 10 comma 3 lett. a) del D. Lgs. 118/2011 per le obbligazioni che ne deriveranno, sul Capitolo 2160210119, "Trasferimenti ad AST (AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE) - per monitoraggio sanitario degli ungulati selvatici - emergenza PSA" -, bilancio 2023-2025, annualità 2023, annualità 2024 e annualità 2025.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'articolo 26, comma 1, del D. Lgs. 33/2013.

AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:
www.norme.marche.it

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1727

Art.7 L.R.5/2012 - DGR n. 493/2022 - Programma annuale degli interventi di promozione sportiva Anno 2022. Integrazione delle risorse.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di integrare le risorse stanziare nell'ambito del Programma annuale degli interventi di promozione sportiva, approvato con DGR n. 493/2022, con una dotazione aggiuntiva pari ad € 1.428.708,34 da destinare ad incrementare la dotazione delle seguenti Misure del Programma stesso:

- la Misura 2 per € 222.326,82
- la Misura 3 per € 978.708,34
- la Misura 4.3 per € 227.673,18

- di dare atto che l'onere finanziario derivante del presente atto pari ad € 1.428.708,34 trova copertura finanziaria sul bilancio pluriennale 2023/2025 come segue:

CAPITOLO	DESCRIZIONE	Importo annualità 2023	Importo annualità 2024
2060110002	Fondo unico per lo Sport – corrente. L.R. 5/2012	450.000,00	
2060120114	Fondo unico per lo Sport – investimento. L.R. 5/2012. Trasferimenti in c/capitale a istituzioni sociali private	502.713,49	
2060120084	Fondo unico per lo Sport – investimento. L.R. 5/2012. Trasferimenti in c/capitale a comuni		475.994,85

- Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'articolo 26, comma 1, del D. Lgs. 33/2013

portare eventuali modifiche al testo di contenuto non sostanziale.

AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:
www.norme.marche.it

AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:
www.norme.marche.it

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1728

L.R. n. 4/2010 – Approvazione schema di accordo quadro tra Regione Marche, Regione Campania, Università Politecnica delle Marche e Università degli Studi di Napoli Federico II, finalizzato alla valorizzazione della figura di Federico II di Svevia

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- a) di approvare lo schema di accordo quadro tra Regione Marche, Regione Campania, Università Politecnica delle Marche e Università degli studi di Napoli Federico II finalizzato alla valorizzazione della figura di Federico II di Svevia, di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- b) di autorizzare il Presidente della Regione Marche o suo delegato a sottoscrivere l'Accordo quadro, di cui al punto precedente, autorizzandolo altresì ad ap-

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1729

TAR Marche – Ricorso acquisito al prot. n. 1328245 del Registro Unico della Giunta Regionale in data 30/10/2023. - Affidamento incarico Avv.to Cecilia Maria Satta

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1730

Tar Marche. Ricorso acquisito al n. 1363079 del Registro Unico della Giunta Regionale in data 07/11/2023. Costituzione in giudizio. Affidamento incarico Avv. Pasquale De Bellis.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1731

TAR Marche – Ricorso acquisito al prot. n. 1293097 del Registro Unico della Giunta Regionale in data 20/10/2023. - Affidamento incarico Avv.to Cecilia Maria Satta

AVVISO

I testi delle delibere sono consultabili nel sito: www.norme.marche.it

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1732

Revoca deliberazione della Giunta regionale n. 1590 del 28.12.2017 avente ad oggetto “Approvazione atto di indirizzo relativo ai criteri e alle modalità di rimborso degli oneri legali ai dipendenti sottoposti a giudizio per fatti o atti concernenti il servizio”.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

di revocare la deliberazione della Giunta regionale n. 1590 del 28.12.2017 avente ad oggetto “Approvazione atto di indirizzo relativo ai criteri e alle modalità di rimborso degli oneri legali ai dipendenti sottoposti a giudizio per fatti o atti concernenti il servizio”.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1734

Legge Regionale n. 21/2011 Capo II AGRICOLTURA SOCIALE – Legge Regionale n. 1/2019 “Promozione dell’invecchiamento attivo” – Disposizioni di indirizzo per il bando “ORTOINCONTRO – Longevità” e determinazione risorse disponibili. Istituzione regime di aiuto in “De Minimis” Reg. UE 1407/2013.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare l’Allegato “A”, che forma parte integrante della presente deliberazione, contenente le disposizioni di indirizzo generali sulla base delle quali sarà predisposto il bando di attuazione dell’iniziativa di Agricoltura Sociale “ORTOINCONTRO – Longevità”;
- di stabilire che l’onere derivante dalla presente deliberazione necessario per finanziare il bando “ORTOINCONTRO – Longevità”, pari a € 29.500,00 in termini di esigibilità della spesa è posto a carico dei seguenti capitoli:
 - € 12.000,00 sul capitolo 2160120206 del bilancio 2023/2025 annualità 2023
 - € 12.000,00 sul capitolo 2120310031 del bilancio 2023/2025 annualità 2023
 - € 5.500,00 sul capitolo 2160120083 del bilancio 2023/2025 annualità 2023
- di istituire il regime di aiuto in “De Minimis” dal

titolo “ORTOINCONTRO – Longevità Annualità 2023”.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell’articolo 26, comma 1, del D.Lgs. 33/2013.

ALLEGATO A



Disposizioni di indirizzo per il bando

“Ortoincontro - LONGEVITÀ”

Tipologia d'aiuto	Disposizioni di indirizzo per il bando - "ORTOINCONTRO – Longevità"
1- Descrizione	
Finalità	Il bando intende diffondere nuovi e più sostenibili stili di vita della popolazione longeva, specie tramite prassi di partecipazione collettiva, favorire l'attenzione dei cittadini intorno alle tematiche etico-ambientali e sociali e presentare le diverse opportunità offerte dall'agricoltura sociale e civica e dagli orti urbani.
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • Creare, attraverso la realizzazione di orti sociali urbani destinati alle persone longeve ultra sessantacinquenni, percorsi di cittadinanza attiva come occasioni di aggregazione sociale che favoriscano i rapporti interpersonali, la conoscenza e la valorizzazione del territorio • Promuovere e diffondere attraverso le persone longeve nuovi e più sostenibili stili di vita attraverso la conoscenza e il rispetto dei canoni dell'agricoltura biologica • Recuperare spazi pubblici con finalità sociali e di miglioramento anche estetico del paesaggio urbano, incrementandone l'efficienza e valorizzando il concetto di bene comune • Sensibilizzare i cittadini longevi, organizzati in gruppi, nonché le rispettive famiglie e le istituzioni pubbliche, sull'esigenza di salvaguardare e riqualificare il territorio comunale attraverso processi di autogestione del patrimonio comunale • Sostenere lo svolgimento da parte dei cittadini longevi di attività utili alla prevenzione, al mantenimento e alla cura della salute promuovendo in particolare l'attività fisica delle parti più deboli della società • Favorire una risposta adeguata all'esigenza di un'alimentazione sana e sicura attraverso la conoscenza, la coltivazione ed il consumo di prodotti agricoli locali, stagionali e di filiera corta.
Tipologie degli interventi	Si erogheranno contributi mediante fondi regionali della Direzione Agricoltura e Sviluppo Rurale e della Direzione Politiche Sociali per: <ul style="list-style-type: none"> • l'adeguamento degli spazi e la realizzazione di serre ed i relativi arredi ed impianti • l'acquisto di piccole attrezzature e strumenti necessari all'attività • la gestione, a copertura dei costi di personale, assicurazioni, materiale di consumo etc. • l'assistenza, la ricognizione, la valutazione e la diffusione delle esperienze realizzate
Soggetto richiedente	Comuni in partenariato con gli Ambiti Territoriali Sociali e con le Aziende Agricole
Beneficiari	Comuni – Ambiti Territoriali Sociali – Aziende Agricole
Destinatari	I destinatari delle proposte progettuali sono i cittadini longevi ultrasessantacinquenni e le rispettive famiglie, residenti o domiciliati all'interno della Regione Marche.
Dotazione finanziaria	€ 29.500,00 di cui <ul style="list-style-type: none"> • € 12.000,00 capitolo 2160120206 per l'adeguamento degli spazi e la realizzazione di serre ed i relativi arredi ed impianti/l'acquisto di piccole attrezzature e strumenti necessari all'attività/la gestione, a copertura dei costi di personale, assicurazioni, materiale di consumo etc. • € 12.000,00 capitolo 2120310031 per l'assistenza, la ricognizione, la valutazione e la diffusione delle esperienze realizzate • € 5.500,00 capitolo 2160120083 per l'adeguamento degli spazi e la realizzazione di serre ed i relativi arredi ed impianti/l'acquisto di piccole attrezzature e strumenti necessari all'attività
Modalità del contributo	Saranno erogati contributi per un massimo di € 5.900,00 per ciascun progetto approvato di cui: <ul style="list-style-type: none"> • € 4.800,00 per il Comune proponente di cui € 2.400,00 per lo stesso Comune e € 2.400,00 da dedicare all'Ambito Territoriale Sociale di appartenenza • € 1.100,00 per l'Azienda Agricola partner del comune proponente
2- Procedure di attuazione	
Ambito territoriale di intervento	Il territorio della Regione Marche.

Procedure di selezione	Sarà emanato un bando di accesso finalizzato all'approvazione di singole graduatorie provinciali, al fine di garantire l'avvio, nel 2023, di almeno un progetto per ciascun territorio provinciale della Regione Marche.
Criteri di ammissibilità	<p>Il Comune dovrà:</p> <ul style="list-style-type: none"> • redigere un progetto descrittivo delle attività e delle aree individuate, dal quale si desuma il raggiungimento degli obiettivi previsti, l'elenco dei partecipanti all'accordo e la loro competenza nell'ambito del progetto, la potenziale ricaduta sociale del progetto in termini di miglioramento del benessere dei destinatari e il rispetto delle caratteristiche obbligatorie definite dal bando. Al riguardo, si elencano alcune di tali caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> ○ coltivazione degli orti secondo i canoni dell'agricoltura biologica ○ realizzazione negli orti di attività di natura creativa, ludica, culturale ed educativa quali momenti di aggregazione e di coinvolgimento attivo della comunità locale ○ valorizzazione delle produzioni locali mediante la collaborazione con le aziende agricole del territorio ○ destinazione dei prodotti dell'orto a forme d'uso condiviso; • sottoscrivere con gli altri partner (Ambito Sociale e Azienda Agricola) un "accordo di partenariato" • presentare una relazione economica relativa all'impiego dei contributi richiesti, indicando inoltre la ripartizione degli importi per ciascun partner
Criteri di priorità	<p>Si elencano i criteri di priorità, successivamente esplicitati nel bando di attuazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numero di persone ultrasessantacinquenni coinvolte nel progetto • risorse proprie a disposizione • sostenibilità dell'iniziativa nel tempo • grado di coinvolgimento degli attori locali • modalità di comunicazione dell'iniziativa.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1735

Approvazione di interventi e di criteri di riparto del Fondo nazionale per le politiche della famiglia 2023, di cui all'Intesa sancita in sede di Conferenza Unificata il 26 luglio 2023.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- *Di approvare gli interventi e i criteri di riparto del Fondo Nazionale Politiche per la Famiglia 2023, di cui all'Intesa sancita in sede di Conferenza Unificata il 26 luglio 2023, così come riportato nell'Allegato A, parte integrante della presente deliberazione;*
- *Di stabilire che, a fronte della quota assegnata dal decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche della famiglia – del 01/08/2023 di riparto del Fondo Famiglia 2023, pari a € 795.000,00, la compartecipazione regionale facoltativa, pari ad € 180.000,00, è garantita come disponibilità sul cap. 2120510049 del bilancio 2023/2025 - Anno 2023.*
- *Di subordinare l'erogazione del complessivo fondo, quota del fondo nazionale pari a € 795.000,00 e quota della compartecipazione regionale pari a € 180.000,00, all'esito positivo circa la verifica da parte dello stesso Dipartimento per le Politiche della famiglia sulla coerenza delle azioni programmate con le finalità di cui all'art. 3, comma 1 del suddetto decreto, ai sensi del comma 8, art. 3 dello stesso.*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A Fondo nazionale per le politiche della famiglia 2023. Interventi e criteri di riparto delle risorse.

INTERVENTI DA FINANZIARIE

INTERVENTI A FAVORE DELLE FAMIGLIE - Euro 975.000,00

Premessa

La famiglia è la prima struttura sociale in cui inizia lo sviluppo umano, il luogo naturale per il dialogo ed il confronto, in cui si impara a conciliare diritti e doveri e pone particolare attenzione ai suoi membri più deboli attraverso una serie di atti finalizzati a garantire loro sostegno e tutela.

Per tale motivo le politiche destinate al sostegno delle famiglie, messe in atto dalla Regione Marche sono finalizzate ad individuare percorsi virtuosi ed innovativi di protezione, promozione ed empowerment della famiglia.

Il Fondo per le politiche della famiglia – anno 2023, in base all'art 3, comma 1, del Decreto 01/08/2023, è diretto a finanziare iniziative per la valorizzazione dei consultori familiari e il potenziamento degli interventi sociali in favore delle famiglie, nonché interventi volti a valorizzare i centri per la famiglia, di cui alla lettera e) art. 1, comma 1250, legge n. 296/2006.

A tale scopo dal 2012, con la DGR n. 1216/2012, vengono finanziati i Centri per la famiglia con gli obiettivi di:

- Promozione di occasioni di incontro e realizzazione di iniziative culturali e sociali su temi di interesse familiare, di eventi di animazione e di aggregazione sociale per le famiglie,
- Progettazione e realizzazione di momenti di confronto e di scambio intergenerazionale e interculturale tra le famiglie e altri soggetti,
- Accrescimento delle conoscenze, delle competenze e delle capacità relazionali degli adulti, anche coinvolgendoli attivamente nella realizzazione di percorsi formativi con apporti multidisciplinari ed interdisciplinari,
- Creazione di iniziative a favore della genitorialità (biologica, affidataria e adottiva),
- Rilevazione dei bisogni familiari e incentivazione dell'incontro tra bisogni e servizi territoriali in ambito familiare,
- Accessibilità a tutte le famiglie, anche se non associate in organismi stabili,
- Destinazione esclusiva dei locali per le finalità dei centri per le famiglie con gestione diretta delle amministrazioni comunali ed in collaborazione delle associazioni delle famiglie.

In relazione ai consultori familiari, la legge 29/07/1975 n. 405 istituisce un servizio di assistenza "alla maternità e alle famiglie" che viene denominato "consultorio familiare". Tale servizio con la legge regionale 05/11/1982 n. 37 assume la connotazione di "attività consultoriale" e con la legge regionale 17/07/1996 n. 26 quella di "assistenza consultoriale". La delibera del Consiglio regionale



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

n. 202 del 03/06/1998 ad oggetto “Legge 29 luglio 1975 n. 405 e legge 22/05/1978 n. 194 - Indirizzi per l’organizzazione del servizio e delle attività consultoriali pubbliche e private” declina le attività consultoriali che riguardano la tutela della salute, della procreazione, della sessualità, delle relazioni di coppia e di famiglia, delle competenze di cura ed educazione delle nuove generazioni.

Interventi

Alle luce delle considerazioni sopra riportate, in attuazione di quanto previsto all’art 3, comma 1, Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le politiche della famiglia – del 01/08/2023 di riparto del Fondo Famiglia 2023 e con le disponibilità di cui al presente atto, la Giunta intende sostenere le famiglie attraverso i seguenti interventi, ai sensi della lettera e) art. 1 comma 1250 legge 296/2006:

1) Interventi sociali nell’ambito dei consultori familiari

2) Interventi sociali nell’ambito dei centri per la famiglia attraverso:

- scuole per genitori, le cui modalità di attuazione verranno determinate con successivo decreto del Dirigente del Settore Contrasto al disagio.
- mediazione familiare e percorsi di supporto psicologico diretti al superamento del disagio familiare, al recupero della propria autonomia ed al mantenimento di un pieno ruolo genitoriale, le cui modalità di attuazione verranno determinate dagli ATS in base alle esigenze specifiche del territorio.

Criteri di riparto

Il complessivo finanziamento del Fondo Famiglia 2023 pari a € 975.000,00 (€ 795.000,00 quota statale oltre € 180.000,00 quota regionale compartecipazione facoltativa) verrà ripartito tra gli Ambiti Territoriali Sociali con i seguenti criteri, formulati in base a dati ISTAT aggiornati al 01/01/2023:

- il 30% pari a € 292.500,00 in base al numero di famiglie con almeno 1 figlio minorenni e convivente,
- il 20% pari a € 195.000,00 in base al numero di ATS,
- il 50% pari a € 487.500,00 in base alla superficie territoriale.

A livello programmatico, il complessivo finanziamento del Fondo Famiglia 2023 pari a € 975.000,00 può intendersi da suddividere in parti uguali ai due interventi:

- € 487.500,00 valorizzazione dei consultori familiari e il potenziamento degli interventi sociali in favore delle famiglie
- € 487.500,00 valorizzazione dei centri per la famiglia.

potendo comunque gli Ambiti Territoriali Sociali, con le quote loro erogate, potranno attivare uno o entrambi gli interventi in misura senza vincoli quantitativi, ovvero senza un minimo né



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

un massimo di spesa da destinare all'uno o all'altro, considerata la sperimentazione del finanziamento a favore dei consultori familiari.

La scelta delle attività nell'attuazione degli interventi sarà determinata su decisione del Comitato dei Sindaci di ciascun Ambito sulla base della programmazione specifica relativa alle scelte di *governance* territoriale.

Le somme destinate agli Ambiti Territoriali Sociali verranno assegnate con successivo decreto del Dirigente del Settore Contrasto al disagio ad avvenuta erogazione della quota nazionale, in base al disposto di cui al comma 8, art. 3, del DPCM di riparto del Fondo. La data di adozione del suddetto decreto costituisce data di inizio attività.

Pertanto, l'incidenza temporale del finanziamento in oggetto viene fissata dalla data di adozione del decreto del Dirigente del Settore Contrasto al disagio di impegno delle risorse (almeno per la quota regionale) che corrisponde alla data di inizio attività, sino al compimento del dodicesimo mese dalla data inizio attività, che corrisponde alla data di termine attività.

Le somme destinate agli Ambiti Territoriali Sociali verranno assegnate con successivo decreto del Dirigente del Settore Contrasto al disagio ad avvenuta erogazione della quota nazionale, in base al disposto di cui al comma 8, art. 3, del DPCM di riparto del Fondo.

Tali somme verranno poi liquidate con successivo ed ulteriore decreto del Dirigente del Settore Contrasto al disagio ad avvenuta rendicontazione.

Eventuali economie derivanti dagli interventi programmati e conclusi potranno essere riallocate all'interno dei medesimi interventi, previo recupero delle somme non spese; qualora non fossero riallocabili da parte del singolo ATS, esse verranno redistribuite agli ATS che avranno sostenuto maggiori spese, nel rispetto dei criteri di assegnazione del presente atto.

Considerato che, ai sensi del comma 7 dell' articolo 3 del decreto del 1 agosto 2023, le Regioni sono tenute a impegnare le risorse entro dodici mesi dalla data di inizio delle attività, e il pagamento delle spese dovrà, invece, essere completato entro sei mesi dalla data di conclusione delle attività, il termine per la rendicontazione da parte degli ATS verrà fissato con decreto del Dirigente del Settore Contrasto al disagio, tenuto conto della data di inizio attività e della data di termine attività.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1736

Art. 8 della L.R. n. 5/2020 - Disposizioni per la promozione del riconoscimento della lingua italiana dei segni e la piena accessibilità delle persone alla vita collettiva - Programma degli interventi annualità 2023.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. di destinare lo stanziamento pari ad € 40.000,00 previsto per l'anno 2023 per la L.R. 18 febbraio 2020, n. 5 "Disposizioni per la promozione del riconoscimento della lingua italiana dei segni e la piena accessibilità delle persone alla vita collettiva" per l'attuazione dell'intervento di cui all'art.4, comma 2 lett. c) della suddetta legge, ovvero per concedere contributi agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) che nell'anno 2022 hanno sostenuto costi per servizi di interpretariato in LIS ed in LIS_t, svolti da figure professionali qualificate, rivolti alle persone sorde e sordocieche;
2. di stabilire, in considerazione dello stanziamento disponibile pari ad € 40.000,00, che il contributo verrà concesso agli ATS a concorrenza del cento per cento dell'intero importo dichiarato quale spesa sostenuta per il servizio in questione e qualora la spesa ammissibile complessiva fosse superiore allo stanziamento disponibile, i singoli contributi verranno riparametrati proporzionalmente alla disponibilità finanziaria;
3. di stabilire che l'onere di spesa pari a € 40.000,00 fa carico al capitolo 2120210255 del bilancio di previsione 2023/2025 annualità 2023 nell'ambito della disponibilità già attestata con DGR n. 1669 del 13.11.2023.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 26, comma 1 del d. lgs. 33/2013.

AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:

www.norme.marche.it

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1737

Individuazione delle aree di intervento regionale e dei criteri di riparto del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali annualità 2022 e 2023, di cui all'intesa della Conferenza Unificata n. 128/CU del 22/09/2021 e modifica alla DGR 470/2021 "Fondo Nazionale per le Politiche Sociali annualità 2020 di cui all'intesa della Conferenza Unificata n. 101/CU del 06/08/2020 - Individuazione delle aree di intervento regionale e dei criteri di riparto"

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. Di stabilire che le risorse del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali annualità 2022 e annualità 2023, per un totale complessivo riferito alle due annualità pari ad euro 20.762.801,48, siano destinate ai seguenti interventi regionali, riconducibili alle macroattività previste dal Decreto Interministeriale del 22 ottobre 2021 di riparto del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali triennio 2021-2022-2023, secondo le quote di seguito indicate:

	Intervento regionale	Macro-attività FNPS	Importo annualità FNPS 2022	Importo annualità FNPS 2023
A	AREA FAMIGLIA E MINORI			
A.1	Interventi a favore delle famiglie	B. Misure per il sostegno e l'inclusione sociale	€ 731.000,00	€ 731.000,00
A.2	Programma di Intervento per la Prevenzione della istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.)	B. Misure per il sostegno e l'inclusione sociale	€ 125.000,00	€ 125.000,00
A.3	Interventi in favore dei minorenni allontanati temporaneamente dalla loro famiglia di origine – AFFIDO	B. Misure per il sostegno e l'inclusione sociale	€ 1.775.123,00	€ 1.775.123,00
A.4	Interventi in favore dei minorenni allontanati temporaneamente dalla loro famiglia di origine - COMUNITA'	E. Strutture comunitarie e residenziali	€ 4.712.277,74	€ 4.712.277,74
B	AREA DISAGIO ADULTI			
B.1	Interventi in favore dei detenuti, ex-detenuti e minorenni sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria	B. Misure per il sostegno e l'inclusione sociale	500.000,00	€ 500.000,00
C	AREA MULTIUTENZA			
C.1	Funzionamento degli Ambiti Territoriali Sociali	A. Accesso, valutazione e progettazione	€ 1.900.000,00	€ 1.900.000,00
C.2	Livelli essenziali prestazioni sociali (LEPS)			
C.2a	Dimissioni protette	LEPS	€ 269.000,00	€ 269.000,00
C.2b	Supervisione degli operatori sociali	LEPS	€ 269.000,00	€ 269.000,00
C.3	Azioni di sistema	Azioni di sistema	€ 100.000,00	€ 100.000,00
	TOTALE		10.381.400,74	10.381.400,74

2. DI STABILIRE che i fondi di cui al precedente punto 1. sono impiegati secondo i criteri di cui all'Allegato A, che forma parte integrante del presente atto;
3. Di stabilire che l'importo di euro 40.000,00 assegnato alla Regione Marche con decreto interministeriale del 19 novembre 2020 di riparto del FNPS - annualità 2020 e destinato, secondo quanto previsto dalla DGR 470/2021 alla realizzazione di azioni di sistema, viene riprogrammato secondo quanto stabilito nell'allegato A;
4. DI STABILIRE che le eventuali economie che dovessero verificarsi nell'impiego dei fondi di cui al punto 1. saranno riprogrammate con atto del Dirigente della Direzione delle Politiche Sociali, a favore di una o più macro-attività ammessa a finanziamento dal Decreto Interministeriale del 22 ottobre 2021 di riparto del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali triennio 2021-2022-2023;
5. DI STABILIRE che qualora venissero assegnate alla Regione Marche ulteriori risorse ai sensi dell'art. 2 co 5 del Decreto Interministeriale 22 ottobre 2021, le

stesse saranno riprogrammate con atto del Dirigente della Direzione Politiche Sociali e saranno destinate ad una o più macro-attività ammesse a finanziamento dal Decreto Interministeriale del 22 ottobre 2021 di riparto del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali triennio 2021-2022-2023;

6. DI STABILIRE che agli interventi di cui al precedente punto 1 si fa fronte con le risorse di cui alla disponibilità già attestata con DGR n. 1623 del 6/11/2023, del Bilancio di previsione 2023/2025 – annualità 2023 e 2024, come indicato nella tabella di seguito riportata, secondo i termini di esigibilità della spesa, fatte salve le variazioni finanziarie necessarie alla puntuale identificazione della spesa in base ai livelli di articolazione del piano dei conti integrato di cui al D. Lgs. n. 118/2011. Si evidenzia che gli interventi di cui alla presente DGR sono coerenti con le disposizioni ministeriali e che a seguito dell'approvazione di tali interventi verranno apportate le variazioni finanziarie necessarie per allocare le risorse in missioni e programmi coerenti con la presente programmazione:

Capitolo	Importo annualità 2023	Importo annualità 2024
2120110071	125.000,00	
2120110072		125.000,00
2120710042	9.718.400,74	9.718.400,74
2120710050	269.000,00	
2120710051	269.000,00	
2120710052		269.000,00
2120710053		269.000,00
TOTALE	10.381.400,74	10.381.400,74

I capitoli di spesa sono correlati in entrata al capitolo 1201010072 – accertamenti n. 181/2023 e n.80/2024

7. Di stabilire che agli interventi di cui al precedente punto 3 si fa fronte con le risorse di cui alla disponibilità già attestata con DGR n. 1623 del 6/11/2023, del Bilancio di previsione 2023/2025 – annualità 2023 come di seguito riportato, secondo i termini di esigibilità della spesa, fatte salve le variazioni finanziarie necessarie alla puntuale identificazione della spesa in base ai livelli di articolazione del piano dei conti integrato di cui al D. Lgs. n. 118/2011:

Capitolo	Importo Annualità 2023
2120710029	€ 40.000,00

Il capitolo di spesa 2120710029 è correlato con il capitolo di entrata 1201010072, acc.to n. 367/2021

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 26, comma 1 del D.Lgs. 33/2013.

**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE****ALLEGATO A)****PROGRAMMAZIONE FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI
ANNUALITÀ 2022 - 2023****DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI, MODALITÀ OPERATIVE E CRITERI DI RIPARTIZIONE DELLE RISORSE****A.INTERVENTI AREA FAMIGLIA E MINORI****A.1 Interventi a favore delle famiglie****Risorse**

Disponibilità Fondo Nazionale Politiche Sociali anno 2022 € 731.000,00

Disponibilità Fondo Nazionale Politiche Sociali anno 2023 € 731.000,00

Premessa

La Regione Marche prosegue nell'attuazione di politiche a sostegno delle famiglie, considerandole come prima e fondamentale struttura sociale in cui inizia lo sviluppo umano. Gli interventi a favore della famiglia sono finalizzati ad individuare percorsi virtuosi ed innovativi di protezione, promozione ed empowerment, attraverso la rimozione degli ostacoli di ordine sociale, culturale ed economico che impediscono le nuove nascite, l'adozione e la vita della famiglia. Mette in campo azioni finalizzate alla prevenzione di situazioni di particolare disagio, povertà o esclusione sociale, comprese quelle afferenti la separazione o il divorzio; tutela e promuove la vita fin dal concepimento e in tutte le sue fasi, offrendo alle famiglie sostegni economici, servizi e un contesto socio-culturale idoneo per evitare il ridimensionamento del progetto di vita familiare, ed il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza; tutela il diritto di ogni minore ad una famiglia tramite interventi a sostegno dell'adozione; sostiene la funzione genitoriale nel rispetto dei diritti del bambino e la promozione di un sistema articolato di servizi e opportunità per la prima infanzia.

a) Interventi

Alle luce delle considerazioni sopra riportate, in attuazione di quanto previsto all'art 2, comma 1, della L.R. 30/98 "Interventi a favore della famiglia" e con le disponibilità di cui al presente atto per le due annualità indicate, la Giunta intende sostenere le famiglie attraverso:

Interventi per il superamento di situazioni di famiglie in condizione di disagio sociale e/o economico:

- a. sostegno economico e sociale a favore di donne sole in stato di gravidanza o con figli non riconosciuti dall'altro genitore;
- b. sostegno economico per la fruizione dei servizi ricreativi extrascolastici e/o attività di sostegno ai compiti
- c. sostegno economico a favore delle famiglie con 3 o più figli attraverso la riduzione delle tariffe dei servizi comunali a pagamento o altri interventi economici



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

b) Modalità di riparto ed assegnazione delle risorse

Per la realizzazione di tali interventi, ciascuna quota relativa alle annualità 2022 e 2023, ognuna pari ad € 731.000,00, viene ripartita tra gli Ambiti Territoriali Sociali sulla base dei seguenti criteri:

- il 30% suddivisa in parti uguali tra tutti gli Ambiti.
- il 30% suddivisa in maniera proporzionale al numero di donne in età fertile (15-49 anni) residenti nei territori di competenza
- il 30% suddivisa in maniera proporzionale al numero dei minori in fascia di età 0-17 anni residenti nei territori di competenza
- il 10% suddivisa in maniera proporzionale all'estensione territoriale di ciascun Ambito

Successivi decreti del Dirigente del Settore Contrasto al Disagio disporranno l'erogazione delle somme destinate agli Ambiti Territoriali Sociali. Tali atti definiranno altresì la tempistica per l'invio da parte degli Ambiti della deliberazione del Comitato dei Sindaci, con la quale verrà programmato l'uso delle risorse e la data ultima per la conclusione degli interventi; i suddetti decreti determineranno inoltre le modalità di predisposizione e presentazione della rendicontazione.

c) Utilizzo dei fondi

c).1 Fondo Nazionale Politiche Sociali - Annualità 2022 Somma destinata € 731.000,00

Ciascun Ambito Territoriale Sociale, con la quota assegnata, dovrà attivare almeno due degli interventi di cui al punto a).

La scelta nell'attuazione degli interventi, le modalità ed i criteri di individuazione dei beneficiari saranno determinati su decisione del Comitato dei Sindaci di ciascun Ambito in relazione alla programmazione specifica relativa alle scelte di governance territoriale.

Eventuali economie derivanti dagli interventi programmati e conclusi dovranno essere riallocate, sempre su deliberazione del Comitato dei Sindaci, all'interno delle linee di azione ammesse e riportate al punto a) "Interventi".

c). 2 Fondo Nazionale Politiche Sociali - Annualità 2023 Somma destinata € 731.000,00

Ciascun Ambito Territoriale Sociale, con la quota assegnata, dovrà attivare almeno due degli interventi di cui al punto a).

La scelta nell'attuazione degli interventi, le modalità ed i criteri di individuazione dei beneficiari saranno determinati su decisione del Comitato dei Sindaci di ciascun Ambito in relazione alla programmazione specifica relativa alle scelte di governance territoriale.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Al fine di garantire la prosecuzione delle attività avviate con il finanziamento relativo alla precedente annualità 2022, è data la possibilità di riconfermare l'attuazione dei medesimi interventi.

Eventuali economie derivanti dagli interventi programmati e conclusi dovranno essere riallocate, sempre su determinazione all'interno delle linee di azione ammesse e riportate al punto a) "Interventi"

A.2 Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione

Risorse

P.I.P.P.I. 12: annualità 2023/2025 – FNPS 2022€ 125.000,00

P.I.P.P.I. 13: annualità 2024/2026 – FNPS 2023€ 125.000,00

Riferimenti programmatici generali

Il Programma Nazionale P.I.P.P.I. sostenuto e promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in collaborazione con l'Università di Padova, e partito in forma sperimentale nell'anno 2012, ha visto negli anni una progressiva diffusione sull'intero territorio nazionale. A seguito di ciò, il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali è giunto, in accordo con le Regioni, alla predisposizione delle Linee di Indirizzo Nazionali sull'Intervento con Bambini e Famiglie in situazione di vulnerabilità, che recepiscono le modalità operative del suddetto Programma. Per tale motivo, per la prima volta, con l'adozione del Piano Sociale Nazionale per il triennio 2018-2020, il Ministero ha stabilito di finanziare le azioni volte all'implementazione delle richiamate Linee di indirizzo attraverso la quota del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) attribuita alle Regioni, al di garantire su tutto il territorio nazionale livelli omogenei di prestazioni.

Peraltro con successivo Decreto Interministeriale del 22/10/2021 è stato adottato il Piano Sociale Nazionale 2021-2023, ai sensi del quale anche per le annualità 2021, 2022 e 2023 quota parte del Fondo Nazionale Politiche Sociali, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Interministeriale 22 ottobre 2021 di riparto del Fondo, viene utilizzata dalle Regioni per l'applicazione della metodologia delle succitate Linee guida.

Peraltro il Piano Sociale Nazionale individua inoltre lo sviluppo degli interventi e servizi necessari per la progressiva introduzione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) - ossia prestazioni e servizi che devono essere garantiti in modo uniforme sull'intero territorio nazionale che riguardano diritti civili e sociali da tutelare per tutti i cittadini - le cui caratteristiche sono definite in specifiche schede del Piano.

Tra essi viene indicato il LEPS "**Prevenzione dell'allontanamento familiare**" che garantisce la diffusione uniforme della modalità operative del programma P.I.P.P.I.

Come è noto, al finanziamento dei LEPS concorrono le risorse nazionali già destinate per le medesime finalità dal Piano Sociale nazionale insieme alle risorse del PNRR.

Pertanto, relativamente all'attuazione del programma di intervento P.I.P.P.I. 12 – annualità 2023/2025 e P.I.P.P.I. 13 - annualità 2024/2026 si prevede il coinvolgimento per entrambe le



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

programmazioni dei due Ambiti Territoriali Sociali non aderenti ai progetti finanziati con i fondi del PNRR relativi alla "Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" - Sub-investimento 1.1.1".

1- Riferimenti operativi

Per la realizzazione della dodicesima e tredicesima edizione del Programma P.I.P.P.I., la Regione Marche è destinataria di euro 125.000,00 per ciascuna delle due edizioni, da trasferire a n. 2 Ambiti Territoriali Sociali.

Gli Ambiti designati per la realizzazione di entrambe le progettualità sono i seguenti:

- 1. Ambito Territoriale Sociale n°10 - Unione Montana dell'Esino Frasassi**
- 2. Ambito Territoriale Sociale n. 21- San Benedetto del Tronto**

Con l'adesione ai programmi P.I.P.P.I. 12 e P.I.P.P.I. 13, gli Ambiti Territoriali in questione, insieme alla Regione, sono tenuti al rispetto del Programma di implementazione allegato al documento interministeriale sopra richiamato.

Il Ministero, come previsto dal citato DI del 21/12/2021, garantisce idonea assistenza tecnica ai soggetti coinvolti nel Programma, nonché l'organizzazione e la realizzazione della struttura di formazione.

In virtù della programmazione di P.I.P.P.I. 12 annualità 2023-2025 e di P.I.P.P.I. 13 annualità 2024-2026 nell'ambito del FNPS annualità 2022 e 2023, è rimandata alle Regioni la definizione dell'utilizzo delle risorse e i connessi aspetti amministrativi a supporto della corretta attuazione del Programma.

2- Modalità di assegnazione

Le quote ministeriali per l'attuazione delle due progettualità PIPPI verranno trasferite con le seguenti modalità

- € 125.000,00, quota FNPS 2022 destinata alla realizzazione di PIPPI 12 nell'arco temporale 2023/2025 verrà suddivisa in egual misura tra i due Ambiti beneficiari e verrà altresì trasferita nella corrente annualità 2023.
- € 125.000,00, quota FNPS 2023 destinata alla realizzazione di PIPPI 13 nell'arco temporale 2023/2026 verrà suddivisa in egual misura tra i due Ambiti beneficiari e verrà altresì trasferita nella prossima annualità 2024.

Le quote su indicate verranno erogate con Decreto della Dirigente del Settore Contrasto al Disagio.

Gli Ambiti Territoriali Sociali individuati, sulla base delle scadenze indicate al successivo punto 6 "Rendicontazione e documentazione finale" dovranno produrre relazioni sullo stato di attuazione del progetto e, a conclusione dello stesso, idonea documentazione di spesa ai fini della richiesta rendicontazione.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

3- Dispositivi ed interventi attivabili

Le risorse destinate all'attuazione del Programma P.I.P.P.I. 12 annualità 2023-2025 e PIPPI 13 annualità 2024-2026 sono destinate all'utilizzo dei dispositivi per le attività rivolte alle famiglie target.

I dispositivi attivabili riguardano le tre aree di intervento sotto indicate:

a) area sostegno educativo:

- interventi di educativa domiciliare
- interventi di educativa territoriale;

b) area solidarietà tra famiglie:

- attivazione di gruppi genitori/bambini o di gruppi tra famiglie;
- affidamenti part time, forme "leggere" di affido, famiglie di appoggio;

c) area collaborazione e co-progettazione scuola/servizi:

- equipe integrate con il sistema scolastico;
- sostegno socio educativo scolastico.

I riferimenti concettuali ed operativi per il lavoro in équipe sono contenuti nelle Linee di indirizzo sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità.

4- Indicazioni per la ripartizione dei dispositivi di intervento nel quadro delle risorse: budget di dispositivo

Si forniscono le seguenti indicazioni per la correlazione tra le azioni e le risorse da assicurare, in ogni Ambito Territoriale, in termini di budget di dispositivo per ciascuna delle due edizioni del programma :

Dispositivo di intervento	Budget di dispositivo
area sostegno educativo	€ 48.200,00
area solidarietà tra famiglie	€ 4.000,00
area collaborazione e co-progettazione scuola/servizi	€ 6.500,00
Costi indiretti nel limite massimo del 7% (importo massimo € 4.375,00)	€ 3.800,00
Totale	€ 62.500,00

Qualora in sede di predisposizione dell'intervento si rilevasse uno scostamento superiore al 10% del costo previsto per ciascuna delle voci di budget, è opportuno darne formale comunicazione alla Regione Marche.

5- Spese sostenibili



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Di seguito si indicano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le attività a carico delle aree di intervento, sulle quali è possibile imputare i costi a carico di ciascuna delle due edizioni del programma.

- a) *Area sostegno educativo:*
 - Conduzione gruppi genitori/ bambini;
 - Sostegno psicologico/psicoterapeutico alle famiglie target;
 - Acquisto materiale formativo per attività connesse al dispositivo di intervento.
- b) *Area solidarietà tra famiglie:*
 - partecipazione alle riunioni di équipe multidisciplinari;
 - sostegno alle attività di supervisione e di coordinamento;
 - acquisto di materiali didattici per attività connesse al dispositivo di intervento;
 - spese per eventuale copertura assicurativa per le famiglie di appoggio;
 - attività formative e di coordinamento delle famiglie di appoggio;
- c) *Area collaborazione e co-progettazione scuola/servizi:*
 - progettazione/realizzazione di interventi sul gruppo classe del bambino/a target per la costruzione di una comunità scolastica positiva;
 - sostegno alla collaborazione interprofessionale scuola/servizi;
 - acquisto materiale didattico per attività connesse al dispositivo di intervento;
 - sostegno al funzionamento della rete di scuole

I costi indiretti di gestione, riferiti a ciascuna edizione, non dovranno superare il 7% del contributo complessivo, pari ad euro 4.375,00 per ciascun Ambito Territoriale e potranno coprire le seguenti tipologie di spese:

- trasferimenti degli operatori ai fini della formazione o dei tutoraggi obbligatori, ad eccezione dei costi coperti dal Ministero;
- acquisto di materiali necessari all'attuazione dei dispositivi;
- altri acquisti strettamente connessi all'attuazione dei dispositivi.

Le spese sostenibili sopra citate sono quelle strettamente connesse alle azioni progettuali previste dal Programma e coinvolgono le risorse professionali che i due Ambiti Territoriali Sociali individuano come necessarie al raggiungimento degli obiettivi e dei risultati.

6- Coordinamento e monitoraggio

La Regione Marche assicura le azioni di coordinamento e monitoraggio previste dal Programma in riferimento sia a P.I.P.P.I. 12 che a P.I.P.P.I. 13 e supporta gli Ambiti Territoriali nelle attività di implementazione.

I referenti regionali si adoperano per strutturare le opportunità e i risultati delle varie edizioni del Programma all'interno della programmazione delle politiche di settore e per individuare e valorizzare tutte le connessioni possibili in termini di integrazione di obiettivi e pianificazione di risorse e strumenti.

Gli Ambiti Territoriali curano la costituzione e il funzionamento delle strutture interne di governance previste dal Programma di implementazione con particolare riferimento alle équipe multidisciplinari. Comunicano inoltre alla Regione il numero e la composizione delle équipe, dei coach, nonché i dispositivi attivati e le collaborazioni istituzionali in essere.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

I referenti degli Ambiti Territoriali si adoperano per trasferire le competenze e le esperienze apprese all'interno della programmazione integrata di zona e per qualificare e sviluppare il sistema locale dei servizi.

Nel periodo di implementazione delle edizioni del Programma, P.I.P.P.I. 12 e P.I.P.P.I. 13, sono previsti almeno due tavoli regionali di coordinamento e monitoraggio partecipati da tutti i soggetti istituzionali coinvolti nelle attività.

7- Rendicontazione e documentazione finale

Ferme restando le modalità di rendicontazione richieste a valere sulla programmazione del FNPS, lo sviluppo del Programma è monitorato con le seguenti modalità:

P.I.P.P.I. 12 – Annualità 2023/2025

- a) una relazione intermedia da presentarsi in fase di primo e secondo assessment, tra la valutazione T.1 e la valutazione T.2
- b) una relazione finale da presentarsi in fase di post assessment e comunque a conclusione delle attività ed in concomitanza del questionario finale previsto dal Programma di implementazione.

P.I.P.P.I. 13 – Annualità 2024/2026

- a) una relazione intermedia da presentarsi in fase di primo e secondo assessment, tra la valutazione T.1 e la valutazione T.2
- b) una relazione finale da presentarsi in fase di post assessment e comunque a conclusione delle attività ed in concomitanza del questionario finale previsto dal Programma di implementazione.

La rendicontazione delle spese sostenute avviene attraverso la presentazione di idonea documentazione giustificativa e da uno schema riepilogativo delle spese rendicontate. Eventuali documenti integrativi ritenuti utili a fini della rendicontazione possono essere forniti dagli Ambiti Territoriali o richiesti dalla Regione Marche.

A.3 Interventi in favore dei minorenni temporaneamente allontanati dalla famiglia di origine – AFFIDAMENTO FAMILIARE

A.4 Interventi in favore dei minorenni temporaneamente allontanati dalla famiglia di origine – COMUNITA' RESIDENZIALE

Risorse



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Le risorse destinate agli interventi che i Comuni attuano in favore dei minorenni temporaneamente allontanati dalla famiglia di origine e collocati in affidamento familiare o in strutture comunitarie residenziali, sono utilizzate con le modalità di seguito indicate

- **FNPS 2022 - € 6.487.400,74** a favore dei Comuni per le spese sostenute per gli interventi per i minorenni collocati in affidamento familiare ed in strutture comunitarie residenziali nell'anno 2021
- **FNPS 2023 - € 6.487.400,74** a favore dei Comuni per le spese sostenute per gli interventi per i minorenni collocati in affidamento familiare ed in strutture comunitarie residenziali nell'anno 2022

Destinatari

Sono destinatari delle suddette risorse gli Enti Capofila degli Ambiti Territoriali Sociali per le spese sostenute dai Comuni per il collocamento fuori dalla famiglia di origine dei

- minorenni residenti nel territorio comunale di qualsiasi nazionalità ed etnia in situazioni familiari multiproblematiche e/o a rischio di disadattamento e devianza;
- minorenni non aventi cittadinanza italiana o di altri Stati dell'Unione Europea che, non avendo presentato domanda di asilo, si trovano per qualsiasi causa nel territorio comunale privi di assistenza.

Sono ammesse altresì le spese sostenute per i soggetti che hanno raggiunto la maggiore età fino e non oltre al compimento dei 21 anni e per i quali è stato disposto il prosieguo del provvedimento di allontanamento iniziato nella minore età.

Il contributo regionale, pari ad euro 6.487.400,74 per ciascuna annualità di finanziamento verrà assegnato ed erogato agli Ambiti Territoriali Sociali a parziale compensazione delle spese già sostenute relative al pagamento del contributo economico alle famiglie affidataria o della retta d'accoglienza della struttura residenziale, regolarmente rendicontate nell'annualità di riferimento 2021 e 2022.

Interventi finanziati

Affidamento familiare

I riferimenti generali nella definizione dei contributi economici per l'affidamento familiare sono i seguenti:

- a. parametro base annuale di riferimento regionale oggettivo e collegato ad una indicizzazione di adeguamento;
- b. variazioni, rispetto al parametro base, in relazione a minorenni in situazioni di particolare fragilità;
- c. diversificazione del parametro base rispetto alle varie tipologie di affidamento, per l'individuazione dei contributi economici corrispondenti.

Relativamente al punto a) si individua come

- parametro base di riferimento, per l'anno 2021, la quota di € 652,02,
- parametro base di riferimento, per l'anno 2022, la quota di € 660,27



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

determinata dalla pensione di invalidità per gli invalidi oltre i 60 anni ed incrementata della somma dell'“incremento al milione”.

Relativamente al punto b), le situazioni particolari che prevedono maggiorazioni rispetto al parametro base individuato, sono le seguenti:

- per neonati: +10 % del parametro base
- per disabili: +50 % del parametro base.

Per neonati devono intendersi i minori compresi fra 0 e 12 mesi di età.

Per disabili devono intendersi quei soggetti individuati ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 4 giugno 1996, n. 18 e dalla deliberazione amministrativa del Consiglio regionale n. 41 del 20 marzo 2012.

Affidamento familiare

Il finanziamento regionale per l'affido familiare viene erogato ai Comuni nella misura del 90% nel caso in cui il contributo mensile assegnato alle famiglie affidatarie raggiunga almeno l'80% del parametro base regionale ricalcolato sulla base delle tipologie di affidamento e sulla base delle caratteristiche dei minori.

Se il contributo mensile erogato dal Comune alle famiglie affidatarie è compreso tra il 60% e il 79% del suddetto parametro base ricalcolato, il contributo regionale sarà corrispondente al 45% della spesa ammissibile sostenuta dal Comune.

Se il contributo mensile del Comune alle famiglie affidatarie è inferiore al 60% del parametro base regionale ricalcolato, non viene assegnato alcun finanziamento regionale.

Si specifica che la maggiorazione del 40% del parametro base è dovuta nei casi di affido a famiglie in rete in rete, sia esso etero-familiare che a parenti.

Ne deriva che, ai fini del computo della quota di finanziamento regionale, viene preso in considerazione il parametro onnicomprensivo (ossia il parametro base, ricalcolato sulla base delle maggiorazioni per neonati e disabili, nonché per famiglie in rete)

Strutture residenziali

Il finanziamento regionale per i costi dei minori inseriti in strutture residenziali viene riconosciuto secondo il seguente ordine di priorità:

- a) coprire il 90% delle spese ammissibili per ciascun minore, sostenute dai Comuni con popolazione fino a 3.000 abitanti
- b) coprire il 40% delle spese ammissibili per ciascun minore sostenute dai Comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti
- d) coprire almeno il 40% delle spese ammissibili sostenute da tutti i Comuni per i minori stranieri non accompagnati;
- e) distribuire ai Comuni con più di 5.000 abitanti la quota rimanente, garantendo ad ogni Comune un contributo complessivo, così caratterizzato:



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

-viene assegnata una quota di contributo corrispondente al 25% della spesa ammissibile sostenuta dai Comuni nell'anno 2020;

-viene assegnata una ulteriore quota di contributo, calcolata sulla base dell'incidenza della spesa ammissibile sulla spesa corrente complessiva relativa al Bilancio comunale dell'anno 2021

La quota che verrà corrisposta agli Ambiti Territoriali Sociali sarà comprensiva di una maggiorazione pari al 5% del contributo riconosciuto nel caso in cui abbiano costituito:

- 1) un fondo comune per le amministrazioni comunali per la gestione associata dei costi collegati all'affidamento familiare ed all'accoglienza in comunità;
- 2) un ufficio comune fra le amministrazioni comunali per la gestione del fondo di cui alla lettera a);
- 3) l'associazione, per adesione, di tutti i Comuni appartenenti all'Ambito.

Le somme destinate agli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali quale contributo per le spese sostenute dai Comuni per i minori temporaneamente allontanati dalla famiglia di origine verranno erogate con successivo decreto del Dirigente del Settore Contrasto al Disagio.

Rimborso relativo alle spese sostenute dai Comuni nell'anno 2021

A fronte del parametro base di riferimento, per l'anno 2021, corrispondente ad € 652,02, le tipologie di affidamento di cui al punto c) degli "Interventi finanziati" che si considerano per l'individuazione dei contributi economici corrispondenti rispetto al parametro base sono:

<i>Tipologia intervento</i>	<i>Caratteristiche</i>	<i>Contributo economico</i>
Affido a parenti entro il 4° grado	A tempo pieno	50 % del parametro base
Affido etero familiare parziale	Diurno con pasto	50 % del parametro base
	Diurno senza pasto	30 % del parametro base
	Residenziale saltuario	70 % del parametro base
Affido etero-familiare continuativo	A tempo pieno	100 % del parametro base
Affido a famiglia in rete (sia etero-familiare che a parenti)	A tempo pieno	+ 40 % parametro base alla rete
Appoggio familiare		50 % del parametro base

Strutture residenziali di accoglienza per i minorenni

Le tariffe indicate, omnicomprensive, si riferiscono ai parametri della L.R. 21/2017 e del R.R. 1/04; il valore medio è stato calcolato in relazione a costi medi relativi ai seguenti centri di costo: prestazioni socio-educative, vitto e alloggio, gestione servizio, struttura, amministrazione. Riepilogo:

<i>Struttura di accoglienza residenziale</i>	<i>Tariffa minima</i>	<i>Tariffa massima</i>
CAM (Comunità per l'autonomia) - Ex M-T3 (Comunità alloggio per adolescenti)	€ 51,75	€ 63,25
CFM (Comunità Familiare per Minorenni) - Ex M-A1	€ 62,10	€ 75,50



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CEM (Comunità SocioEducativa per Minorenni) - Ex M-T1 (Comunità educativa per minori)	€ 84,33	€ 103,07
CPAM (Comunità di Pronta Accoglienza per Minorenni) - Ex M-T2	€ 90,00	€ 110,00
CABG (Comunità di Accoglienza per Bambino-Genitore) - Ex P-A3 (Comunità alloggio per gestanti e madri con figli a carico)	€ 84,33	€ 103,07
Altra tipologia	€ 50,76	€ 62,04

Per le situazioni in cui le strutture previste accolgano anche un genitore dei bambini ospitati, si può riconoscere una quota forfettaria massima di euro 30,00, pari alla tariffa giornaliera senza i costi per le prestazioni socio-educative.

Rimborso relativo alle spese sostenute dai Comuni nell'anno 2022

A fronte del parametro base di riferimento, per l'anno 2022, corrispondente ad € 660,27, le tipologie di affidamento di cui al punto c) degli "Interventi finanziati" che si considerano per l'individuazione dei contributi economici corrispondenti rispetto al parametro base sono:

<i>Tipologia intervento</i>	<i>Caratteristiche</i>	<i>Contributo economico</i>
Affido etero-familiare	A tempo pieno	100 % del parametro base
Affido etero-familiare	Parziale con pasto	50% del parametro base
	Parziale senza pasto	30 % del parametro base
Affido intrafamiliare a parenti entro il 4° grado	A tempo pieno	50 % del parametro base
Affido intrafamiliare a parenti entro il 4° grado	Parziale con pasto	50% del parametro base
	Parziale senza pasto	30 % del parametro base
Affido residenziale saltuario		70 % del parametro base
Appoggio familiare		50 % del parametro base

Strutture residenziali di accoglienza per i minorenni

Le tariffe indicate, omnicomprensive, si riferiscono ai parametri della L.R. 21/2017 e del .R.R. 1/04; Riepilogo:

Struttura di accoglienza residenziale	Tariffa minima	Tariffa massima
CAM (Comunità per l'autonomia) - Ex M-T3 (Comunità alloggio per adolescenti)	€ 51,75	€ 63,25
CFM (Comunità Familiare per Minorenni) - Ex M-A1	€ 62,10	€ 75,50
CEM (Comunità SocioEducativa per Minorenni) - Ex M-T1 (Comunità educativa per minori)	€ 84,33	€ 103,07



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CPAM (Comunità di Pronto Accoglienza per Minorenni) - Ex M-T2	€ 90,00	€ 110,00
CABG (Comunità di Accoglienza per Bambino-Genitore) - Ex P-A3 (Comunità alloggio per gestanti e madri con figli a carico)	€ 84,33	€ 103,07
Altra tipologia	€ 50,76	€ 62,04

Per le situazioni in cui le strutture previste accolgano anche un genitore dei bambini ospitati, si può riconoscere una quota forfettaria massima di euro 30,00, pari alla tariffa giornaliera senza i costi per le prestazioni socio-educative.

B. INTERVENTI AREA DISAGIO ADULTI

B.1 Interventi in favore dei detenuti, ex-detenuti e minorenni sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria - euro 500.000,00

Risorse

FNPS annualità 2022 - € 500.000,00

FNPS annualità 2023- € 500.000,00

i. Obiettivi generali della programmazione

Gli interventi sono destinati al sostegno e all'inclusione sociale delle persone detenute, ex detenute e minorenni, sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, in attuazione della L. R. 13 ottobre 2008, n. 28.

I fondi in questione verranno destinati alla programmazione di interventi per le annualità 2024 e 2025 che garantiscono la continuità e la stabilità del sistema regionale integrato dei suddetti interventi.

Proprio perché integrato, il sistema tiene conto di alcune priorità condivise con le istituzioni portatrici di interesse quali il Ministero della Giustizia, l'Amministrazione Penitenziaria, la Regione e gli Ambiti Territoriali Sociali.

In tale prospettiva, in data 19/07/2023, con nota della Dirigente del Settore Contrasto al disagio prot. n. 0853940 del 4/7/2023 è stato convocato un incontro con i rappresentanti degli Ambiti Territoriali Sociali sul cui territorio sono presenti Case Circondariali o Case di Reclusione e coinvolti nella programmazione dei Piani Territoriali, del Provveditorato Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), dell'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE) e dell'Ufficio Servizio Sociale Minorenni (USSM), in quanto tutti soggetti direttamente coinvolti nella realizzazione degli interventi a sostegno e all'inclusione sociale delle persone detenute, al fine di concordare la programmazione della quota parte del Fondo Nazionale Politiche Sociali, destinato agli interventi di cui trattasi.

ii. Finalità degli interventi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Da quanto emerso in sede di confronto con i soggetti portatori di interesse, sulla base dei bisogni rilevati, al fine di consolidare gli interventi di provata efficacia già attuati, si delineano gli Obiettivi Generali della programmazione 2024 – 2025:

- Consolidare gli interventi rieducativi e riabilitativi delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, all'interno ed all'esterno degli istituti penitenziari;
- Ampliare l'offerta di trattamenti rieducativi e riabilitativi delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, all'interno ed all'esterno degli istituti penitenziari, per migliorare la loro qualità di vita;
- Rafforzare il sistema integrato previsto dalla L.R. 28/2008;
- Consolidare l'integrazione territoriale di tutti i soggetti pubblici e privati portatori d'interesse.

iii. Interventi

Per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, gli Ambiti Territoriali Sociali, dovranno destinare le risorse loro assegnate, per la realizzazione di interventi per l'attuazione di progetti trattamentali e di prevenzione della recidiva di soggetti adulti e minorenni sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, con particolare attenzione ad:

- interventi di lieve entità economica, sia all'interno che all'esterno delle strutture carcerarie;
- interventi formativi per l'apprendimento di abilità e competenze che possano favorire il reinserimento sociale del detenuto e dei soggetti maggiorenni in affidamento o in messa alla prova;
- interventi formativi di riabilitazione e prevenzione della recidiva a favore di minorenni sottoposti a procedimento penale;
- interventi di istruzione destinati a soggetti detenuti o in esecuzione penale esterna per messa alla prova.

iv. Tipologia dei soggetti beneficiari e ripartizione delle risorse

Le risorse finanziarie disponibili per ciascuna annualità di programmazione 2024 e 2025, pari ognuna ad € 500.000,00, sono così ripartite:

- 1) € 190.000,00 saranno ripartiti tra gli Ambiti Territoriali Sociali sul cui territorio sono presenti Case Circondariali o Case di Reclusione, per interventi a favore di soggetti adulti detenuti, individuati secondo le **“Modalità operative”** di cui al successivo punto vi., in proporzione alla popolazione detenuta (dato disponibile più recente);
- 2) € 110.000,00 saranno ripartiti tra l'ATS 1 di Pesaro, ASP 9 Jesi, ATS 15 Macerata, ATS 19 Fermo e ATS 22 Ascoli Piceno, per interventi a favore di soggetti minorenni in accordo con USSM, individuati secondo le **“Modalità operative”** di cui al successivo punto vi., in proporzione alla popolazione residente in età compresa tra i 14 e i 18 anni nel territorio provinciale (dato disponibile più recente);



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- 3) € 105.000,00 saranno destinate alla prosecuzione di progettualità trattamentali a cura degli Ambiti Territoriali Sociali, già individuati con precedenti atti programmatici per la realizzazione delle medesime attività, saranno ripartite come di seguito riportato:
- € 20.000,00, a favore dell'ATS 18, con specifico riferimento al progetto regionale denominato "Sistema Bibliotecario Regionale Carcerario", concernente le biblioteche carcerarie;
 - € 23.000,00, a favore dell'ATS 1, con specifico riferimento al progetto regionale denominato "Teatro in carcere", concernente le attività teatrali in carcere;
 - € 12.000,00, a favore dell'ATS 19, con specifico riferimento al progetto regionale "La parola ai detenuti", progetto di sostegno e coordinamento dei giornalini degli Istituti Penitenziari marchigiani;
 - € 12.000,00, a favore dell'ATS 7, con specifico riferimento al progetto regionale "Scolpire il movimento" finalizzato alla realizzazione cortometraggi che coinvolgano gli Istituti Penitenziari delle Marche;
 - € 20.000,00, a favore dell'ATS 11, con specifico riferimento al progetto regionale di "Pet-therapy" e di educazione cinofila presso il maggior numero possibile di Istituti Penitenziari delle Marche;
 - € 18.000,00, a favore dell'ATS 11, con specifico riferimento al progetto sperimentale regionale "SIO – Servizio di Informazione e Orientamento" che coinvolga gli Istituti Penitenziari delle Marche;
- 4) € 50.000,00, saranno riservati all'ATS 1 di Pesaro, a destinazione vincolata per l'inclusione socio-abitativa, quale contributo al sostegno delle strutture di accoglienza residenziale rieducativa dei detenuti ammessi a misure alternative alla pena ed ex detenuti, attive alla data del presente Atto e con comprovata esperienza nel settore. Il contributo regionale non può comunque superare l'80% del costo annuo complessivo della struttura;
- 5) € 45.000,00 saranno riservati all'ASP 9 di Jesi per un progetto dell'Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE) finalizzato all'inclusione sociale ed alla riduzione della recidiva per imputati e/o condannati in esecuzione penale esterna segnalati dall'UEPE stesso e realizzati in tutto il territorio regionale.

v. Requisiti delle attività finanziabili agli Ambiti Territoriali Sociali

In linea con la L.R. 28/2008, al fine di rafforzare il sistema integrato di interventi e servizi sociali, le attività finanziabili dovranno derivare dai processi di concertazione degli obiettivi e di co-progettazione degli interventi, attraverso la collaborazione e l'integrazione degli Enti Locali, dell'Amministrazione della Giustizia e delle organizzazioni del Terzo Settore.

Particolare cura deve essere prestata agli interventi a favore dei minorenni.

Tali interventi devono essere obbligatoriamente concordati con l'Ufficio di Servizio Sociale Minorenni (USSM). Nei casi in cui l'USSM segnali al Comitato di Programmazione Locale dell'ATS che gestisce il finanziamento, la necessità di realizzare un intervento in un territorio diverso da quello provinciale, avendo l'USSM competenza su tutto il territorio regionale e non essendo articolato in sedi territoriali coincidenti con gli ATS, i 5 ATS beneficiari fungeranno



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

da capofila, provvedendo all'eventuale trasferimento delle risorse all'Ambito o agli Ambiti dove vengono effettivamente realizzati gli interventi.

vi. Modalità operative gestione fondi FNPS 2022

- a. Con atti successivi del Dirigente del Settore Contrasto al Disagio saranno assegnate, impegnate e liquidate le relative risorse finanziarie. Qualora un ATS beneficiario dovesse rinunciare al contributo a suo favore, le risorse di cui al presente atto, verranno destinate alle attività di cui al punto iv.1
- b. Il Comitato dei Sindaci ed i Coordinatori di Ambito governano, nell'ambito delle rispettive competenze, i processi di concertazione e di co-progettazione per l'individuazione ed attuazione degli interventi del relativo Ambito.
- c. In tali processi devono essere coinvolti, oltre i Comuni dell'Ambito, il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria, le Direzioni degli Istituti Penitenziari, gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna, gli Uffici di Servizio Sociale Minorenni e le organizzazioni del Terzo Settore.
- d. Il Programma di ciascun Ambito Territoriale Sociale, stilato secondo le modalità operative di cui al precedente punto iv. e redatto obbligatoriamente secondo lo schema che sarà approvato con atto Dirigenziale successivo, dovrà essere sottoscritto dal Coordinatore di Ambito ed approvato dal Comitato dei Sindaci, e dovrà pervenire alla Regione Marche entro 90 giorni dalla data di approvazione del suddetto atto dirigenziale.

vii. Modalità operative gestione fondi FNPS 2023

Con atti successivi del Dirigente del Settore Contrasto al Disagio saranno assegnate, impegnate e liquidate le relative risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi da realizzare con le disponibilità finanziarie di cui all'annualità 2023.

Con i medesimi atti verranno altresì specificate le modalità operative per la gestione dei fondi.

C. AREA MULTIUTENZA - INTERVENTI LEPS, FUNZIONAMENTO ATS E AZIONI DI SISTEMA – Annualità 2022-2023

C.1 FUNZIONAMENTO DEGLI AMBITI TERRITORIALI SOCIALI

Le risorse, pari ad euro **1.900.000,00 per l'annualità 2022 e euro 1.900.000,00 per l'annualità 2023**, saranno ripartite, in continuità con l'annualità 2021, secondo i seguenti criteri:

- a) per il 30% in proporzione all'estensione in superficie del territorio dell'ATS (FNPS 2022 riferito al dato 2021, FNPS 2023 riferito al dato 2022)
- b) per il 70% in proporzione alla popolazione residente nei Comuni del territorio dell'ATS (FNPS 2022 riferito al dato 2021, FNPS 2023 riferito al dato 2022)

Le risorse complessive di € 1.900.000,00 per l'anno 2022 e € 1.900.000,00 per l'anno 2023 vengono assegnate agli Enti Capofila degli Ambiti Territoriali Sociali, programmandole sulla



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

macro-attività, A. Accesso, valutazione, progettazione, di cui al Decreto Interministeriale del Fondo Nazionale Politiche Sociali del 22 ottobre 2021, nell'Area 4 Multiutenza; si prevede inoltre che possano essere usate, in tutto o in parte, anche per le altre macro-attività, diverse dalla A. *Accesso, valutazione, progettazione*, previste dal Fondo Nazionale Politiche Sociali, proprio allo scopo di garantire agli ATS la possibilità di indirizzare l'azione di rafforzamento nell'area di maggior bisogno.

In linea con le azioni prioritarie raccomandate dal Piano Sociale Nazionale, si inquadra in questa azione anche il rafforzamento dell'istituto dei "Punti Unici di Accesso" (PUA), con particolare riferimento a tutti gli aspetti e i bisogni dei cittadini di natura socio-sanitaria.

Tutte le risorse, assegnate in via anticipata, dovranno essere rendicontate sia entro i termini e con le modalità ministeriali che secondo le modalità regionali che verranno definite con successivo Decreto Dirigenziale della Direzione Politiche Sociali.

C.2A DIMISSIONI PROTETTE

Definizione

La Scheda LEPS 2.7.3 "Dimissioni protette" del Piano sociale nazionale 2021-2023 definisce il concetto di "Dimissione protetta" come "un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili".

Destinatari

La scheda LEPS 2.7.3 distingue due tipologie di servizio, la prima rivolta all'utenza che può fare riferimento ad un domicilio e quindi "tornare a casa", la seconda rivolta all'utenza che non ha questa possibilità. Sulla base di questa distinzione destinatari dell'intervento sono:

- persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili. L'accesso al sostegno a domicilio è subordinata alla valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità;
- persone senza dimora, o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio nazionale

La scheda riporta anche gli obiettivi, le modalità operative di accesso, le professionalità coinvolte, le risorse.

Obiettivi

- promuovere l'assistenza alle persone fragili e con perdita progressiva dell'autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria;
- contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;
- garantire un modello organizzativo gestionale omogeneo, unitario e continuativo degli interventi che permetta la permanenza più a lungo possibile presso il proprio domicilio.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Modalità operative di accesso:

Possono essere fornite agli utenti, in forma singola o integrata, le seguenti prestazioni di assistenza:

- Assistenza domiciliare;
- Telesoccorso;
- Pasti a domicilio.

Professionalità coinvolte

Per la dimissione protetta è necessario definire un progetto assistenziale personalizzato. Tale progetto si realizza con l'intervento integrato:

- dei professionisti dell'Ospedale;
- del Medico di medicina generale o del Pediatra;
- dei Servizi sociali comunali;
- degli Operatori Socio – assistenziali (OSA);
- degli Operatori Socio – sanitari (OSS).

Nella realizzazione delle attività progettuali gli ATS devono tener conto delle indicazioni previste dalla DGR n. 1237/2021 "Linee di indirizzo regionale per la dimissione protetta". Con DGR n. 1237/2021 si perseguono i seguenti obiettivi:

- superare la forte eterogeneità che caratterizza le modalità di dimissioni protette attualmente adottate dalle strutture sanitarie e pertanto per uniformare il processo di dimissione protetta su tutto il territorio regionale;
- ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata;
- favorire una veloce attivazione delle procedure di valutazione;

Ripartizione delle risorse agli ATS

La somma, quota parte del Fondo Nazionale Politiche Sociali, destinata alla realizzazione dell'azione in questione è pari complessivamente ad € 269.000,00 per l'annualità 2022 ed € 269.000,00 per l'annualità 2023.

In continuità con l'annualità 2021, beneficiari degli interventi sono gli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali che ai sensi del Decreto del Direttore della Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale n. 98 del 09/05/2022, sono stati ammessi al finanziamento nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, linea di attività (sub investimento) 1.1.3 "Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione".

Per ogni progetto PNRR, relativo alla Linee di attività 1.1.3, si riporta di seguito la tabella con gli Ambiti Territoriali Sociali Capofila e gli Ambiti Territoriali Sociali associati beneficiari delle risorse FNPS:



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PNRR- SUB-INVESTIMENTO 1.1.3 POTENZIAMENTO DELL'INTERVENTO "DIMISSIONI PROTETTE"	
<i>Ambiti Territoriali Sociali capofila</i>	<i>Ambiti Territoriali Sociali associati</i>
ATS 1 – Pesaro	ATS 3 - Unione Montana del Catria e Nerone; ATS 4 - Urbino; ATS 5 - Unione Montana Montefeltro; ATS 6 – Fano; ATS 7 - Fossombrone);
ATS 9 - Jesi	ATS 8 – Unione dei Comuni della Marca Senone; ATS 10 -Unione Montana Esino Frasassi; ATS 11 – Ancona; ATS 12 – Falconara; ATS 13 - Osimo);
ATS 15 - Macerata	ATS 14 – Civitanova Marche; ATS 16 – Unione Montana dei Monti Azzurri; ATS 17 - Unione Montana Alte valli del Potenza ed Esino; ATS 18 - Unione Montana Marca di Camerino);
ATS 19 - Fermo	ATS 20 – Porto sant'Elpidio; ATS 24 – Unione Montana dei Sibillini);
ATS 22 - Ascoli Piceno	ATS 21 - San Benedetto del Tronto; ATS 23 – Unione Comuni Vallata del Tronto).

Si rappresenta che le risorse di cui sopra sono volte a potenziare gli interventi già posti in essere con risorse PNRR.

La ripartizione della somma in questione avviene tra i 5 ATS capofila del progetto con le seguenti modalità:

- 40% della somma viene suddiviso in parte uguali tra i 5 Ambiti capofila di progetto PNRR
- Il restante 60% viene ripartito tra gli Ambiti capofila di progetto PNRR in maniera proporzionale alla differenza tra la quota di contributo pro-capite massima e quelle inferiori garantite dal finanziamento del progetto di cui al PNRR. Pertanto le quote proporzionalmente maggiori saranno destinate agli Ambiti capofila di progetto le cui quote unitarie pro-capite garantite dal PNRR risultano più basse.

Con successivi atti della Dirigente della Direzione Politiche Sociali verranno trasferite in via anticipata agli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali di cui sopra le somme relative alle due annualità e verranno determinate le tempistiche per l'utilizzo delle medesime, le modalità di relazione delle attività e di rendicontazione.

C.2b SUPERVISIONE DEGLI OPERATORI SOCIALI

Il Piano Sociale Nazionale 2021-2023 prevede l'individuazione di alcuni Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), ossia prestazioni e servizi che devono essere garantiti in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, nonché le relative modalità di finanziamento al fine di assicurarne l'effettivo conseguimento.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Tra questi LEPS risulta la supervisione professionale degli operatori sociali, che si caratterizza come processo di supporto globale alla professionalità, come accompagnamento di un processo di pensiero, di rivisitazione dell'azione professionale ed è strumento per sostenere e promuovere l'operatività complessa degli operatori.

L'oggetto del processo di supervisione professionale è fortemente connesso alla qualità tecnica degli interventi. Dal punto di vista professionale, con riferimento agli aspetti metodologici, valoriali, relazionali, deontologici ecc., l'obiettivo primario della supervisione si identifica con il miglioramento della qualità delle prassi degli assistenti sociali e in generale degli operatori sociali.

In tale processo sono da prendere in considerazione anche elementi relativi al piano amministrativo delle procedure, nonché elementi propri del rapporto fra assistenti sociali/operatori sociali ed Ente, con il comune obiettivo finale di individuare le criticità emergenti e i possibili miglioramenti della qualità complessiva – professionale e amministrativa – del servizio reso a favore delle persone.

La supervisione ha quindi lo scopo di aiutare l'operatore supervisionato ad assumere al meglio le funzioni esercitate nei confronti delle persone e dell'organizzazione, a sostenere un esame critico della propria attività, nella consapevolezza della pluralità dei metodi e dei percorsi possibili per la risoluzione dei problemi.

Per la realizzazione della presente azione si fa riferimento ai contenuti della Scheda tecnica 2.7.2 "LEPS – Supervisione del personale dei servizi sociali" del Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021/2023, che individua:

Obiettivi della supervisione professionale

L'obiettivo generale è la garanzia di un servizio sociale di qualità attraverso la messa a disposizione degli operatori di strumenti che ne garantiscano il benessere e ne preservino l'equilibrio.

Destinatari

- Assistenti sociali impiegati nei servizi sociali dell'Ambito territoriale.
- Altre figure professionali presenti nei servizi sociali territoriali (psicologi, educatori professionali, pedagogisti, ecc)

Professionalità coinvolte

- Supervisione di un gruppo composto da assistenti sociali
- Supervisione di un gruppo composto da educatori professionali o psicologi o altre figure professionali

Utilizzo risorse FNPS Annualità 2022 e Annualità 2023

Al fine di rendere operative le indicazioni della succitata "Scheda LEPS", in continuità con gli interventi attivati nell'anno 2023 a seguito del finanziamento di pari importo erogato ai sensi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

della DGR 1344/2022, rivolto alle medesime finalità, si destina la somma di € 269.000,00, quota parte del Fondo Nazionale Politiche Sociali, alla realizzazione dell'azione in questione. Si sottolinea come anche per il presente finanziamento se ne associa l'utilizzo ad integrazione delle azioni relative alla progettualità del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, Linea di sub-investimento 1.1.4 - Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn-out tra gli operatori sociali"

Per i motivi sopra riportati, beneficiari del presente finanziamento sono i medesimi Ambiti Territoriali Sociali che, come capofila dei progetti, sono stati ammessi al finanziamento nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che hanno ricevuto le risorse per il LEPS Supervisione già nella annualità 2023, come di seguito indicato:

PNRR- SUB-INVESTIMENTO 1.1.4 RAFFORZAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI E PREVENZIONE DEL FENOMENO DEL BURN-OUT TRA GLI OPERATORI SOCIALI"	
<i>Ambiti Territoriali Sociali capofila</i>	<i>Ambiti Territoriali Sociali associati</i>
ATS n. 6 Fano	ATS 1 Pesaro; ATS 3 U.M. del Catria e Nerone Cagli; ATS 4 Urbino; ATS 5 U.M. del Montefeltro; ATS 7 Fossombrone
ASP Ambito 9 Jesi	ATS 8 U.C. Terre della Marca Senone; ATS 10 U.M. Esino Frasassi; ATS 11 Ancona; ATS 12 Falconara M.ma; ATS 13 Osimo;
ATS 18 Unione Montana Marca di Camerino	ATS 14 Civitanova Marche; ATS 15 Macerata; ATS 16 U.M. San Ginesio; ATS 17 U.M. Alte Valli del Potenza e dell'Esino
ATS 20 Porto Sant'Elpidio	ATS 19 Fermo; 24 U.M. dei Sibillini
ATS 22 Ascoli Piceno	ATS 21 San Benedetto del Tronto; 23 U.C. Vallata del Tronto

Pertanto la ripartizione della somma in questione avviene tra i 5 Ambiti Territoriali Sociali capofila del progetto con le seguenti modalità:

- il 40% della somma viene suddiviso in parti uguali tra i 5 Ambiti capofila di progetto PNRR
- il restante 60% viene ripartito tra gli Ambiti capofila di progetto PNRR in maniera proporzionale alla differenza tra la quota di contributo pro-capite massima e quelle inferiori garantite dal finanziamento del progetto di cui al PNRR. Pertanto le quote proporzionalmente maggiori saranno destinate agli Ambiti capofila di progetto le cui quote unitarie pro-capite garantite dal PNRR risultano più basse.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Con successivi atti della Dirigente della Direzione Politiche Sociali verranno trasferite in via anticipata agli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali di cui sopra le somme relative alle due annualità e verranno determinate le tempistiche per l'utilizzo delle medesime, le modalità di relazione delle attività e di rendicontazione.

C.3 AZIONI DI SISTEMA FNPS 2022 -2023

La Regione Marche ha deciso di destinare la somma di euro 100.000 per l'annualità 2022 e € 100.000,00 per l'annualità 2023 ad interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema, contemplati anche tra gli obiettivi strategici del Piano Sociale Regionale 2020-2022 di cui alla D.A. 109/2020 dell'Assemblea Legislativa Regionale. Verranno finanziate specifiche progettualità per la realizzazione delle azioni, anche prevedendo di attivare gruppi di coordinamento aperto partecipati dagli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) ai quali, in relazione a eventuali funzioni assegnate rispetto alla gestione di fasi o parti di attività, può essere destinata una quota di risorse quale contributo per le relative spese sostenute. Gli Ambiti coinvolti nelle azioni saranno individuati con atto del Direttore della Direzione Politiche Sociali, acquisito il parere della Conferenza Regionale dei Coordinatori di ATS di cui alla L.R.32/2014. Con successivo decreto della Dirigente della Direzione Politiche Sociali verranno trasferire le somme in questione e verranno determinate la tempistica per l'utilizzo delle medesime e le modalità di rendicontazione.

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1738

Art. 11 del DL 10 agosto 2023, n. 104, come convertito con modificazioni con legge del 9 ottobre 2023, n. 139 – Proposta di riconoscimento di avversità atmosferica eccezionale assimilabile a calamità naturale per piogge persistenti verificatesi nel periodo 1 maggio - 15 giugno 2023 causa di danni da attacchi di peronospora (plasmopara viticola) alle produzioni viticole sul territorio regionale.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di proporre al Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, ai sensi e per gli effetti dell'art. 11 del del D.L. 10 agosto 2023, n. 104, convertito con modificazioni con legge 09 ottobre 2023, n. 139, la dichiarazione dell'esistenza del carattere di avversità atmosferica eccezionale assimilabile a calamità naturale per piogge persistenti verificatesi nel periodo 1 maggio - 15 giugno 2023, in considerazione dei danni subiti dalle imprese agricole per da attacchi di peronospora (plasmopara viticola) alle produzioni viticole sul territorio regionale, come riportato nell'allegato A del presente atto, del quale costituisce parte integrante e sostanziale;
- di richiedere conseguentemente l'accesso agli interventi previsti per favorire la ripresa dell'attività economica e produttiva, di cui all'art. 5 del comma 2 del Decreto Legislativo 29 marzo 2004, n. 102 e ss. mm., e alle risorse previste dall'art. 11 del D.L. 104/23, convertito con modificazioni con legge 09 ottobre 2023, n. 139;
- di stabilire che la raccolta delle domande di aiuto è prevista secondo le disposizioni di AGEA-OP a condizione che sia dichiarata dal Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste l'esistenza del carattere di eccezionalità dell'evento avverso, con individuazione dei territori danneggiati e delle provvidenze riconosciute;
- di inviare copia del presente atto al Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste.

Allegato A – Delimitazione del territorio colpito dalle piogge persistenti del maggio-giugno 2023 con danni da peronospora sulle produzioni viticole ai sensi Art. 11 del DL 10 agosto 2023, n. 104, come convertito con modificazioni con legge del 9 ottobre 2023, n. 139.

Prov.	Comuni	Intervento compensativo ai sensi del d.lgs 102/2004
PU	Acqualagna, Cartoceto, Colli al Metauro, Fano, Fermignano, Fossombrone, Fratte Rosa, Gabicce Mare, Gradara, Isola del Piano, Macerata Feltria, Mombaroccio, Mondavio, Mondolfo, Monte Porzio, Montecalvo in Foglia, Montefelcino, Montelabbate, Pergola, Pesaro, Petriano, San Costanzo, San Lorenzo in Campo, Sant'Angelo in Vado, Sant'Ippolito, Sassocorvaro Auditore, Serra Sant'Abbondio, Tavullia, Terre Roveresche, Urbino, Vallefoglia	Art. 5 comma 2
AN	Intera provincia	Art. 5 comma 2
MC	Apiro, Appignano, Belforte del Chienti, Caldarola, Camerino, Camporotondo di Fiastrone, Castelraimondo, Cessapalombo, Cingoli, Civitanova Marche, Colmurano, Corridonia, Esanatoglia, Gagliole, Gualdo, Loro Piceno, Macerata, Matelica, Mogliano, Monte San Giusto, Monte San Martino, Montecassiano, Montecosaro, Montefano, Montelupone, Morrovalle, Penna San Giovanni, Petriolo, Pioraco, Poggio San Vicino, Pollenza, Porto Recanati, Potenza Picena, Recanati, Ripe San Ginesio, San Ginesio, San Severino Marche, Sant'Angelo in Pontano, Serrapetrona, Tolentino, Treia, Urbisaglia	Art. 5 comma 2
FM	Altidona, Amandola, Belmonte Piceno, Campofilone, Falerone, Fermo, Francavilla d'Ete, Grottazzolina, Lapedona, Magliano di Tenna, Massa Fermana, Monsampietro Morico, Montappone, Monte Giberto, Monte Rinaldo, Monte San Pietrangeli, Monte Urano, Monte Vidon Combatte, Monte Vidon Corrado, Montegiorgio, Montegranaro, Monteleone di Fermo, Montelparo, Monterubbiano, Montottone, Moresco, Ortezzano, Pedaso, Petritoli, Ponzano di Fermo, Porto San Giorgio, Porto Sant'Elpidio, Rapagnano, Sant'Elpidio a Mare, Santa Vittoria in Matenano, Servigliano, Torre San Patrizio	Art. 5 comma 2
AP	Acquasanta Terme, Acquaviva Picena, Appignano del Tronto, Arquata del Tronto, Ascoli Piceno, Carassai, Castel di Lama, Castignano, Castorano, Colli del Tronto, Cossignano, Cupra Marittima, Folignano, Force, Grottammare, Maltignano, Massignano, Monsampolo del Tronto, Montalto delle Marche, Montedinove, Montefiore dell'Aso, Montegallo, Monteprandone, Offida, Ripatransone, Roccafluvione, Rotella, San Benedetto del T., Spinetoli, Venarotta	Art. 5 comma 2

Deliberazione della Giunta regionale del 20 novembre 2023, n. 1739

Esercizio delle deroghe previste dalla Direttiva 2009/147/CE. Attività di monitoraggio per il censimento della fauna selvatica sul territorio regionale

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

1. di stabilire che l'attività di monitoraggio della fauna selvatica in tutto il territorio regionale, sia svolta nel periodo compreso tra novembre 2023 e febbraio 2024, con particolare riferimento all'avifauna migratrice nelle aree di migrazione/svernamento, con l'ausilio degli Ambiti Territoriali di Caccia delle Marche sulla base delle indicazioni tecniche regionali e nazionali;
2. di concedere agli Ambiti Territoriali di Caccia Marchigiani un contributo complessivo di € 102.000,00, a titolo di rimborso per le spese sostenute per l'attività di monitoraggio 2023/2024, ripartito equamente fra gli stessi;
3. di dare atto che tale trasferimento trova copertura della spesa per € 102.000,00 sul Capitolo 2160210035, "Assegnazione di fondi agli ambiti territoriali di caccia per interventi in campo faunistico e venatorio nonché per iniziative tecniche di ricerca in materia di caccia - CNI/SIOPE/06" -, bilancio 2023-2025, annualità 2023. Il capitolo 2160210035 è correlato al capitolo di entrata 1101010011, accertamenti n. 1046, 2338, 2339, 2340, 2341,2779, 3920,3921, 3922.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'articolo 26, comma 1, del D. Lgs. 33/2013.

AVVISO

L'allegato è consultabile nel sito:

www.norme.marche.it

Gli annunci da pubblicare devono pervenire entro le ore 16,00 del giovedì precedente la data di pubblicazione.

Dovranno essere inviati:

- *per e-mail al seguente indirizzo*
ufficio.bollettino@regione.marche.it

referenti Ufficio Pubblicazione BUR:

Avv. Carmen Ciarrocchi

Maurizio Vecchio

Tiziana Capotondi

- *per pec al seguente indirizzo:*
regione.marche.protocolliunta@emarche.it

Editore:
REGIONE MARCHE
AUT. TRIBUNALE ANCONA
N. 23/1971
Direttore responsabile:
Dott. FRANCESCO MARIA
NOCELLI.

GLI ENTI LOCALI E TERRITORIALI DEVONO INSERIRE I PROPRI ANNUNCI NEL SITO:

<http://bur.regionemarche.it>

Il Bollettino è consultabile su Internet al seguente indirizzo:
<http://www.regionemarche.it/bur>

Stampa: EDIPRESS sas
ARIANO IRPINO (AV)